

Tidsskrift for
Helsesøstre



LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

Sykepleien



Kaos og kontroll

– erfaringer fra arbeid med flyktninger

Side30



Reseptfri behandling ved innsøvningsvansker

I gjennomsnitt sover unge to timer for lite hver natt¹, og bruken av reseptbelagte sovemedisiner har tredoblet seg de siste ti årene.²

Sedix® er et tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsøvn.³ Det er ikke rapportert fysisk avhengighet eller «hangover» ved bruk av legemiddelet.⁴



- ✓ Ingen registrert avhengighet⁴
- ✓ Ingen registrert sløvhet⁴
- ✓ For personer over 12 år³

 Uten resept i alle apotek

Sedix «Tilman»

F **Plantebasert sedativum. Beroligende.**

Reseptfritt legemiddel. Tabletter, filmdrasjerte, 200 mg. Hver tablett inneholder: Tørket ekstrakt av pasjonsblomst (*Passiflora incarnata*) 200 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titanoksid (E 171). **Indikasjoner:** Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn >12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsøvn. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering: Lindring av mild uro:** 1–2 tabletter morgen og kveld. **Lette innsøvn:** 1–2 tabletter om kvelden 1/2 time før leggetid. **Administrering:** Tas sammen med rikelig væske. Bør ikke brukes >6 måneder i strekk. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pga. utilstrekkelig data anbefales ikke bruk hos barn <12 år, med mindre anbefalt av lege. Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter som opplever dette, skal ikke kjøre bil eller bruke maskiner. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Graviditet, amming og fertilitet:** Utilstrekkelig data. Anbefales ikke under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Seponeringsbivirkninger er lite sannsynlig. Ingen bivirkninger er rapportert. **Overdosering/forgiftninger:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** Klassifisering: Tradisjonelt plantebasert legemiddel. Pakning: 28 stk. blisterpakning. Sist endret 08.02.2017.

¹Folkehelserapporten (nettutgaven) Helsetilstanden i Norge, Søvnvansker; ²www.reseptregisteret.no; ³Sedix, preparatomtale, godkjent 30.08.2016;

⁴European database of suspected adverse drug reports, www.adrreports.eu

Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon.



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

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

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

ABONNEMENT
lah@sykepleier.no

HJEMMESIDE
www.sykepleierforbundet.no/
helsesostre

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

DESKJOURNALISTER
faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT
Hilde Rebård Evensen
Nina E. H. Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Sörmlands Grafiska

FORSIDEFOTO: NTB Scanpix/
Tore Meek

NESTE UTGAVE: 19. oktober 2017

REDAKSJONSKOMITÉ:
Helsesøstre i Finnmark har laget denne utgaven av Tidsskrift for helsesøstre. Følgende har vært med i redaksjonen.

Fra venstre:
Audhild andreassen /
Honningsvåg
Tone Dervo /Alta
May Britt Hansen /Hammerfest
Kjerstin Møllebakken / Kirkenes
Rigmor G. Brevik /Vadsø
Susanne B. Grinde / Gamvik
kommune



Innhold



02 - 2017

- | | |
|--|--|
| <p>4 LaHs styre og lokale faggrupeledere</p> <p>5 Leder</p> <p>6 Lederstafetten</p> <p>12 En hilsen fra Finnmark</p> <p>16 Kunst som terapi</p> <p>21 Nært samarbeid med helsesøstre</p> <p>22 Bosetter flest flyktninger</p> <p>26 Fast track to Schengen</p> <p>30 Kaos og kontroll</p> <p>34 Teknikker for å mestre sinne</p> | <p>40 Ny nasjonal faglig retningslinje</p> <p>44 Minneord Astrid Ellinor Brækken</p> <p>46 Aktuelle bøker</p> <p>49 Helsesøsterkongressen</p> <p>52 Kan hjelpe ungdom</p> <p>56 Finsk praksis</p> <p>58 Marerittet barna aldri våkner fra</p> <p>62 Helsesøstres erfaringer og rolle</p> <p>70 Det er ikke alltid like fantastisk</p> <p>72 Folkeopplysning gjennom spalte i avisa</p> |
|--|--|



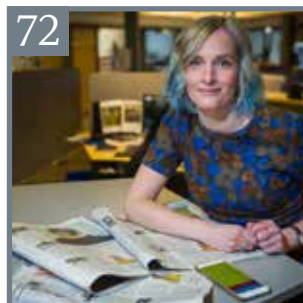
16



26



70



72



LaHs styre og lokale faggruppetledere 2017

LaH NSF styre



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



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



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



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



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



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



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



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



Administrasjonsrådgiver:
Ellen Kathrine Larsen
T: 95 78 57 21
E-post: elllar@nsf.no

Lokale faggruppetledere:

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

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

HEDMARK
Tove-Kristin Westli
T: 91 62 70 51
E-post: tove.kristin.westli@elverum.kommune.no

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

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

ØSTFOLD
Ingeborg Berg-Olstad
T: 99 15 28 88
E-post: lahostfold@gmail.no/
ibol.sarpsbord.com

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

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

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

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

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

HORDALAND
Jorunn Nina Lokøy
T: 41 61 86 09
E-post: jorunn.lokoy@askoy.kommune.no

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

MØRE OG ROMSDAL
Kari Janne Ljones Kulø
T: 99 43 54 73
E-post: lah.more.romsdal@gmail.com

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

NORD-TRØNDELAG
Elin Lunde Pettersen
T: 976 72 167 / 488 90 976
E-post: leder@lahnordtrondelag.no

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

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

FINNMARK
Tone Dervo
T: 99 79 03 62
E-post: tone.dervo@alta.kommune.no


FAKTA
**Kristin Sofie
Waldum-Grevbo**

 Leder av landsgruppen
av Helsesøstre NSF

Trendy helsesøstre

I februar kunne vi lese følgende i Sykepleien: «Fra å være omtrent fraværende i debatene på Stortinget, har helsesøstrene de siste fire årene blitt nærmest trendy. De to siste årene har yrkesgruppen blitt nevnt i 169 innlegg fra Stortingets talerstol». I Sykepleien ble mulige årsaker til den økende politiske interessen belyst. Jeg vil utdype noen av punktene.

Viktige tiltak

Helsedirektoratet utarbeidet en utviklingsstrategi i 2010, den inneholdt forslag til normtall for minimumsbemanning. Disse er tatt i bruk som et konkret sammenlikningsgrunnlag i mange kommuner. Denne våren har Helsedirektoratet fått i oppdrag å vurdere en revidert og bindende minimumsnorm samt andre tiltak for å sikre kvaliteten og tilgjengeligheten i tjenesten. Rapporten skal være klar til høsten.

«Helsesøster som samfunnsaktør» ble utviklet fra 2010. Samfunnsaktørrollen er pensum på helsesøsterutdanningene på ulikt vis. Diakonova har et 10 studiepoengskurs over to uker. Deltakelse på dette kurset dekket av LaH NSF for lokalgruppeledere.

Ungdommer selv har jobbet og demonstrert for en tilgjengelig skolehelsetjeneste. Elevorganisasjonens spenstige utspill i 2017 er at det bør være maks 200 elever pr. helsesøster i videregående.

Sykepleien utførte en spørreundersøkelse blant helsesøstre i 2013. Denne undersøkelsen førte til mye debatt og kom rett i forkant av at regjeringen bevilget de første 180

millionene til styrking av tjenesten. Styrkningsmidlene er i 2017 oppe i nær en milliard, noe som fører til godt tilbud mange steder, desto verre er det at det fortsatt er kommuner som ignorerer føringene.

Godt samarbeid

I 2013 lanserte Barneombudet rapporten «Helse på barns premisser», med et kapittel om skolehelsetjenesten. LaH NSF og barneombudet har jevnlig kontakt gjennom felles møter, e- post og telefon. Vi har også opprettet samarbeid med Likestillings og diskrimineringsombudet fra 2016. I 2014 lanserte LaH NSF en egen rapport «Trygg, tydelig og tilgjengelig» der barn, ungdom, foreldre og helsesøstres stemme kom fram.

I 2015 publiserte jeg en kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten i Sykepleien Forskning. I etterkant av den gjennomførte Helsedirektoratet en landsomfattende kartlegging i 2016.

I 2008 valgte LaH NSF å frikjøpe leder i 100 % stilling. Dette ga en bedre mulighet til å engasjere seg faglig, politisk og i media og vi blir stadig mer etterspurt. Siden 2008 har vi fått 1000 nye «LaH NSF-ere».

I dette tidsskriftet kan du, blant mye annet, lese om helsesøstre som har spalte i avisa og på den måten bidrar til folkeopplysning. Det er også en artikkel om de nye retningslinjene våre som er med å tydeliggjøre jobben vi skal gjøre, noe som er nyttig når vi skal være samfunnsaktører til beste for barn, unge og deres familier. Takk til Finnmark! ■



**Tone Bruun
Strand**

Virksomhetsleder,
Helsesøstertjenesten,
Hammerfest kommune

Betraktninger om å være tydelig

Helsesøstergruppa LaH Finnmark har utfordret meg som virksomhetsleder for Hammerfest helsestasjon til lederstafetten. Det er en flott anledning til å dele noen erfaringer og tanker fra en helsestasjon i vekst øverst i nord.

Hammerfest kommune har ca. 10 500 innbyggere, fordelt på vel 70 forskjellige nasjonaliteter. Andelen innbyggere med minoritetsbakgrunn ligger på vel 17 %. Altså en multikulturell kommune. Dette hovedsakelig gjennom arbeidsinnvandring, familiegjenforening og bosetting av flyktninger.

Jeg har vært ansatt i Hammerfest kommune og Helsesøstertjenesten femten år, de tre siste med lederansvar. På denne tiden har lederbetegnelsen endret seg fra ledende helsesøster, til virksomhetsleder, fagansvarlig, tilbake til virksomhetsleder fra januar 2016. Hammerfest helsestasjon eller helsesøstertjenesten som vi kalles, ligger i Sektor for barn og unge,

«Jeg føler meg tidvis som en sjonglør med vel mange baller i lufta.»

og utgjør sammen med PPT og barnevernstjeneste Forebyggende tjenester. Barnehager og skoler er i samme sektor.

Hammerfest helsestasjon som virksomhet rommer «alt»; jeg har foruten ansvar for helsestasjons- og skolehelsetjeneste, ansvar for helsestasjon for ungdom, personalansvar for ti helsesøsterstillinger, en merkantilt ansatt, delansvar for legetjenesten i virksomheten, administrativt ansvar for kommunens

jordmortjeneste, sykepleiertjenesten til innvandrerhelse, samt delegert ansvar for smittevernoppgavene tuberkulosekontroll, reise- og influensavaksinasjon, vaksinasjon av personellgrupper. Videre er jeg aktivt med i kommunenes folkehelsearbeid, ulikt planarbeid og tverrfaglige samarbeidsteam. Jeg føler meg tidvis som en sjonglør med vel mange baller i lufta. Dette kan sees på som en utfordring, da det er mye å holde styr på. Samtidig gir det gode forutsetninger for oversikt og tverrfaglig samarbeid i 1.linjetjenesten, der alt henger sammen. Vi har for eksempel akkurat igangsatt et arbeid med kvalitetssikring av helsestasjonens tilnærming og tilbud i forhold til psykisk helse og vold i nære relasjoner. Målet er å ha en «rød tråd» i hva vi tematiserer, når og hvordan vi gjør det i svangerskaps- og barnekonultasjoner, skolehelsetjeneste og folkehelsearbeid. Enkle grep her vil utgjøre en forskjell.

Tydelig ledelse – forsvarlig tjeneste

Helsesøstertjenesten vår har i mange år hatt stabilt personale, med en fast kjerne av helsesøstre og 1–2 sykepleiere konstituert i helsesøsterstillinger. Teamet har på mange måter vært «selvgående».

De siste årene har vi hatt endringer i tjenesten på grunn av vekst med nye stillinger, samtidig som et par helsesøstre med seniorkompetanse har gått av med pensjon. Videre har mengden av ansvarsoppgaver, og forventninger til hva helsesøster skal bidra med økt. Dette i tillegg til vansker med å rekruttere kvalifiserte helsesøstre til en vakant og en ny stilling, gjør at per-



sonalet over tid kjenner på et høyt arbeidspress. De etterspør en tydeligere ledelse for å opprettholde en forsvarlig tjeneste.

Det passet derfor godt at Hammerfest kommune hadde planlagt å gjennomføre «10 faktor-medarbeiderundersøkelse» gjennom KS i overgangen til 2017. Undersøkelsen er tilpasset et arbeidsliv i stadig endring i blant annet offentlige organisasjoner, og skal være et verktøy til hjelp i arbeidet med leder-, medarbeider- og organisasjonsutvikling. Den omfatter ti faktorer som er dokumentert viktige for å oppnå gode resultater gjennom medarbeiderne. Alle kommunale ansatte ble invitert til å delta i denne undersøkelsen. Den totale svarprosenten var på 70 %, og for helsesøstertjenesten 90 %. Vår besvarelse på de 10-faktorene var generelt positiv. Til tross for opplevelse av arbeidspress, lå besvarelsen fra 4,3 – 4,7 på en skala fra 1 til 5.

Personalgruppa har i fellesskap valgt ut to faktorer de ønsker å jobbe videre med, en faktor som er bra og som de ønsker bevare/ videreutvikle, den andre en som må forbedres. Mål og tiltak i forhold til disse skal settes inn i en tiltaksplan for to år, frem til neste medarbeiderundersøkelse.

Personalet valgte faktoren «nytteorientert motiva-

sjon» til bevaring/videreutvikling. Faktoren omhandler motivasjon til å gjøre noe nyttig og verdifullt for andre som en drivkraft i jobben. Helsesøstertjenesten har et godt omdømme i kommunen og i stor grad fornøyde brukere. Tiltak i planen som skal utarbeides, vil bevisstgjøre på det positive i helsesøsterrollen og hvordan opprettholde og videreutvikle den nytteorienterte motivasjonen hos hver enkelt medarbeider.

Faktoren som ble valgt for forbedring er «rolleklarhet», og dette temaområdet ønsker jeg å belyse nærmere her. Høy rolleklarhet innebærer at forventningene til den jobben medarbeideren skal gjøre er tydelig definert og kommunisert. Det er ifølge KS' 10 faktor blant annet avgjørende for bruk av kompetanse og opplevelse av indre motivasjon.

Rolleklarhet

At valget falt på rolleklarhet var egentlig forventet ut ifra signaler i tidligere medarbeidersamtaler og jevnlig dialoger i forhold til arbeidspress. Vi har dessverre sett oss nødt til nedjustere på børtjenester i påvente av ansettelser i vakante stillinger. Besvarelsen med 4,3/5 på denne faktoren, kan alene tilsi at utfordringsbildet ikke er spesielt høyt, men i tilbakemeldingene til

LEDER: Tone Bruun Strand har vært ansatt i Helsesøstertjenesten i Hammerfest i femten år, de tre siste med lederansvar. Foto: Privat



meg som leder etter diskusjon og drøfting i personalgruppa, ligger det en klar forventning fra personalet om en mer tydelig ledelse.

Tilbakemeldingene er at stadig nye føringer og oppgaver parallelt med økt etterspørsel av tjenester, medfører stort arbeidspress og en opplevelse av ikke å strekke til. Tidligere sentrale føringer har ofte vært lite presise i forhold, og helsesøsterrollen og dens ansvarsområder ikke tydelige nok eller ikke tilstrekkelig avklart for alle internt i tjenesten. Eksternt synes det å være en forventning om at helsesøster skal bidra på alle arenaer, også der andre tjenester selv ikke har tilstrekkelig kapasitet. Dette sees spesielt i skolehelsetjenesten, samt i forventninger fra spesialisthelsetje-



«Et møysommelig arbeid har båret frukter.»

nesten etter at særlig Samhandlingsreformen trådte i kraft. Leder må derfor være tydeligere i forhold til rolleavklaring, både internt i tjenesten og eksternt, – hva som skal prioriteres og hva som kan vente, hvor fleksible helsesøstrene skal være ved nye oppgaver og forespørsler om bistand fra ulike samarbeidsaktører. Det er nødvendig med avklaring av helsesøsters rolle i tverrfaglig samarbeid internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Umiddelbare tanker underveis i den muntlige gjennomgangen av hva personalgruppen var kommet frem til, var hvilke forutsetninger har jeg for å være en tydeligere leder, mest med tanke på nasjonale føringer? Videre, hva er mitt ansvar alene i kraft av å være leder, og hva kan jeg forvente av personalgruppa? Samtidig kjente jeg på ydmykhet og stolthet over å lede ei personalgruppe med et arbeidsmiljø preget av gjensidig tillit og åpenhet.

Forhold som påvirker vår tjeneste

Siden har jeg reflektert mye over tydelig ledelse og forhold som påvirker rolleklarhet, og slik våre forutsetninger til en forsvarlig tjeneste, mestringsklima og motivasjon/ drivkraft i jobben. Det jeg har kommet frem til er:

Stadig nye nasjonale retningslinjer og føringer skal fremme kvalitet i tjenestetilbudet, men byr samtidig på utfordringer i forhold til det å ha tilstrekkelig med personellressurser og kompetanse til å innfri disse føringene. Et eksempel her er nasjonal faglig

retningslinje for forebygging, behandling og oppfølging ved overvekt og fedme hos barn og unge. Videre ny nasjonal faglig retningslinje som kom i februar. Den er mer spesifikk enn tidligere veileder, og vil med sine begrunnelser, praktisk beskrivelse og referanser være et nyttig arbeidsredskap, for en tydelig og forsvarlig helsestasjons-, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Samtidig har den presiseringer og sterkere føringer med flere SKAL oppgaver enn i den gamle veilederen. Konsultasjonene skal romme mer, alt tverrfaglig samarbeid skal være formalisert, tilbudet skal fortsatt være lett tilgjengelig for barn, ungdom og foreldre. Her er det bare å starte arbeidet med revidering av virksomhetens kvalitetssikring med krum hals! Men hvordan følge opp, få til alt, innenfor eksisterende rammer? Hvordan normere tjenesten slik at den til enhver tid har god kvalitet og er forsvarlig i alle ansvarsområder? Det er det store spørsmålet.

Rapport om helsestasjons- og skolehelsetjeneste TRYGG, TYDELIG og TILGJENGELIG belyser blant annet det «systemiske» perspektivet som må til. Videre ønsker og behov de som er i målgruppene har til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, på vei mot en fremtidsrettet helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Ifølge denne rapporten blir tjenesten tydeligere når helsefremmende, befolkningsrettet innsats styrkes. Helsesøstrene skal gjennom å rette innsats mot forhold som fremmer mestring, helse og trivsel, bidra til trygge og gode foreldreskap og trygge barn og unge.

Kommunens satsingsområder. Hammerfest kommune satses på barn og unge, og har de siste årene kommet et godt stykke på vei i det å jobbe mer helt, ikke stykkevis og delt. Her har jeg lyst å trekke frem erfaringer fra hvordan tjenesten har blitt styrket, allerede fra 2009 før den nasjonale satsingen fra 2014 til nå. Helsesøstertjenesten har på disse årene fått tilført 4,5 faste stillinger, hovedsaklig til skolehelsetjenesten og innvandrerhelse, inkludert tilbud til barn, unge og familier med minoritetsbakgrunn. I tillegg var vi berettiget til å søke på de øremerkete midlene i høst, og fikk tilskudd til vel en engasjementsstilling fordelt på jordmor-, fysioterapeut- og helsesøstertjeneste.

Den første styrkingen i 2009/10 kom da vi i helsesøstertjenesten begynte å si mer nei ved pågang fra andre tjenester, med begrunnelse i kapasitet innenfor aktuelle rammer. Skolene og innvandretjenesten formidlet da behov for mer samarbeid med helsesøster, samtidig som daværende leder for helsesøstertjenesten la frem dokumentasjon fra erfaringskunnskap

og helsesøstrenes oversikt til kommuneledelse og politikere. De største grunnskolene ga da fra seg

10–20 % pedagogressurs, til sammen en stilling, og bidro på denne måten til ukentlig tilstedeværelse med kontortid av helsesøster i skolene. Videre fikk vi lønnsmidler til en stilling til innvandrerhelse fra flyktningemidler i kommunen. Økt tilbud ga etter hvert økt etterspørsel, og kommunen har vedtatt å bosette flere flyktninger. Gjennom dokumentasjon på økt aktivitet i skolehelsetjenesten, og at rammene våre ikke kunne dekke behovet som fulgte veksten, fikk vi etter hvert aksept for ytterligere styrking av helsesøstertjenesten.

Det er et omfattende arbeid med dokumentasjon av aktivitet og behov meldt til kommuneledelse og politikere som ligger til grunn for styrkingen. Dette ble levert både skriftlig og gjennom muntlig fremlegg i ledergruppen og kommunale politiske utvalg. Her har forrige leder for Hammerfest helsestasjon og jeg sammen med personalgruppen, vært gode samfunnsaktører og premissleverandører for en tydelig og tilgjengelig tjeneste. Det at det hjelper å si ifra og dokumentere, har gitt motivasjon, tro og inspirasjon til å stå på videre. Dokumentasjonen inneholdt statistikk på aktivitet i skolehelsetjenesten, gjennomsnittsberegnet tidsressurs til anbefalte helsekontroller og målrettet oppfølging/ ekstrakonsultasjoner, for- og etterarbeid, samt på ekstra tidsressurs til oppfølging av barn, unge og familier med minoritetsbakgrunn. Det siste fordi vi generelt erfarer dobbel tidsressurs i disse konsultasjonene, grunnet språkbarrierer og bruk av telefontolk, samt kulturforskjeller. I tillegg har de fleste jevnlig ekstrakonsultasjoner de første månedene og årene. Vi ser også et større behov for tverrfaglig samarbeid enn hos etnisk norske familier. Et møysommelig arbeid, har båret frukter.

Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjeneste fra 2010, IS-1798, har forslag til normtall, men vi fant ut at de ikke var forenlige med kvalitet og forsvarlig tjeneste hos oss, spesielt i helsestasjons-tjenesten 0–5 år. Et eksempel er forslaget til normtall på 65 fødsler/100 % helsesøsterstilling. Som nevnt innledningsvis har Hammerfest forholdsvis høy andel av familier med minoritetsbakgrunn. Oversikt de siste fem årene viser et gjennomsnitt på vel 130 fødsler i året (en variasjon fra 125- 160). Vel 30 % av de nyfødte har mor med minoritetsbakgrunn, og i aldersgruppen 0–5 år har gjennomsnittlig 28 % av barna minst en forelder med minoritetsbakgrunn. Dette er omtrent dobbelt så mange som på landsbasis.

Så hvor mange fødsler vil være aktuelt per 100 % stilling hos oss? Vi prøver per i dag å fordele best mulig med utgangspunkt i antall fødsler og hjemlene vi har anslått til å dekke helsestasjon 0–5 år.

Normering av tjenester, kartlegginger, rapporteringer er en del av leders oppgaver. Overnevnte eksempel viser etter min mening at IS- 1798's forslag nasjonale normer ikke alltid vil kunne tilpasses alle helsesøstertjenester, at det er behov for forskjellige strategier i forhold til forskjellige størrelser og hvordan tjenesten er organisert. Tilgang på fagpersonell i landets helsesøstertjenester og variasjon i befolkningssammensetningen spiller også inn. I en travel hverdag er det ikke gitt alle ledere å ta fatt på et slikt arbeide som vi gjorde. Her tenker jeg at tydeligere nasjonale føringer og verktøy må til på hvordan normere de forskjellige ansvarsområdene, for å gi den enkelte leder bedre forutsetning til å være en tydelig leder og samfunnsaktør.

Fylkesmannens kartlegging i høst av helsestasjoners bemanning i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, bød på utfordringer, da vi har rundt to stillinger som går med til smittevernoppgaver, innvandrerhelse, miljørettet helsevern med mere. Hvordan skulle disse registreres? Jeg går ut fra at andre ledere i helsestasjoner med mange ansvarsområder har erfart liknende problemstilling. Kan det være at stillinger som ikke går direkte inn i helsestasjons- og skolehelsetjeneste likevel er registrert der, og kan dette påvirke den nasjonale oversikten over antall stillinger som brukes til barn og unge i helsestasjons- og skolehelsetjenestene? Jeg mener at dette er et innspill å ta med seg videre i det nasjonale arbeidet, for en tydelig og tilgjengelig helsesøstertjeneste.

Et samfunn i endring med forhold som stress hos både unge og voksne, forventning om å skulle prestere, økt grad av livsstilssykdommer, har vært med på å bidra til en dreining fra primærforebygging til mer sekundær forebygging med oppfølging og behandling av etablerte plager. Utfordringsbildet i Hammerfest er blant annet flere barn og unge med angst og depresjon, fedme, skolevegning og en høy andel av elever som ikke fullfører videregående skole innenfor normert tid.

Samhandlingsreformen har medført større ansvar i kommunene. Spesialisthelsetjenesten synes å ha strammet inn og kortet ned behandlingsforløp. Hos oss merker vi det spesielt i forhold til psykisk helse, hvor flere barn og unge avvises og henvises tilbake til kommunen. Dette sees gjerne ved moderate mot

alvorlige plager, som ofte havner i en «gråson» mellom 1. og 2.-linjetjenesten. Spesialisthelsetjenesten kan da anbefale oppfølging, og innimellom til og med behandling, hos helsesøster. Noe som kan sees i sammenheng med at kommunen per i dag ikke har klart å fremskaffe tilstrekkelig kompetanse som for eksempel kommunepsykolog til barn og unge, og andre tiltak til de som er i denne gråsonen. Videre kan det være helsesøsters rolle er uklart for spesialisthelsetjenesten.

Kommunen er i vekst. Det, sammen med høy andel av innvandring, har gitt nye utfordringer med tanke på kompetanse og ressurser. Vi erfarer for eksempel at bofellesskap for flykninger og bosetting er i gang, før helsetjenestetilbud og andre kommunale tjenester er på plass. Medvirkende årsak til dette kan være at kommunens tjenestetilbud er spredt på tre kommunale sektorer, og at sektorene ikke i tilstrekkelig grad kommuniserer med hverandre. Disse spørsmålene krever en bedre samordning og en mer helhetlig plan for arbeidet, også her er det verdifullt å engasjere seg som leder av helsesøstertjenesten.

Kommunale føringer, arbeid med planer, folkehelsearbeid og utvikling av tverrfaglig samarbeid, har vært med å trekke mitt fokus bort fra det interne arbeidet hos oss. Dette arbeidet er et viktig arbeid for oversikt og det å være en samfunnsaktør, men det har også vært med på å flytte fokus ut. En virksomhetsplan for helsestasjonen/helsesøstertjenesten ville ha vært til hjelp for meg som leder, for å ivareta det interne arbeidet og fremstå mer tydelig som leder. Dette er noe som nå skal på plass.

Tydelig kommunikasjon til sist, men ikke minst, er selvfølgelig også av betydning for tydelig ledelse. I en artikkel på Ledernytt.no står det «Som leder vil du spare deg selv og andre for mye usikkerhet, ineffektivitet, konflikter og manglende måloppnåelse om du kommuniserer tydelig og åpent, ansikt til ansikt med dine medarbeidere». Videre har muntlig- og skriftlig kommunikasjon, samt kroppsspråk og respekt innvirkning på tillit og troverdighet, og hvordan budskap oppfattes.

Hos oss har vi en positiv arbeidskultur, preget av gjensidig respekt og åpenhet. Det er høyt under taket, rom for å være forskjellig og uenig, og kommunikasjonen rommer både anerkjennelse, positive- og konstruktive tilbakemeldinger direkte til den det gjelder. Innimellom kan mangfoldet i drøftinger og diskusjoner gjøre at vi sporer av, og da kan det være at oppsummeringen og konklusjon, plassering

av ansvar uteblir. Å huske på dette, er et av de enkle grepene som vil bidra til mer tydelig kommunikasjon.

Som leder har jeg fått en utvidet oversikt over styringssystem, hvilke faktorer som legger føringer og påvirker det vi gjør. Ved å dokumentere i forhold til disse, inkludert den nye nasjonal faglig retningslinjen, kan vi helsesøstre bli mer tydelige og gode samfunnsaktører i møte med kommuneledelse og politikere. Tidligere nevnte artikkel fra Ledernytt om tydelig ledelse, trekker frem at leder ved å sjekke at budskap er forstått i tråd med intensjonen vil kunne bidra til at personalet får eierskap til leders budskap, og at det vil innvirke på om leder lykkes. Tanken slår meg nå at jeg kanskje ikke har klart å formidle dette systemperspektivet fra arbeidet jeg deltar i utenfor tjenesten, godt nok internt til personalgruppen. Det er i alle fall noe å være bevisst på i lederrollen fremover.

Tydelig internt og utad

Jeg er stolt over å representere en kommune som satser på barn og unge, og en helsesøstertjeneste med engasjerte helsesøstre og stor grad av fornøyde brukere. Tiltaksplanen som vi nå skal utarbeide i forhold til 10 – faktor undersøkelsen, vil være et nyttig styringsverktøy for å tilstrebe rolleklarhet og tydeligere ledelse og tjeneste. Ved å bli mer tydelige internt i teamet, vil vi også kunne bli tydeligere utad.

LaH Finnmarks fagdager i år var i nær tilknytning til utsendelse av ny nasjonal faglig retningslinje, som kom «litt i fanget». Styret valgte å bruke en dag på en gjennomgang av hvordan retningslinjen er bygd opp, hvordan finne frem i den ved presentasjon og workshops på flere av delene. Det var særdeles nyttig for å kunne sette seg bedre inn i retningslinjen, og starte arbeidet med revidering av internkontroll. Finnmark har mange små helsesøstertjenester, med blant annet nyutdannede helsesøstre og/eller sykepleiere konstituerte i helsesøstertstillinger. Flere av oss som deltok på fagdagene etterlyser en drahjelp fra Helseledningsdirektoratet eller Fylkesmannen, for eksempel med et regionalt seminar, når delen for skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom er godkjent.

Erfaringsutveksling, ny kunnskap og inspirasjon kommer godt med på veien videre som leder. Satser derfor på en plass på helsesøsterkongressen med temaet Trygg–Tydelig–Tilgjengelig i september. Med på veien min er også Hammerfests kommunervisjon: Stolt – Ha trua – Lagånd – Sammen for Hammerfest. ■



Sex har ikke
forandret seg

men nødprevensjon har



- ellaOne® er en reseptfri nødprevensjon som bør tas så raskt som mulig og senest 120 timer (5 dager) etter ubeskyttet samleie eller prevensjonssvikt.
- ellaOne virker ved å hemme eller utsette eggøsning.
- ellaOne er vist minst like effektiv som levonorgestrel tatt i løpet av de første 72 timene etter ubeskyttet samleie. Ved metaanalyse av data fra disse to randomiserte kontrollerte studiene viser ellaOne en betydelig lavere risiko for graviditet enn levonorgestrel ($p=0,046$).

Referanse:

Preparatomtale ellaOne, 31.01.2017, p 4.2, 4.4, 4.5, 4.6, 4.8 og 5.1. www.legemiddelsko.no

ellaOne «HRA Pharma»

F

Postkoital antikonsepsjon.

ATC-nr.: G03A D02

TABLETTER 30 mg: Hver tablett inneholder: Ulipristalacetat 30 mg, laktose, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Nødprevensjon innen 120 timer (5 dager) etter ubeskyttet samleie eller prevensjonssvikt. **Dosering:** Behandlingen består av 1 tablett som skal tas så raskt som mulig, men ikke senere enn 120 timer (5 dager) etter ubeskyttet samleie eller prevensjonssvikt. Kan tas når som helst i menstruasjonssyklusen. Ved ev. oppkast innen 3 timer etter inntak, bør ny tablett tas. Ved forskinnet menstruasjon eller ved symptomer på graviditet, skal graviditet være avklart før inntak. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Mangel på spesifikke studier kan det ikke gis alternative doseanbefalinger. Av alvorlig leversvikt: Bruk frarådes pga. mangel på spesifikke studier. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering nødvendig. **Barn og ungdom:** Preparatet egner seg for alle kvinner i fertil alder, også ungdommer. Det er ikke påvist forskjell i sikkerhet og effektivitet sammenlignet med voksne kvinner ≥ 18 år. Det er ikke relevant å bruke preparatet hos barn under pubertetsalder ved indikasjonen nødprevensjon. **Administrering:** Tas oralt, med eller uten mat. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Preparatet skal bare brukes leilighetsvis. Må aldri erstatte vanlig prevensjonsmiddel. I alle tilfeller bør kvinner rådes til å bruke fast prevensjon. Preparatet skal ikke brukes under svangerskap og skal ikke tas av kvinner med antatt eller kjent graviditet, men preparatet kan ikke avbryte et eksisterende svangerskap. Preparatet hindrer ikke graviditet i alle tilfeller. Hvis den neste menstruasjonen er >7 dager forsinket, hvis menstruasjonen er unormal eller ved symptomer som tyder på graviditet eller ved tvil, må det tas en graviditetstest. Som med ethvert svangerskap må muligheten for ektopisk svangerskap vurderes. Det er viktig å være klar over at livmorsblødninger ikke utelukker ektopisk svangerskap. Kvinner som blir gravide etter å ha tatt preparatet må ta kontakt med lege. Preparatet hemmer eller forsinket eggøsningen. Hvis eggøsningen allerede har skjedd, er ikke preparatet effektivt lenger. Må derfor tas så raskt som mulig etter ubeskyttet samleie. Det foreligger ingen effektdata for kvinner som har hatt ubeskyttet samleie >120 timer etter inntak av preparatet. Menstruasjonen kan av og til komme noen dager tidligere eller senere enn forventet. Hos ca. 7% av kvinnene starter menstruasjonen >7 dager tidligere enn forventet og ca. 18,5% av kvinnene hadde en forsinkelse på >7 dager. 4% av forsinkelsene var >20 dager. Samtidig bruk av nødprevensjon som inneholder levonorgestrel anbefales ikke. Bruk av nødprevensjon gir ikke noen beskyttelse hvis man har samleie igjen etterpå. Derfor bør kvinner rådes til å bruke en pålitelig barriere metode inntil neste menstruasjon. Bruk av preparatet kontraindicerer ikke fortsatt bruk av vanlig hormonprevensjon, men preparatet kan redusere deres preventive virkning. Derfor kan kvinner begynne eller fortsette å bruke hormonprevensjon etter å ha tatt preparatet hvis hun ønsker det. Men hun bør få råd om å bruke en pålitelig barriere metode inntil den neste menstruasjonen. Bruk hos kvinner med alvorlig astma som ikke kontrolleres tilstrekkelig med oralt glukokortikoid, anbefales ikke. **Hjelpestoffer:** Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, hereditær laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Bilking/bruk av maskiner:** Preparatet kan ha en liten eller moderat påvirkning. Svakt til moderat svimmelhet er vanlig etter inntak, søvnighet og uklart syn er mindre vanlig og svekket oppmerksomhet er rapportert i sjeldne tilfeller. Ved slik bivirkninger må pasienten ikke kjøre bil eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** Effekten av ulipristalacetat reduseres ved samtidig bruk av CYP3A4-induktorer. For kvinner som har brukt enzyminduktorer de siste 4 ukene, anbefales ikke bruk, ikke-hormonell nødprevensjon må vurderes (f.eks. kobberspiral). Samtidig bruk av ritonavir anbefales ikke. Samtidig bruk av esomeprazol reduserer C_{max} , forsinket T_{max} og øker AUC. Klinisk relevans av denne interaksjonen for enkeltadministrering av ulipristalacetat som nødprevensjon er ukjent. Ulipristalacetat bindes til progesteronreseptoren med høy affinitet og kan derfor påvirke virkningen av legemidler som inneholder progesteron. Svangerskapsforebyggende virkning av prevensjon med kombinerte hormoner eller med kun progesteron kan bli redusert. Samtidig bruk av ulipristalacetat og nødprevensjon som inneholder levonorgestrel anbefales ikke. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Skal ikke brukes under svangerskap eller ved antatt/kjent graviditet. Preparatet kan ikke avbryte et eksisterende svangerskap. Det kan forekomme graviditet etter bruk av preparatet. Det er ikke observert teratogen effekt, men dyrestudier er utilstrekkelige mht. reproduksjonstoksisitet. Begrensede humane data om eksponering under svangerskap tyder ikke på noen problemer med sikkerheten. Likevel er det viktig at alle svangerskap hos kvinner som har tatt preparatet rapporteres til www.hra-pregnancy-registry.com/no/. Hensikten med dette registeret er å samle sikkerhetsopplysninger fra kvinner som har tatt preparatet under svangerskapet eller har blitt gravide etter å ha tatt preparatet. Alle pasientdata vil holdes anonyme. **Amming:** Utskilles i morsmelk. Effekt på nyfødte/spedbarn er ikke undersøkt. Risiko for barn som ammes kan ikke utelukkes. Etter inntak av preparatet frarådes amming i 1 uke. I denne perioden anbefales det å pumpe ut og kaste brystmelken for å stimulere melkeproduksjonen. **Fertilitet:** Det er sannsynlig at fertiliteten returnerer raskt etter behandling med preparatet. Det anbefales å bruke pålitelig barriere metode ved påfølgende samleier frem til neste menstruasjon. **Bivirkninger:** **Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$):** Gastrointestinale: Abdominale smerter og ubehag, kvalme, oppkast. **Kjønnsorganer/bryst:** Bekkensmerter, dysmenoré, ømme bryster. **Muskel-skjelettsystemet:** Myalgi, rygsmerter. **Neurologiske:** Hodepine, svimmelhet. **Psykiske:** Stemningsleieforstyrrelser. **Øvrige:** Tretthet. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):** Gastrointestinale: Diaré, munntørhet, dyspepsi, flatulens. **Hud:** Akne, hudlesjoner, pruritt. **Infeksjoner:** Influensa. **Kjønnsorganer/bryst:** Menoragi, metroragi, menstruasjonssydeler, hjetodeutflokk, premenstruelt syndrom, vaginit. **Neurologiske:** Søvnleser, migrene. **Psykiske:** Emosjonelle lidelser, angst, hyperaktivitet, insomni, libidoendringer. **Stofskifte/ernæring:** Endret appetitt. **Øye:** Synforstyrrelser. **Luftveier:** Halstørhet. **Øvrige:** Feber, kuldegysninger, utilpasshet. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $<1/1000$):** **Hud:** Urticaria. **Kjønnsorganer/bryst:** Dyspareuni, genital pruritt, hypomenoré, ovarialcysteruptur, smerter i vulva/vagina. **Neurologiske:** Synkope, tremor, svekket oppmerksomhet, smaksforstyrrelser. **Psykiske:** Desorientering. **Øre:** Vertigo. **Øye:** Fotofobi, unormale fornemmelser i øyet, okulær hyperemi. **Øvrige:** Tørste. **Overdosering/Forgiftning:** Begrenset erfaring med overdosering. Enkelt doser på opptil 200 mg er administrert til et begrenset antall personer og ingen alvorlige bivirkninger er rapportert. Se Giftnotifikasjonsanbefaling G03A D02 side c. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Hormonpreparat til postkoital antikonsepsjon. Aktiv syntetisk selektiv progesteronreseptormodulator som virker gjennom høyaffinitetsbinding til progesteronreseptoren. **Virkningsmekanisme:** Antas primært å hemme eller forsinke ovulasjon. Hos noen kvinner kan også follikelrupturen forsinke, selv når ulipristalacetat tas like før eggøsning. Ulipristal gir lavere risiko for graviditet enn levonorgestrel ved bruk som nødprevensjon mellom 0-72 timer etter ubeskyttet samleie. Gitt 48-120 timer etter ubeskyttet samleie gir ulipristal en graviditetsrate på 2,1%. **Absorpsjon:** Raskt. C_{max} (ca. 176 ng/ml) etter ca. 1 time. Fettrik frokost resulterte i lavere C_{max} , forsinket T_{max} og høyere AUC sammenlignet med fastende tilstand. **Proteinbinding:** $>98\%$. **Halveringstid:** Ca. 32 timer etter inntak av 30 mg. **Metabolisme:** I lever, hovedsakelig av CYP3A4. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig clearance ca. 77 liter/time. **Pakninger og priser:** 1 stk. (blister) 528797. **Sist endret:** 19.12.2016

Sikkerhetsinformasjon ellaOne:

- ellaOne skal bare brukes leilighetsvis og må aldri erstatte vanlig prevensjonsmiddel. En pålitelig barriere metode må brukes til alle senere samleier inntil neste menstruasjon.
- ellaOne skilles ut i morsmelk, det anbefales å ikke amme i en uke etter inntak av ellaOne.
- De vanligste bivirkningene er hodepine, kvalme, abdominalsmerter og dysmenoré.
- Samtidig bruk av ellaOne med CYP3A4-induktorer (f.eks. barbiturater (inkludert primidon og fenobarbital), fenytoin, fosfenytoin, karbamazepin, okskarbazepin, plantebaserte legemidler som inneholder johannesurt (Hypericum perforatum), rifampicin, rifabutin, griseofulvin, efavirenz og nevirapin) reduserer plasmakonsentrasjoner av ulipristalacetat og kan føre til redusert effekt av ellaOne.
- For kvinner som har brukt enzyminduktorer de siste 4 ukene, anbefales ikke bruk av ellaOne, og ikke-hormonell nødprevensjon må vurderes (f.eks. kobberspiral).



NO/U/LP/0417/0004/12207



En hilsen fra Finnmark

Hverdagen som helsesøster i det langstrakte og store fylket i nord er alt annet enn kjedelig. Vi har derfor lyst til å presentere noen av våre kommuner for dere, og samtidig fortelle litt om hvordan hverdagene våre kan utarte seg.

Tekst **Kjerstin Møllebakken**, avtroppende styreleder, LaH Finnmark

Finnmark fylke har et areal på 48 616 kvadratkilometer og et folketall på 75 758 innbyggere, noe som tilsier at de fleste her oppe har rimelig god plass. Og at det fra nord til sør og fra øst til vest, er ganske så store avstander og kontraster. Det å være styreleder for et så vidstrakt og geografisk utfordrende område, kan til tider by på noen utfordringer. Eller som vi liker å betegne det «vi får finn på nå lurt». Noe som betyr at vi ofte må løse ting på vår egen måte og være kreative. Som for eksempel å velge inn noen i styret som har en hytte midt i fylket slik at styremøtene våre kan legges dit. I flere år hadde vi et styremedlem fra Karasjok, en samisk kommune som ligger ganske midt i Finnmark fylke. Avstandene til oss andre i styret ble dermed ganske likt fordelt. Dette betød at de fleste av oss hadde en ikke alt for lang kjørevei, «kun» mellom 35 og 40 mil én vei for å komme til møtet. Fly var ingen realitet, det ville uansett bli en lang kjøretur til flyplass, og flyavganger ville medføre en dag ekstra i reisevei. Men koselig ble det på våre styremøter i Karasjok på Ninas hytte. Nina Nedrejord, tidligere ledende helsesøster i Karasjok, er egentlig Oslo-jente men kom til Karasjok som nyutdannet helsesøster på 80-tallet. Hun fant fort ut at hun var nødt til å bli «ordentlig same» for å skjønne både språk og den kulturelle forskjellen som er stor, men kanskje ved

første øyekast kan se lik ut. Også for oss andre som bor og lever i Finnmark, men i kommuner uten samisk innslag, oppleves kontrasten til det samiske som stor.

Kontrastene og utfordringene

For å belyse noen av kontrastene og utfordringene med fylkesstyrearbeid i Finnmark, vil jeg introdusere noen flere av våre styremedlemmer for dere. Da Nina forsvant fra vårt styre, ble hennes koselige hytte byttet ut med styremøter på Skype. Det blir ikke mye nærkontakt, men det er gratis og det er den muligheten vi har for de jevnlige møtene. Imidlertid forsø-

«Vi måtte jo teste de søringen og se om dem holdt mål.»

ker vi å møtes to ganger i året til fysiske styremøter. Det er vi nødt til for å kunne komme i mål med planlegging av fagdager og større saker. Styret møtes da på hotell eller fjellstuer sånn omtrent midt i fylket, eller vi bytter på å legge møtene til de minst værmessig utsatte stedene så vi ikke blir værfaste. Vårt siste styremøte, og redaksjonsmøte for bladet, ble avholdt

i Vadsø. Vadsø er vår fylkeshovedstad og vi benyttet da også dagene (de fysiske styremøtene våre avholdes fra lunsj til lunsj neste dag) til et møte med fylkeslegen og fylkeslegens kontor. Vi har hatt faste årlige møter med fylkeslegens kontor i svært mange år, noe som både helsesøstergruppen og fylkeslegen har stor glede og nytte av. Fylkeslegen er for øvrig alltid tilstede på våre fagdager og bidrar med informasjon og nyttige temaer.

Da vi møttes på styremøtet i september, som ble avholdt på Levajok fjellstue i Tana, var vi så heldige å få besøk av både Kristin og Ellen fra landsgruppedelelsen. Det var stas. Vi hadde faglig godt innhold, mange saker, men fikk likevel tid til både badstue og nakenbading i Tanaelva. Vi måtte jo teste de søringen og se om dem holdt mål.

Under vårt opphold på Levajok, fikk vi presentert våre 19 kommuner og helsesitasjoner rundt i fylket og vi vil her gi dere en liten smakebit fra noen av kommunene.

Vadsø kommune

Helsesøstertjenesten i Vadsø kommune ved Rigmor G. Brevig:

Vadsø er fylkeshovedstaden i Finnmark og har om lag 6 200 innbyggere. Helsesøstertjenesten har 6 årsverk med helsesøstre, og 0,5 årsverk med sykepleier. 1,5 årsverk blir brukt på asylmottaket, 1,0 årsverk blir brukt på direkte bosatte flyktninger, mens 4,0 årsverk blir brukt



HELSESTØSTRE: Fra venstre Heidi Jernsletten som er helsesøster i Nesseby kommune, Audhild Andreassen er helsesøster i Honningsvåg kommune, Rigmor G. Brevik er helsesøster i Vadsø kommune, faggrupeleder Kristin Sofie Waldum-Grevbo, Kjerstin Møllebakken som var leder i LaH Finnmark da bildet ble tatt, Tone Dervo som er helsesøster i Alta, May Britt Hansen som er helsesøster i Hammerfest kommune og administrasjonsrådgiver i NSF Ellen Kathrine Larsen.

i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Kommunen har stort sett hatt en bra og stabil helsesøsterdekning gjennom årene. I tillegg har helsestasjonen jordmor i 100 prosent stilling som har tett og godt samarbeid med helsesøstrene.

Kommunen har bosatt flyktninger siden tidlig på 90-tallet og har i tillegg et stort asylmottak. Helsestasjonen opplever at flyktninger og asylanter naturlig nok har et større behov for råd og veiledning. Det innebærer økt ressursbruk med flere konsultasjoner til denne gruppen.

Ved alle skolene i byen har vi elever med mange ulike nasjonaliteter. Det medfører utfordringer i forhold til språk og kultur, men gir også et godt og fargerikt fellesskap.

Ved videregående skole har man flere elever fra omliggende kommuner. Det å måtte bo hjemmefra i så tidlig alder ser vi flere kan slite med, blant annet det å komme seg til skolen hver dag. Flere sier også at de er ensomme.

Vadsø kommune har mange offentlige arbeidsplasser som følge av Vadsøs rolle som sete for fylkeskommunen og fylkes-

mannen i Finnmark. Vi ser at mange unge kommer hit på grunn av gode jobbmuligheter. Dessverre ser vi også at mange av dem flytter igjen når de får barn. Ønsket om å ha besteforeldre og annen familie nærmere gjør at de flytter selv om de ellers trives.

Vadsø ligger i naturskjønne omgivel-

«Kommunen har bosatt flyktninger siden tidlig på 90-tallet.»

ser som byr på mange muligheter for et aktivt friluftsliv. Kulturlivet blomstrer med mange ulike lag og foreninger. Vi ser at mange av våre nye landsmenn benytter seg av disse tilbudene, men at man burde få enda flere med tanke på bedre integrering.

Fra Vadsø sin helsesøsterhverdag kan vi ta turen til et av våre andre styremed-

lemmer, Susanne, som bor og virker i Mehamn. Fra Vadsø til Gamvik kommune er det 255 kilometer.

Gamvik kommune

Helsesøster Susanne B. Grinde i Gamvik kommune:

I Gamvik kommune bor det om lag 1 140 mennesker, fordelt på cirka 1 415 km². Til sammenligning har Bergen kommune 277 391 innbyggere fordelt på cirka 466 km². Vi har god plass i Gamvik kommune, og lange avstander fra ytterstedene.

Vi har 3 skoler der det til sammen går 90 barn i 1–10 klasse. 2 barnehager har til sammen nesten 50 barn. Vi har foreldre fra Russland, Estland, Latvia, Bangladesh, Litauen, Island, USA, Syria, Polen, Thailand, Filippinene, Sverige, Finland, Romania og India. Det er et stort mangfold av kulturer og mennesker. De siste års barnekull har hatt flere utenlandske enn norske foreldre på grunn av stor arbeidsinnvandring.

Så hvordan er det å være alene helsesøster i en liten stor kommune? Det siste halvåret har kommunen vår



Kommunesentre i Finnmark



STORE AVSTANDER: Finnmark fylke har et areal på 48 616 kvadratkilometer. Det er god plass å boltre seg på for et folketall på nærmere 76 000 innbyggere. Men avstanden kan by på store utfordringer.

ikke hatt egen bil som helsesøster kan disponere, og dermed har det ikke blitt skolehelsetjeneste på de to minste skolene med 11 barn (2,5 mil én vei, og én fjellovergang), og 14 barn (6 mil én vei, og to fjelloverganger). Skolen med 14 barn har også hatt en del stengte veier grunnet rasfare og snøras.

Men i mars fikk helsesøster bil igjen, og tok turen til Gamvik skole (2,5 mil), for å lage en plan for resten av skoleåret. Turen endte i kolonnekjøring tilbake, der flere biler hadde kjørt seg fast. En tur som normalt tar 20 minutter, tok 1,5 time med dårlig sikt og mye snø på veien.

Vi har bortimot 40 mil til nærmeste sykehus. Til tross for dette er det få barn som blir født i Gamvik kommune. Jordmor, som kommer hit en gang i måneden, og legene, ønsker at den gravide

reiser til sykehuset minst en uke før termin. Og spesielt på vinteren med mye dårlig vær. Det blir født i snitt 10–12 barn i året i Gamvik kommune.

Når man blir helsesøster til sine venners og søskens barn blir det noen ganger vanskelig å finne den riktige balansen mellom nærhet og avstand. Jeg

«Vi har bortimot 40 mil til nærmeste sykehus.»

har muligheten til å samarbeide med nabokommunen og helsesøster der. Vi har et uoffisielt samarbeid. Ved behov tar vi konsultasjoner for hverandre. Som helsesøster har jeg fått komme til lege

og helsesøster i nabokommunen med min egen datter. Men nå som hun har begynt på skolen, skal hun ha samme helsesøster som de andre barna sier hun. Andreklassevaksinen var verst for mor, og tredje klasse samtalen... ja den hadde hun styr på og visste akkurat hva hun skulle prate med helsesøster (mor) om.

Fra Gamvik kommune, tar vi turen til Hammerfest, en tur som i avstand er 364 kilometer.

Hammerfest kommune
Helsesøster May-Britt Hansen
i Hammerfest kommune:

Hammerfest kommune består av tre øyer (Sørøya, Seiland og Kvaløya). For å komme seg til og fra øyene er vi avheng av bil, buss, private båter, ferge eller lokal rutebåt. I 4. termin

2016 var innbyggertallet 10 527.

Tidligere dro helsesøster og lege ut til øyene for å ha helsestasjons- og lege-dager. Dette er nå historie. Befolkningsgrunnlaget på øyene er gått ned og offentlig kommunikasjon er blitt bedre. De som bor på øyene kommer til Hammerfest for å få med seg kultur og fritidstilbudet og gjør unna legebek-søk og slikt.

I Hammerfest har vi god sysselset-ting og derfor liten arbeidsledighet. Noe vi ofte begrunner med aktiviteten på gassanlegget Melkøya og oljevirk-somheten i Barentshavet.

Vi har hatt sykehus fra før krigen, videregående skole og sykepleierutdan-ning gjennom mange tiår.

Vi har god barnehagedekning og et rikt og allsidig fritids- og kulturak-tivitetstilbud. Vi har et godt friluftsliv og det er gjort mye bra i kommunen for at vi som bor her skal komme oss ut.

Vi har flere nye og renoverte skoler i kommunen, noe vi er veldig fornøyd med.

Vi opplever en del gjennomtrekk av folk som ikke er født eller oppvokst i kommunen. Mange synes det er for langt og for dyrt å besøke eller få besøk av familien som bor rundt i vårt langstrakte land. Noen velger derfor å flytte etter hvert som de får ett eller flere barn. Dette kan gjøre noe med oss som blir igjen her. Kanskje i forhold til relasjoner?

Vi har stor arbeidsinnvandring. Vi tar i mot mange flykninger og det er mange familiegjenforeninger. Flykt-ningehelsetjenesten i kommunen har fått tildelt Bosettingspris i 2013 for sitt gode arbeid. Mange kvinner og menn av innvandrerbakgrunn jobber. Andelen nyfødte med innvandrerbakgrunn, hvor én eller begge foreldre kommer utenfor Vest-Europa, har de siste 10–15 årene vært på mellom 25–30 prosent. Vi har skoler i Hammerfest hvor opptil 40 prosent er innvandrere. Dette kan gi en del språk- og kulturutfordringer.

Været her i nord – og særlig på kysten – er tøft, noe som kan være vanskelig for noen og enhver. For dem som er oppvokst med stabilt og varmt klima kan akkurat denne delen være vanskelig.

Vi har en videregående skole med 427 elever i år. Mange av elevene er borteboende. Ungdom er som kjent i

«Utekontordagen kan gå over i kveld før arbeidet er unnagjort.»

en sårbar fase av livet. En stor utfor-dring i Finnmark, og i landet for øvrig, er å sørge for at elevne ikke dropper ut, men fullfører skolen.

Fra Hammerfest tar vi turen til Kir-kenes, der vår styreleder gjennom 11 år har bodd og virket.

Sør-Varanger kommune

Folkehelsekoordinator Kjersti Møl-lebakken, Sør-Varanger kommune: Sør-Varanger kommune ligger lengst øst i Norge med riksgrense mot Fin-land og Russland. Tilgrensende nabo-kommuner er Nesseby til lands i vest, og Vadsø og Vardø til havs i nord. Kommunen er landets sjetteste største i areal og har et innbyggertall på 10 227. Så stor og vidstrakt er Sør-Va-ranger kommune, at dersom vi legger kommunesnittet over Oslo og Akers-hus, så hadde det dekket begge de to fylkene. For at helsesøster skal nå ut til den ytterste helsestasjon i Bugøynes, må hun kjøre ut av kommunen, inn i Nesseby kommune og så inn i Sør-Va-ranger kommune igjen. Avstanden én vei er 12 mil. Det sier seg selv at utekontordagen kan gå over i kveld før barna har fått sine samtaler, vaksiner, skolekonsultasjoner, undervisninger

og kontorarbeidet unnagjort. Det som er positivt, er at helsesøster ofte har samme kontordager som kommuneo-verlegen i det lille samfunnet. Når da bygdas beboere ser at det fortsatt er lys på legesenteret utover ettermidda-gen, kan det ofte vanke både nystekte fiskekaker og ferskt bakverk på døren. Som helsesøster tenker jeg det er viktig også å se det medmenneskelige og ver-difulle i slike utekontor selv om lange avstander og små samfunn absolutt også har sine utfordringer. Totalt sett har Sør-Varanger kommune 11 skoler, samt en videregående skole, og 15 bar-nehager. De fleste skolene ligger i en omkrets av 2–3 mil fra Kirknes sen-trum. Kirknes videregående skole er den videregående skolen i landet med prosentvis høyest antall borteboere-lever. Som Hammerfest ser vi at det for en del av borteboerelevne kan bli vel mye frihet og vel mye ansvar å forvalte i så ung alder.

Den største andelen av befolkningen i Sør-Varanger bor på Kirkeneshalvøya med tettstedene Kirkenes, Hesseng, Bjørnevatn og Sandnes. Sør-Varanger er en kommune med store avstander og lange veistrekninger ut til distriktene. Kirkenes er snuhavn for Hurtigruten og endepunkt for E6. Kirkenes lufthavn Høybuktmoen ligger 12 km fra Kirke-nes by og er svært viktig for forbindel-ser til resten av landet. Sør-Varanger har også veiforbindelse til Finland, samt at det er Norges eneste grense-overgang til Russland over Storskog. Innvandrere utgjør i underkant av 9 prosent av kommunens innbyggere, eksklusive innvandring fra nordiske land. Innvandrere utgjør en svært viktig ressurs som er med på å fylle etterspørselen etter arbeidskraft. De tre største innvandrergroppene er rus-sere (53 prosent), polakker (10 prosent) og estlendere. Mange som kommer til Kirkenes synes det er rart å se at alle gatenavn er skiltet på både norsk og russisk. ■



Kunst som terapi

Mange studenter har psykiske vansker. I samarbeid med helsestasjonen for ungdom og studenter er det etablert et prosjekt med kunstterapi ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet på Ås.

Tekst **Knut Omholt**, førsteamanuensis, Seksjon for læring og lærerutdanning, Fakultetet for realfag og teknologi, NMBU

studentenes helse- og trivselsundersøkelse i 2014 oppga hver femte student å ha alvorlige plager. Dette er dobbelt så høy andel som i samme aldersgruppe ellers i befolkningen. Andelen hadde steget fra forrige undersøkelse i 2010. Økende forekomst av psykiske vansker blant studenter er en internasjonal trend. Bare en tredjedel av dem med alvorlige plager hadde søkt hjelp det siste året. Man anslår et udekket hjelpebehov på mellom 4–6 prosent av alle studenter på landsbasis. Det er derfor viktig med tiltak som kan styrke studenters psykiske helse.

I samarbeid med Helsestasjonen for ungdom og studenter satte jeg i fjor i gang et prosjekt med kunstterapi ved universitetet på Ås. Prosjektet hadde form av en terapigruppe jeg ledet. Tiltaket ble finansiert av ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering gjennom Rådet for psykisk helse. Det overordnede målet var å utforske kunstterapi som en terapiform for studenter med psykiske utfordringer, og det konkrete målet var å redusere plagene for dem som var med i terapigruppen.

En arbeidsgruppe fulgte prosjektet. Medlemmer i gruppen var helsesøster Anne Bentzrød som leder Helsestasjonen for ungdom og studenter på Ås, den velferdsansvarlige i Studenttinget ved universitetet, en representant for Mental Helse Ungdom på Ås, og meg selv, som prosjektleder. Vi hadde fem møter i gruppen i løpet av året, hvor vi så på saker som hadde å gjøre med informasjon om tilbu-

det, drift av terapigruppen og evaluering av forløpet.

Om terapigruppen

Tiltaket henvendte seg til studenter i alderen 18–35 år. Rekrutteringen skjedde ved at ansatte ved helsestasjonen informerte om tilbudet, og kurs ble annonsert på helsestasjonens nettside. Tiltaket ble også kunngjort på studentenes og Studentsamskipnadens nettsider, samt ved informasjon til studieveiledere og med plakater rundt om på universitetsområdet.

Rommet vi benyttet er en stor sal ved universitetet som ellers blir brukt til forelesninger. Jeg gjorde den om til atelier hver torsdag ettermiddag. Ved å ominnrede

«Årsaker til at deltakerne meldte seg på var sjenanse og ensomhet, lav selvfølelse og usikkerhet.»

salen og sette i gang kunstneriske aktiviteter, ble det åpnet for at studentene kunne komme i kontakt med deler av det indre rommet sitt som det ellers ved universitetet ikke er lagt til rette for at de skal utforske. Jeg kalte tiltaket «Rom for helhet».

Terapigruppen møttes to timer én kveld i uken over tolv uker. Vi hadde en gruppe om våren og én om høsten. Åtte studenter fulgte forløpet hver av gangene. Det var kun kvinner i den første gruppen, men to menn deltok i neste gruppe. Årsaker til at deltakerne meldte seg på var sjenanse og ensomhet, lav selvfølelse og usikkerhet på seg selv og sin egen verdi, vanskeligheter med å vite hva de ville og å stå for det, nedstemthet, stress og angst. Som følge av disse utfordringene kom også konsentrasjonsvansker og problemer med å mestre studiet.

Forening av kunst og terapi

Kunstterapi er basert på at skapende virksomhet kan ha en helende virkning. Bruken av kunstnerisk aktivitet for helende formål har en lang tradisjon. I gamle kulturer foregikk den gjennom musikk, sang, dans, fortelling, dramatisering og ritualer. Men på et punkt i historien skilte kunstnerisk aktivitet og helende virksomhet lag. Kunstterapien i moderne form tar sikte på å gjenforene de to sfærene. Samfunnsmessig er dens mål å fremme det enkelte menneskets tro på sin egen skapende kraft. Til grunn for dette ligger en forståelse av at den kreative trangten ikke er forbeholdt barn og kunstnere, men er til stede hos alle. Enhver har evne til å uttrykke sine indre konflikter i en ytre form og gjennom det transformere dem.

Å lage et uttrykk stiller en på en rekke prøver i form av valg en må ta når det



INDRE KONFLIKTER: Tanker som ellers kvernet rundt i hodet, kan holdes fast i et bilde gjennom kunstterapi. Tegnet av en av deltakerne.
Foto: Knut Omholt

gjelder innhold og utforming. Spørsmålene fører til en indre dialog mellom ulike posisjoner i en selv, og dialogen og dens resultater vil komme til å manifestere seg som elementer i bildet. Dette er grunnlaget for å føre sammen det kunstneriske uttrykket og den psykiske situasjonen. I denne sammenhengen er det ikke terapeutens oppgave å tolke bildet ved å fortelle den som har laget det hva det betyr. Det er den som har uttrykt seg, som vet best hva som ligger i verket. Terapeutens tilnærming er derfor heller å spørre hva den som har frembragt uttrykket assosierer med de ulike deler av det. Spesielt vil terapeuten oppfordre deltakeren til å spørre hva uttrykket eller de enkelte deler av det har å si. På det viset snakker en ikke kun om bildet, men med det. Ved at deltakeren går inn i en samtale med de


ulike sider av uttrykket, kan hun komme i samtale med ulike sider i seg selv. Bruken av kunstneriske medier innebærer at en kan henvende seg til deler i en seg selv som ikke er så verbale. Erkjennelse kan skje i flere trinn, fra en vag fornemmelse, til et symbolsk uttrykk, til en verbal dialog og videre til en mer rasjonell forståelse. I undersøkelsen av de ulike elementer anerkjenner og aksepterer vi både de som er ressurser, og de som ser ut til å stenge tilgangen til disse.

Opplegget for den enkelte kveld

Vi startet hver gang med en introduksjon som hadde til hensikt at deltakerne skulle komme til stede, legge til side de beskjeftigelser de kom fra, og være her og nå. For å få til dette brukte vi noen ganger fysisk bevegelse og noen ganger avslapningsø-

velse fulgt av meditasjon. Positurer og bevegelser med kroppen har paralleller til psykiske tilstander og bevegelser, som det å være sentrert, å være i balanse og å kunne lene seg inn i noe nytt.

I meditasjonen eller i bevegelsen kunne det ligge en inngang til et tema. Hvis ikke, fulgte en introduksjon til dagens emne. Jeg introduserte det ved å si noe om hva det dreide seg om i livet, og kanskje noe om hvilke bilder som uttrykker det i myter og eventyr, og annen kunst.

Så kom uttrykksfasen. Det var tiden da hver enkelt fant frem materialer og rigget seg til i salen og gikk i gang med å skape et bilde av det hun opplevde av temaet. I arbeidet med uttrykket skulle vedkommende ta utgangspunkt i en indre forestilling hun hadde fått opp i introduksjonen. Men i stedet for 



MOTSTRIDENDE KREFTER: Tegnet av en av deltakerne. Foto: Knut Omholt

å forsøke å kopiere denne, ble deltakerne oppfordret til å hente inspirasjon fra det som ble til underveis. Hvis en tegnet eller malte, kunne hver strek eller hvert strøk bli til et spørsmål tilbake til en selv. Og det kunne skje et skifte i hvordan deltakerne opplevde det.

Etter uttrykksfasen skulle man sette en tittel på verket sitt og ta frem penn og papir og skrive hva man var blitt klar over i prosessen og uttrykket. Kombinasjonen av å bruke fantasien til å kreere uttrykk og det rasjonelle til å formulere i ord er noe av kunstterapiens egenart. Nyere hjerneforskning støtter opp om at dette er en fruktbar forening.

Til slutt gikk vi rundt til hver enkelt som viste hva hun hadde laget og som fortalte hva hun la i det. Jeg stilte noen ganger spørsmål fra andre vinkler enn den deltakeren selv så bildet fra.

Forløpet som helhet

I innledningen av forløpet hadde jeg tema og opplegg som deltakerne fulgte. De aller første gangene var formålet primært å

«Hvis en tegnet eller malte, kunne hver strek eller hvert strøk bli til et spørsmål tilbake til en selv.»

utvikle trygghet i gruppen og tro på egne uttrykksmuligheter.

De neste gangene dreide det seg om å bli kjent med krefter som kunne stå i veien

for ens utvikling. Da kom de øvelsene som de fleste deltakerne nevnte i evalueringen og som hadde gitt dem størst utbytte. En av disse var oppgaven med å få den indre kritikeren i tale. Øvelsen bestod i at hver og en tok et stort ark, og malte det en hadde lyst til å uttrykke. Men man skulle også gjøre klart et annet ark, et annet sted i salen. Når man begynner å male det man har lyst til, vil det som regel snart melde seg en kritisk stemme innvendig. Og når dette skjedde, skulle en gå til det andre arket og markere der hva som kom fra denne stemmen, i bilde eller tekst. Slik kunne deltakerne få mer tak i hva kritikeren sa og ville.

Mot slutten av forløpet arbeidet deltakerne med det de følte størst behov for å gå videre med, ut fra det de hadde erfart så langt. Det dreide seg da mye om for-



KREFTER: Kunstterapi kan hjelpe en person til å bli kjent med krefter som står i veien for ens utvikling. Tegnet av en av deltakerne. Foto: Knut Omholt

holdet mellom det de ville ha frem i livet og det som stoppet dem. Disse motstridende kreftene kom frem som ulike deler av motivet. Ett eksempel var en tegning med en manet som svømte i havet i den nedre delen av bildet og en delfin som spratt opp av vannet i den øvre delen. En manet er bundet til å være i havet, og er giftig, mens en delfin har kraft til å heve seg over det i glede og utfoldelse.

Jeg tok vare på det deltakerne laget den enkelte gangen og oppbevarte det til den siste kvelden. Da tok vi frem alt, og hver deltaker hadde et bord hvor hun kunne se sine verk, gå gjennom dem og skrive ned det hun så – hva hun hadde fått ut av forløpet, og hva hun hadde å arbeide med videre. Vi gikk rundt til den enkelte som viste hvilke uttrykk hun betraktet som de viktigste, og hvilken sammenheng hun kunne se mellom dem.

Evaluering av prosjektet

Jeg hadde samtale med hver deltaker før forløpet startet om bakgrunnen for at hun hadde meldt seg på. Når hver del-

«Tanker som ellers kvernet rundt i hodet, kunne holdes fast i et bilde.»

taker, under siste samling, fortalte hva hun hadde fått ut av å gå gjennom sine uttrykk, noterte jeg dette ned. Da forløpet var over, hadde jeg igjen en individuell samtale, hvor jeg spurte hva de hadde hatt mest utbytte av. Jeg gikk også gjennom fotoer av enkeltes uttrykk, slik at de kunne

fortelle hva de nå forbandt med dem og hvilken rød tråd de selv så gikk igjen. Det som kom frem av evalueringen, kan sammenfattes slik:

1. Gjennom den skapende prosessen, fra indre forestilling til ytre uttrykk, kunne det skje en bearbeiding. Noe nytt viste seg i forhold til den oppfatning man hadde fra før: «Jeg ble da mer klar over hva det er som står i veien. Og det er lettere å finne ut av dette når en kan arbeide seg frem til det ved å lage et bilde. Det er ikke så lett å komme på sånn uten videre ellers.»

2. Spesielt kunne det skje en endring i selvbildet, ved at det kom frem nye sider ved en selv i uttrykkene. Det ble klarere hva man hadde i seg og en kunne se seg selv fra ulike vinkler og sette seg selv inn i nye sammenhenger: «Det har gjort mye å kunne uttrykke seg. Det blir en annen måte å forløse på. En blir kjent med andre sider av en selv enn en ellers ville blitt, og får tak i andre ting.»

3. Tanker som ellers kvernet rundt i hodet, kunne holdes fast i et bilde. En kunne se utenfor det en syntes var vanskelig, og det kunne komme mer frem hva det var som trakk til ulike kanter: «Så lenge noe ikke er uttrykt som i dette maleriet, er det mer flytende, og ikke så forpliktende å måtte gjøre noe med.»

4. En kunne få en distanse til kreftene. Det var ikke lenger så kaotisk, det kom mer orden i tilværelsen: «Det er ikke så kaotisk lenger når jeg er stresset; jeg eier tiden mer nå.»

5. Det kunne foregå en utvikling i uttrykkene, ved at de etter hvert ble bedre rent estetisk og også mer treffende for det en opplevde. Temaet en hadde ble derved tydeligere, og en kunne se i hvilken retning en skulle gå og mot hvilken tilstand en skulle søke: «Det har vært en bevegelse mot det bildet jeg ønsker å ha av meg selv.»

6. En kunne se mer hva som var realiteten både i relasjon til mennesker i det ytre og i relasjon til krefter i det indre: «Jeg har kunnet trekke ut ting. Anerkjennelse skyld og skam og sånt. Gi meg selv anerkjennelse for de følelser jeg har.»

7. Det ble tydeligere hva som var ekte og verdt å forfølge og derved hvordan en skulle forholde seg: «Jeg har funnet verdier jeg heller vil fokusere på enn usikkerheten min. Jeg kan ikke være usikker hvis jeg skal kunne praktisere de verdiene. Det er ikke noen vits i å være usikker.»

8. Det skapende arbeidet ga et sted til å realisere sin lyst til å gjøre noe kreativt: «Det har betydning å få uttrykke. Det har gitt mere krefter og inspirasjon og tiltak til andre ting i livet.»

9. At terapien foregikk i gruppe hadde sine styrker ved at en kunne dele med andre og få andres forslag til hva som lå i uttrykkene: «Det har vært nyttig å få innspill fra andre i gruppen, til å sette ord på ting. Men det er også viktig i slike tilfeller å kunne si «nei» om det ikke stemmer.»

10. Når det gjaldt å kunne benytte teknikkene videre til å forebygge vansker, var det noen av deltakerne som sa at de ikke hadde mulighet til det, da de ikke hadde penger til utstyr eller plass til å drive med det. Én deltaker fortalte imidlertid at hun allerede, for seg selv, gjorde noen av teknikkene rett og slett med gråblyant, både figurativt og abstrakt: «Jeg finner ro i å drive med egen kunst, og vil bruke det videre, til å gå inn i det indre,» sa hun.

Summen av dette er at deltakernes evaluering viser styrken kunstterapien har som en terapiform hvor en kreerer synlige ytre bilder på de ulike kreftene en opplever i og utenfor seg.

Videreføring av prosjektet

Prosjektet vil bli ført videre. Det foregår på den måten at jeg tar arbeidet med det inn i min stilling ved universitetet. Samarbeidet med de organisasjoner som har vært med i arbeidsgruppen i prosjektet fortsetter. Planen er å ha møter for å se på markedsføring, rekruttering, praktiske spørsmål i driften av tilbudet og evaluering. Et nytt forløp i kunstterapi er i gang denne våren. Innhold og arbeidsmåter i det vil bli justert i samsvarende med de erfaringer som ble gjort i prosjektet i fjor. ■



Alle kan bruke aminoJern!

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

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

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

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

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

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

www.aminojern.no

VITALKOST



Nært samarbeid med helsesøstre

Gjennom flere år har fylkeslegens kontor og helsesøstrene i Finnmark hatt et godt samarbeid.



Av Eivind Merok, fylkeslege og Tom Olav Stavseth, seniorrådgiver

Finnmark er et stort og mangfoldig fylke, og helsesøstertjenesten i Finnmark er så mangfoldig som fylket i seg selv er. I de største kommunene, som Sør-Varanger, Vadsø, Hammerfest og Alta finner vi helsesøstre i et faglig kollegium. I de minste kommunene er helsesøstren ofte alene i faglig forstand. Men ett binder alle sammen: Et felles samfunnsoppdrag og holdningssett.

Nært samarbeid

Gjennom flere år har fylkeslegens kontor og helsesøstrene i fylket hatt et nært samarbeid. Dette til tross for de enorme avstandene vi har. Vi har etablert dette samarbeidet i erkjennelsen av den sentrale posisjon helsesøstertjenesten har i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene. Som tilsynsmyndighet får vi et godt innblikk i hva som rører seg rundt omkring, og samtidig håper vi å bidra med nyttige innspill og støtte for videre fagutvikling i kommunene. Vi opplever at helsesøstrene er en engasjert, pliktoppfyllende og talefør yrkesgruppe med svært gode yrkesetiske holdninger.

Samarbeidet mellom helsesøsterguppen og Fylkesmannen har bestått av årlige invitasjoner til å delta på fagsamling i regi av Landsgruppen av helsesøstre i Finnmark. En gjennomgang viser at vi har deltatt på tre av fire samlinger, noe vi håper viser at dette samarbeidet

er høyt prioritert. Vi har også tatt imot landsgruppens fylkesstyre på Statens hus i Vadsø på årlige møter. Dette synes vi er svært fruktbart og nyttig, samtidig som dette bygger opp under relasjonene mellom fylkesmannen som utviklingsaktør og helsepersonell i kommunene. Vi har også en egen fagkanal som driftes på epost. Denne bruker vi til å sende ut

«Vi opplever at helsesøstrene er en engasjert, pliktoppfyllende og talefør yrkesgruppe.»

informasjon, men er også en viktig «trigger» for respons fra helsesøstre både i de store og mindre kommunene.

Vi har lært mye

Gjennom samarbeidet med helsesøstrene har vi også lært mye om de utfordringene kommunene og helsesøstertjenesten har. Et dypere innblikk fikk vi også om helsestasjonstjenesten for førskolebarn gjennom tilsyn vi førte i 2013 og 2014. Et av de gjennomgående funnene var at veilederen til kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skole-

helsetjenesten ble tolket forskjellig, og at det dermed oppstår uønskede forskjeller i hvordan barn og familier følges opp. Det håper vi nye retningslinjer kan være med på å rette opp i.

Må ha nok ressurser

En annen utfordring som vi så i flere småkommuner, var sårbarheten i tjenesten. I samtaler med helsesøstre får vi høre hvor vanskelig det kan være som eneste helsesøster å få gjennomført de mest presserende oppgavene. Det ligger i sakens natur at enheter med en eller to ansatte utfordrer kommunen i forhold til å etablere en beredskap for planlagt og uforutsett fravær. Vår erfaring er at mange kommuner ved sin ledelse ikke er bevisst denne problemstillingen, før man står midt oppe i en slik situasjon. Den endrede forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring, som har tatt over etter den tidligere internkontrollforskriften, er tydeligere på ansvaret ledelsen har for å vurdere risiko og planlegge på en måte som gir befolkningen gode og stabile tjenester.

Det påligger kommunene et spesielt ansvar å sørge for at helsesøstertjenesten har tilstrekkelig med ressurser og kompetanse.

Vi ser frem til et videre godt samarbeid med helsesøstrene i kommunene ut fra den betydning dere har for å sikre kvalitet i forebyggende og helsefremmende arbeid. ■



Bosetter flest flyktninger

Strømmen av flyktninger skaper avisoverskrifter over hele Europa. I Norge har veksten ligget jevnt på under 15 prosent av den samlede ikke-nordiske innvandringen. De siste årene har Vadsø kommune bosatt flest flyktninger i forhold til antallet innbyggere i kommunen.

Tekst **Anita Hermansen**, helsesøster med master i helsefag, Vadsø Helsestasjon

Vadsø kommune ligger i Øst-Finnmark og har omlag 6 200 innbyggere. Kommunen har bosatt flyktninger siden tidlig på 90-tallet, og har etter hvert opparbeidet seg lang tradisjon og god kompetanse på området. Allerede

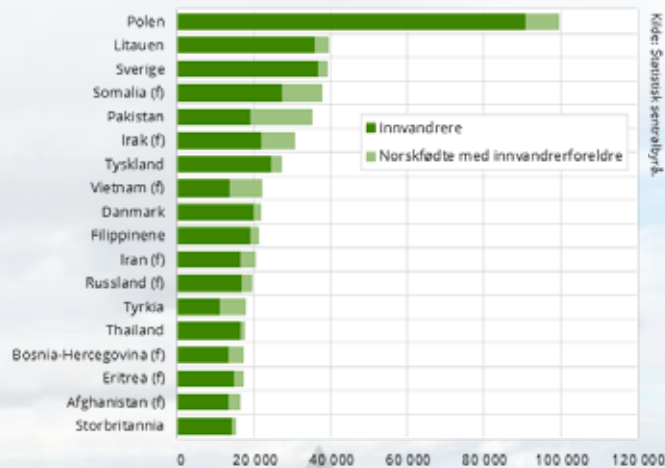
i 2008 fikk Vadsø kommune tildelt Bosetingsprisen fra IMDI. Dette for å ha tatt imot og integrert et høyt antall flyktninger i forhold til behov, sett i forhold til det lave folketallet i kommunen.

Se tabell (under): Antall bosatte inn-

vadrere fra utvalgte land 2015.

I 2016 ble det ifølge Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI) bosatt 15 291 flyktninger i Norge – det høyeste antallet som er registrert noensinne. Av disse var 1 599 enslige mindreårige

Antall bosatte innvandrere fra utvalgte land. 2015



under 18 år. Bosettingen av flyktninger i Vadsø har ligget på cirka 90 flyktninger årlig (reduert til 70 personer i 2016), hvorav 30 enslige mindreårige. Det er politisk vedtatt at kommunen til enhver tid skal ha 336 samtidsbosatte flyktninger i byen. I tillegg til disse 90 flyktningene kommer alternativt bosatte, familiegjenforente, arbeidsinnvandring og nordmenn som gifter seg med utenlandske statsborgere. Da er ikke de om lag 270 plassene på asylmottaket i Vadsø som drives av privat aktør medregnet.

Antall bosatte flyktninger i Vadsø kan sammenliknes med Oslo kommune, som ligger på cirka 21 prosent av befolkningen. Regjeringens målsetting er at 55 prosent av flyktningene fullfører grunnskole, utdanning med hjelp av stipend, eller er i arbeid etter endt

introduksjonsprogram på inntil to år.

Se figur (under): Prosentandel flyktninger av kommunens befolkning.

Kommer og går

Jeg har jobbet 20 år som helsesøster i Vadsø kommune, hvorav de siste seks

flyktninger og familiegjenforente.

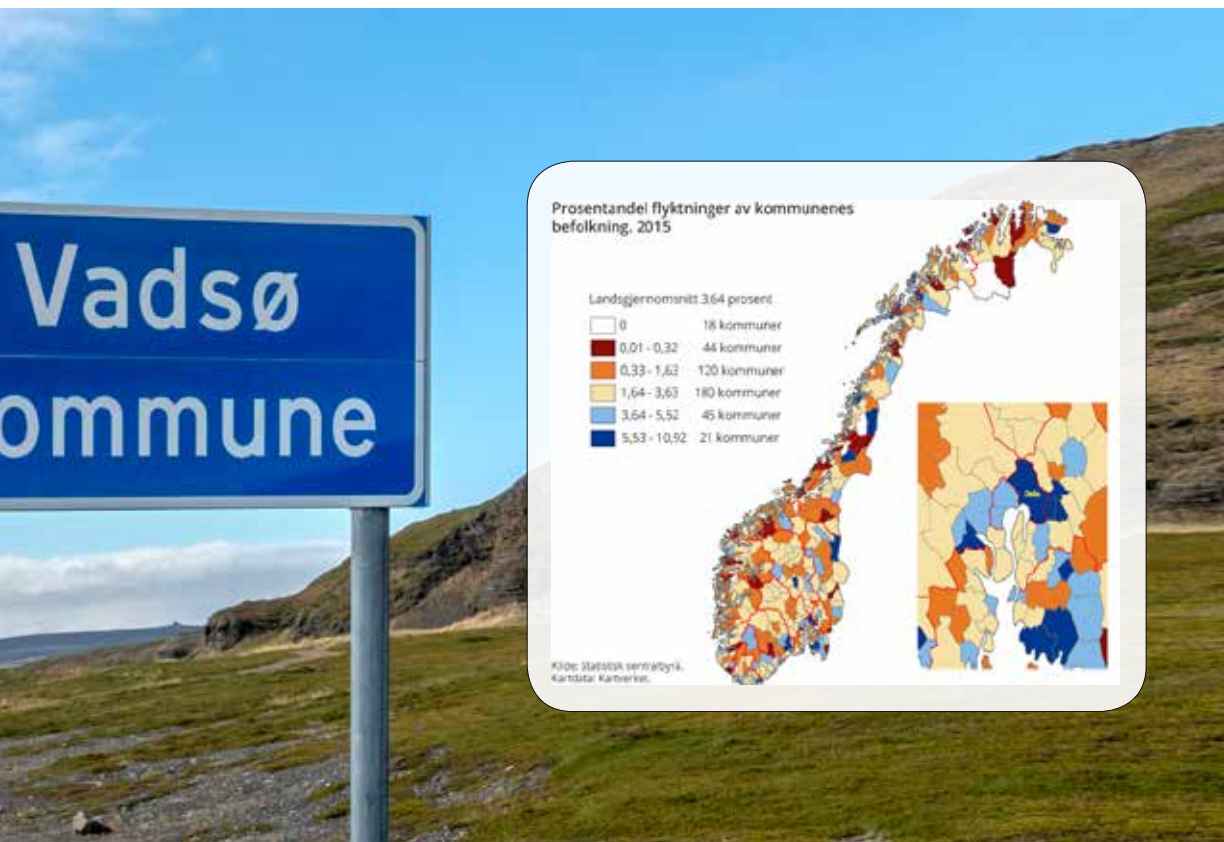
Alle bosatte flyktninger får starthjelp når de kommer til Norge, inklusive familiegjenforente. Staten har gitt kommunene ansvar for å vurdere hva hver enkelt trenger for å nå målet om selvstendighet via utdanning eller arbeid. Dette vurderes

«Vi har vel 20 nasjoner representert samtidig, hvorav noen statsløse.»

årene med ansvar for bosatte flyktninger med innvilget oppholdstillatelse. I hovedsak dreier dette seg om kvoteflyktninger via FN (bosatt direkte fra flyktningleir), enslige mindreårige, asylsøkere som bosettes via forskjellige asylmottak i hele Norge, alternativt bosatte

allerede ved bosetting.

Ifølge Introduksjonsloven § 2 har alle nybosatte mellom 18–55 år rett og plikt på deltakelse i introduksjonsprogrammet innen de fem første årene i landet. Programmet er toårig og tar sikte på å gi grunnleggende ferdigheter i





norsk, innsikt i norsk samfunnsliv, samt tiltak som forbereder for deltakelse i yrkeslivet (arbeidspraksis). Det gis også tilbud om forkurs til grunnskole, eksamensrettet grunnskole for voksne (10. trinn) og noen parallelle opplæringsforløp. Tidligere hadde Vadsø mange flyktninger som var analfabeter, noe vi ikke har i dag. Dagens trend er at flere flyktninger velger å kvalifisere seg med å fortsette på videreutdanning.

I løpet av disse årene har vi hatt mange flyktninger som først blir bosatt i Vadsø, for så å flytte videre så snart de har blitt selvhjulpne (selvforsørget). Flyktningene har nevnt både klima og helse soam flytteårsak, men de aller fleste flytter for å skaffe seg arbeid og egen inntekt. I starten så vi flest tamilere i bybildet vårt. En folkegruppe hvor alle flyttet sørover på jakt etter nytt arbeid når fiskeindustrien ble nedlagt i Vadsø. Deretter har det blitt bosatt mange flyktninger blant annet fra Nepal, Afghanistan, Irak, Iran, Somalia, Eritrea og Syria. Vi har vel 20 nasjoner representert samtidig, hvorav noen statsløse.

Vadsø har mange offentlige arbeidsplasser som krever høy utdanning og kompetanse. Det er en utfordring at byen har få arbeidsplasser innen industri og et begrenset antall boliger å tilby, så alle kan ikke bli boende her samtidig. Det har derfor vært en bevisst politikk at alle bosatte flyktninger i Vadsø skal gis en god start i Norge. Helseundersøkelser

Helsesøster for bosatte flyktninger har i første omgang ansvar for å utføre lovpålagte helseundersøkelser innen smittevern.

Flyktningene innkalles til helseintervju hvor det spørres om personalia, bakgrunnshistorie, flukt, fysisk og psykisk helse, bruk av medikamenter og grunnvaksiner. De settes opp til gratis førstegangs undersøkelse på laboratoriet og til lege. Deretter henvises alle over 15 år til røntgen av lungene ved Kirkenes sykehus. Det brukes alltid telefontolk til disse samtalen.

Smittsomme sykdommer handler blant annet om tuberkulose, hepatitt B, syfilis, meticillin resistente bakterier (MRSA) og hiv. I tillegg etterspør vi malaria, kvinnelig omskjæring, selvskading, varig funksjonshemming med mer. De fleste bosatte flyktninger innkalles flere ganger til vaksiner og helsesamtaler. Det gis blant annet veiledning innen ernæring, tannhelse, søvn, barneoppdragelse, likestilling, kvinnelig omskjæring, prevensjon og fysisk aktivitet. Noen trenger ekstra oppfølging hos helsesøster, hvor enkelte følges opp

Helsesøster for bosatte flyktninger følger opp ungdom og voksne med «utekontor» en dag i uka på Fossen skole (hvor det gis introduksjonskurs og norskopplæring for voksne). Helsesøster tilbyr åpen dør-politikk vedrørende helse, samt vaksiner og undervisning.

Krig, hungersnød og «koranskoler»

Som helsesøster for bosatte flyktninger får man høre enkelte livshistorier. Det kan være sterke og lærerike historier. Mange har opplevd krig, mistet familiemedlemmer, blitt drapstruet av militære opprørsstyrker og har måttet flykte. Det fortelles om hungersnød, enorm fattigdom og at all deres energi har gått til å skaffe mat til familien for å overleve.

I en av mine samtaler med en flyktning ble det sagt: «Når folk står på randen av sultedøden har de ikke overskudd til verken bønn i moské eller til skolegang». Noen av disse kommer til Norge som

«Flere familier kommer fra afrikanske land hvor de blir nektet skolegang av militære opprørsstyrker.»

over år. Andre må henvises videre til spesialister og utredes.

Når påfyll av vaksiner, førstegangsundersøkelser og helsesamtaler er utført, får flyktningene tilbud om videre helseoppfølging. Disse utføres ved ordinær helsestasjon, skolehelsetjeneste, fastlegeordning og eventuelt hos jordmor i kommunen.

analfabeter. Andre har betalt litt for å få gå på «koranskole» og kan dermed lese og skrive på eget språk, samt litt engelsk. Flere familier kommer fra afrikanske land hvor de blir nektet skolegang av militære opprørsstyrker, eller er så fattige at kun en liten andel av befolkningen har råd til å gå på skole.



Snakker jeg med familier fra Irak, så har disse en helt annen historie å fortelle når det gjelder skolegang. Det sies at Irak hadde det beste utdanningssystemet i hele Midtøsten frem til den andre Golfkrigen i 1991. Staten tok ansvar for all utdanning helt fra barnehagestadiet til og med universitetet, helt gratis. Etter dette har krig og økonomiske blokader skapt store utdanningsproblemer, også for barna i Irak.

Familiegjenforening

Hvert år blir det i Norge bosatt flere tusen flyktninger via familiegjenforening. Statistikken viser at bosetting av ti flyktninger i gjennomsnitt betyr ytterligere tre personer i form av familiegjenforente (må søke innen fem år etter bosetting). Dette er personer som kommer i tillegg til politiske vedtak om å bosette et visst antall flyktninger i løpet av et år. Familier som i årevis har strevd for å kunne fortsette livet sammen.

Forholdene for familiegjenforente har bedret seg med årene, særlig etter at det i januar 2016 ble opprettet en ny sektor i Vadsø kalt «Kvalifisering, velferd – og inkludering» (KVI). Det mest sentrale med omorganiseringen var at KVI skulle samle alle ressursene under ett tak. Dette for å sikre bedre integrering og et målrettet, tilpasset kvalifiseringsforløp for hver eneste bosatt flyktning. Endringene har ført til økt fokus på arbeid mot kvalifisering, samt økt tilgjengelighet og oppfølging på dagtid. Sektoren har opprettet prosjekter med fadderordning og boligsosialt arbeid. Målet er å kvalifisere alle deltakerne til selvhjulpenhet.

Etter omorganiseringen ser jeg at familiegjenforente flyktninger også har fått fast veileder fra Kvalifiseringsenheten. Likevel fremkommer det fortsatt i flere helsesamtaler at familiegjenforente opplever økt belastning og mer tyngende ansvar, særlig hvis noen i familien er analfabet eller har kroniske helseproblemer. De ønsker langt tettere oppfølging fra veileder de to første månedene hvor alt innen språk, klima og kultur er helt nytt. Både enslige mindreårige ungdommer og voksne gjenforente familiemedlemmer må vente noen måneder før de får tildelt skoleplass. I denne tiden ønskes intensiv støtte, praktisk hjelp og opplæring fra veileder i kommunen. De etterlyser mer obligatorisk opplæring innen:

- Påkledning, særlig når de ankommer på vinteren
- Matinnkjøp, praktisk omvisning i butikken for å finne matvarer
- Matlaging og matkurs med sunne retter, gjerne fra egen kultur
- Bo – opplæring, med praktisk opplæring av elektriske artikler, vannklosett og så videre
- Praktisk hjelp til kjøring når familien skal på obligatoriske helsekontroller
- Økonomi
- Opplæring innen lokal historie og kulturelle forskjeller

Veiledning

Et veiledningshefte ble i 2016 utarbeidet av «Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging» (RVTS-Midt), til hjelp for ansatte som møter flyktninger som får innvilget

familiegjenforening. Heftet som er utviklet gjennom et treårig prosjekt heter; «Familiegjenforening i eksil – forebygging gjennom familiesamtaler». Tre til fire familiesamtaler er ment som et frivillig og forebyggende tiltak for å styrke familiegjenforentes egne ressurser og mestring. Målet er å hindre at familiene splittes på nytt, samt å øke familiens kommunikasjon slik at konflikter kan forebygges. Metoden går ut på å skape forståelse for at fravær over år kan være veldig krevende. Gjenforening av familien innebærer ofte omstillinger og utfordringer innen en ofte patriarkalsk familiestruktur. Traumer, overgrep og brudd i viktige tilknytningsrelasjoner er noen av utfordringene som familiene og behandlingsapparatet må håndtere.

Vadsø kommune har fortsatt noe å strekke seg etter vedrørende integrering og tilpasset opplæring. I vår kommune er det ikke etablert et tverrfaglig team som tilbyr familiesamtaler til alle familiegjenforente. Som helsesøster ser jeg et klart behov for dette og gjerne med psykolog som en del av teamet. Tverrfaglig samarbeid med tilbud om en obligatorisk startpakke for bosatte flyktninger kan være en god investering for å forebygge omsorgssvikt, oppdragervold og skilsmisser. Det vil også kunne lette integreringsprosessen. ■

Referanser

Familiegjenforening i eksil v/RVTS Midt-2016
Helseoversikt Vadsø-2016
Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI), Bosettingsprisen 2016
Introduksjonsloven, LOV-2016-12-20
Statistisk sentralbyrå, 2015





Fast track to Schengen

I løpet av noen få måneder i 2015 ble Øst-Finnmark politidistrikt og Kirkenes politistasjon arena for et flyktningmottak som ingen, noen sinne, har sett maken til.

Tekst **Hans Møllebakken**, politiinspektør/regionleder, Kirkenes politistasjon, Finnmark politidistrikt

Som leder for Kirkenes politistasjon er jeg blitt utfordret til å skrive om immigrasjonskrisen i 2015 som oppsto over norsk-russisk riksgrense på Storskog grenseovergangssted i Kirkenes. Asylsøkere fant en «fast track to Schengen» uten noen form for risiko eller unødig tidsbruk. Mange tidligere beslutninger ble utfordret. Blant annet at Russland godtok passering gjennom sine grensesoner uten at dokumenter var i orden. Russiske kriminelle nettverk gjorde seg styrtrike ved å tilrettelegge som «turistbyrå».

Storskog

Storskog er Norges eneste overgangssted mellom Norge og Russland, samt en del av Norges Schengen grense. Storskog har årlig rundt 300 000 grensepasseringer. Mye av dette er lokal trafikk ettersom vi har en grenseboerordning mellom Norge og Russland. Men vi har også innslag av internasjonal kriminalitet knyttet til smugling av stjalne kjøretøy fra Europa til Russland. Takket være vår innsats på grensen har slike nettverk blitt rullet opp i Spania.

Storskog grenseovergangssted har en åpningstid fra klokken 07.00 til 21.00, hver dag året rundt. Det kreves gyldig pass og visum for innreise til Russland. Nærområdene over grensen er Perchenga kommune med sine 45 000 innbyggere eller Murmansk by med rundt 400 000 innbyggere. Siden 2010



POLITIINSPEKTØR: Hans Møllebakken arbeider ved Kirkenes politistasjon. Foto: Kirkenes politistasjon

«De spiller Michael Jackson på høytalerne og politikvinnene ser ut som filmstjerner.»

har Storskog mottatt 9 til 14 asylsøkere per år, som benytter Russland som transittland eller som er fra Russland. Alle innreisende med visum til Norge.

Ryktet sprer seg

Starten på hele immigrasjonskrisen kan spores tilbake til februar 2015, nærmere bestemt i uke 8. Det kom da fire unge syrere til Storskog gren-

seovergang og ba om asyl. De unge syrerne opplevde mottaket på Storskog som en positiv opplevelse og omtalte det videre i egne medier og til kontakter. «De spiller Michael Jackson på høytalerne og politikvinnene ser ut som filmstjerner» ble formidlet.

Fra uke 8 og frem til midten av august ankom det fra 0 til 19 personer i uka. Fra politiets og Storskog grenseovergangssted sin side opplevde man å ha kontroll. I Norge er det PU – Politiets utlendingsenhet – som har ansvaret for utvidet registrering av asylsøkere. Registrerte asylsøkere sendes til Oslo for videre oppfølging.

Flyktninger på sykkel

Kryssing av grense fra russisk side fram til Storskog foregikk med sykkel som transportmiddel. Dette var meget spesielt og man hadde aldri tidligere erfart noe liknende. Årsaken er at den russiske grensesone på russiske side strekker seg 20 km inn i Russland fra Norsk-Russisk riksgrense. Her er det en kontrollpost med bevæpnet vakter fra FSB grensevakt, høyt sperregjerde som løper langs grensen. Her sjekker de pass og innreise inn i grensonen. Problemstillingen her at det kun er tillatt å bruke transportmiddel gjennom grensesonen. En enkel løsning ble derfor sykkel. Var du åpenbar fattig, måtte du sykle helt fra Nikel – 40 km. Hadde du økonomiske midler trengte du bare å sykle de siste 160 meter fra kontroll-



SCHENGEN: Grensestasjonen mellom Norge og Russland, på Storskog ved Kirkenes i Finnmark . Foto: Bjørn Jørgensen/Scanpix

post Borisoglebsk til grenselinja, etter å ha blitt kjørt frem hit.

«Hele verden» på vei

Det var mange som tjente seg styrtrike på å kjøre flyktninger til grenselinjen. I løpet av krisen ble vi vitne til sykkelvelt og tilfeller der personer ikke var i stand til å håndtere en sykkel. Se for dere en sykkel med små hjul, kvinne med lange skjørt, barn i armene og en trille koffert hengende bak på sykkelstammen, og i tillegg snøføre. Det måtte gå galt. Etter en tid var politiet nødt til, via Grensekommissariatet, å formidle til russisk grensevakt at de måtte være mer lempelig vedrørende sykkelbruken, uten at det hjalp.

Fra midten av august og frem til uke 48 mottok Storskog grenseovergang en betydelig mengde mennesker. Uke 45 ankom 1112 personer. «Hele verden» var på reisefølgeliste og alle kategorier var representert.

Både rike og fattige

Noen av de passerende var åpenbart fattige folk, og noen var åpenbart rike. Menn i dress, damer i korte skjørt og

flotte kåper. Mange hadde betydelig kontanter på seg. Også funksjonshemmede med rullestol og blinde var en del av reisefølget.

Totalt ankom 5 584 personer til Storskog. I tillegg passerte tre personer som vi ikke er sikre på hvor kom fra. En ble pågrepet av norsk grensevakt i nordsektoren av grensen. En kineser oppga det høye skattetrykket i Kina som grunn for å søke asyl. To stykker ble pågrepet for tyveri og innbrudd. Disse personene fikk ikke passere grenseovergangen til Storskog. I overkant av 817 av dem som passerte grensen hadde multivisum til Russland og hadde bodd i Russland i mange år.

Totalt passerte 46 nasjoner over Storskog grenseovergang, herav 30,7 prosent med syrisk pass og 29,7 prosent med pass fra Afghanistan. Den 3. største gruppen (7, 2 prosent) som passerte var fra Irak.

Ble satt sjakk matt

Lokal kapasitet på Storskog grenseovergang ble fort satt sjakk matt og

samarbeid og tilrettelegging måtte til. Tollvesen, Sivilforsvar og Sør-Varanger kommune ble varslet og måtte trå til. I tillegg ble nasjonale politiresurser satt inn. UDI bygget opp et mottak i gamle Vestleiren for inntil 600 personer. Enorme ressurser ble mobilisert og hele lokalsamfunnet ble satt på prøve.

Oppmerksomhet fra lokal, nasjonal og ikke minst internasjonal media var enorm. Det er ikke hverdagskost at en politistasjonssjef i Kirkenes blir sitert i New York Times og Washington Post. Årsaken var sykkelbruken gjennom grensesonen som representerte noe nytt og spesielt. I etterkant av immigrasjonskrisen ble 55 tonn sykler destruert ettersom de ikke kunne godkjennes for bruk i Norge på grunn av tekniske mangler som bremses og så videre.

Jeg har kalt ruten over Storskog for en «fast track to Schengen». Man kunne reise fra Damaskus og være i Kirkenes innen 48 timer. Russiske myndigheter opplyste at de ikke kunne stoppe trafikken. Det var ikke deres oppgave å sjekke utreise av Russland og lov-



55 TONN: Det hopet seg opp med sykler på norsk side. Til samme 55 tonn. Foto: Scanpix



KJØRETØY: Russiske regler forbyr å passere grensen til fots. Man må ha et kjøretøy, og sykler er akseptert. Foto: Tore Meek/NTB scanpix

lig dokumenter. Dette var nok et helt bevisst valg som russisk myndigheter gjorde i forhold til tidligere praksis.

Falske asylsøkere

Noen av de reisene forsøkte å skifte identitet mellom den russisk og norske kontroll. De møtte opp på Storskog med et annet pass enn det de reiste ut av Russland med. Flere mobiltelefoner ble funnet underveis etter at noen kvittet seg med dem på vei inn i Norge. Fra russiske myndigheter på den andre siden av grensen har vi i ettertid fått opplyst at de sendt tilbake over 70 personer med falske pass. Også norsk politi fant falske pass eller visum i løpet av denne tiden. Det var også tilfeller der personer på sine mobiltelefoner hadde bekreftelse på at de hadde vært i nærheten av krigshandlinger; posering med militære våpen, og forside på telefoner med et fundamentalistisk budskap. Så var det dem som fortalte at de var kristne, men som hadde gjemt unna Koranen i bagasjen sin. Det var også påstander om at immigrantere smuglet narkotika, uten at det ble avdekket ved passering av Storskog.

Et bedre liv

Hvordan oppstod så dette scenario? Det er vanskelig å gi et helt konkret svar

på her. Norge hadde hatt en politisk debatt i media om hvor mange syrere man skulle ta imot i over tre år. Detaljene i denne debatten druknet i budskapet på de sosiale nettstedene om at Norge hadde åpnet sine grenser for innvandring. Bolig, jobb og barnehageplass sto klar. Det var bare å komme! Flere titalls nettste-

Ifølge artikler i media var det etter en innгриpen fra høyeste politisk nivå i Russland. Man kan selvsagt gjøre seg tanker om hvorfor Russland markerte seg på denne måten ovenfor Norge.

Hverdagen er nå tilbake ved Storskog grenseovergangssted. Bak oss har vi mang en evaluering og mang en oppsummering av situasjonen. Mye

«Se for dere en sykkel med små hjul, kvinne med lange skjørt, barn i armene og en trillekoffert hengende bak.»

der hadde denne «reklamen». De aller fleste ønsket et bedre liv for seg og sine. Noen ville ikke avtjene militærtjeneste i Syria.

Hvorfor Russland ikke lengre praktiserte rutinen knyttet til passering i grensesonen i dette tidsrom kan man jo bare spekulere på.

Et utenkelig scenario

Etter at man fikk stoppet trafikken til Norge ble den kanalisert til Finland. På slutten av februar 2016 stoppet også denne trafikken opp.

kunne sikkert vært gjort annerledes dersom situasjonen hadde vært kjent på forhånd og kunne vært planlagt. Og kanskje var dette det mest absurde i hele situasjonen. At ingen noensinne kunne tenkt seg et slikt scenario.

Imidlertid er vår totale vurdering sett i etterkant, at både som grensepasseringssted og som kommune gjorde vi en fabelaktig jobb i en situasjon som for oss alle ville ha fortont seg som et eventyr eller et skrekksenario dersom vi hadde fått det beskrevet på forhånd. ■

NESTE SKRITT FOR BARN MED KUMELK- ALLERGI



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

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

SMÅ MELKEALLERGIKERE ♥ PEPTICATE

NUTRICIA
Pepticate[®]

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



Kaos og kontroll

Høsten 2015 kom 5500 flyktninger, fra 50 nasjoner, over grensen fra Russland og til Sør-Varanger. Det ble begynnelsen på et halvår med både kaos og kontroll. Nå – halvannet år senere – jobbes det fortsatt med å rydde opp etter flyktningkrisen.

Tekst **Tine Renee Sætrevik**, sykepleier, Sør-Varanger kommune

Jeg arbeider som sykepleier for innvandrere i Sør-Varanger kommune. Jeg har hatt denne jobben siden våren 2015. Her møter jeg alle flyktninger som blir bosatt i vår kommune. Sør-Varanger har en lang tradisjon med å ta imot flyktninger. Det begynte i 1939 under vinterkrigen, da det kom 1200 flyktninger fra Finland. I 1989 kom det 15 tamiler hit. Etter det er det bosatt rundt 700 flyktninger. Sør-Varanger har hatt to flyktningmottak og driftet Fjellhallen transittmottak ved to anledninger. Sist gang var høsten 2015. Da kom det 5500 flyktninger over grensa fra Russland, og det var ved dette mottaket jeg var med å bygge opp helsetjenesten.

Fjellhallen transittmottak

I september 2015 tok ledelsen i Sør-Varanger kommune kontakt med Utlendingsdirektoratet (UDI) i Narvik for å beskrive den alvorlige situasjon med flyktninger som kom over grensen fra Russland. Antallet ankomster var økende og overnattingsstedene var i ferd med å fylles. Sør-Varanger kommune og UDI gikk i forhandlinger om å igangsette kommunal drift av Fjellhallen transittmottak for å ivareta det økende antall flyktninger som kom over Storskog. Fjellhallen er et anlegg inne i et fjell, med tilfluktsrom som brukes



JOBBER MED INNVANDRERE: Tine R. Sætrevik, sykepleier, Sør-Varanger kommune. Foto: Privat

«Alt vi gjorde måtte skrives for hånd og lagres i papirjournal.»

som idrettshall. Der ble det etablert separate avdelinger for kvinner og barn og menn, ved hjelp av presenninger. Vi hadde køyesenger med tre senger oppå hverandre som ble gitt av sivilforsvaret. En tredjedel av hallen var satt av til kantineområde. I alt var det 150 sengeplasser, som etter hvert ble økt til 200 plasser. Oppholdstiden var beregnet til fire døgn, før avreise gikk videre til neste

mottak. I tillegg til Fjellhallen ble det etter hvert etablert avlastningstransitt tre andre plasser i kommunen, med privat driftsoperatør.

Asylhelsetjenesten

I midten av september ble jeg spurt om jeg ville jobbe i det som skulle bli Fjellhallen transittmottak. Jeg syntes det høstes spennende ut, så det var ikke vanskelig å takke ja til tilbudet.

Jeg prøvde jeg å sette meg inn i hva det er man gjør i forhold til helse på et transittmottak, men det var ikke så mye informasjon å finne verken på nettet eller fra tidligere transittmottak. Etter samtale med smittevernlege ble vi enige om at vi skulle ha en kort helsesamtale med alle som kom til mottaket. På grunnlag av dette, laget jeg en kortversjon helseskjemaet som helsedirektoratet anbefaler at vi bruker på flyktningene som blir bosatt i Norge. I tillegg måtte vi lage en mal for hvordan røntgen- og blodprøverkvisjonene skulle se ut. Vi hadde ingen datajournaler i dette mottaket, så alt vi gjorde måtte skrives for hånd og lagres i papirjournal til hver enkelt pasient.

Et provisorisk legekontor

Bare en uke etter at jeg ble spurt om å være en del av helseteamet startet vi opp. Lege- og sykepleierkontorene var



TEAMET I FJELLHALLEN: (fv.) May Liss Hallonen, Linda Siponen, Åse Berthelsen og Tine Sætrevik. Foto: Mohamed Ahmed


plassert nede i garderobene i kjelleren. Til å begynne med hadde sykepleierne to kontorer, men etter hvert ble behovet for isolat så stort, at vi ble nødt til å gi slipp på det ene rommet. Legekantoret var provisorisk laget med en feltseng som undersøkelsesbenk og kun det mest nødvendige av medisinsk utstyr. Den første uken var det bare jeg som var frikjøpt fra kommunen til å jobbe med dette. Vi så fort at det var behov for flere som kunne jobbe fast over lengre tid. Etter hvert ble vi tre personer som var frikjøpt for å jobbe i Fjellhallen. Det ble også satt inn en ansatt fra vikarbyrå som var leid inn for en lengre periode, og noen vikarer som var innom i korte perioder.

Helsesamtaler med alle

Kontortiden vår var fra kl. 08.00–22.00. Til å begynne med besto arbeidet vårt i å ha en helsesamtale med alle som kom til transittmottaket. Ved hjelp av helseskjemaet hadde vi hele tiden full oversikt over hvem som trengte medisiner og hvem som eventuelt ville trenge oppfølging ved neste mottak. Helsesamtalene gjennomførte vi ved hjelp av telefontolk og konferansetelefon. I tillegg måtte alle gjennom den lovpålagte tuberkulose-screeningen på sykehuset. Det måtte skrives røntgen- og blodprøverevisjoner for alle som skulle til sykehuset. Dette var et formidabelt stykke arbeid, ettersom tilstrøm-

ningen av flyktninger økte på. Det ble ikke utstedt asylkort i oppstarten og det var mange dårlige kopier av hjemlandspass som måtte brukes for å skrive navnene. Etter hvert fikk alle asylkort og vi kunne ta kopi av kortene og sende det som rekvisisjon til røntgenavdelingen.

Ikke nok kapasitet

Etter hvert som antall flyktninger økte på, hadde vi dessverre ikke kapasitet til å ha den systematiske helsesamtalen lenger, og alle følte at de mistet litt av oversikten. Ved ankomst til Fjellhallen ble det informert om at de kunne ta kontakt med personell i Fjellhallen når de trengte helsehjelp, medisinsk tilsyn 



SYSTEM I KAOS: Her sorterte teamet tuberkulosesvarene som skulle sendes videre til de forskjellige kommunene. Foto: Tine R. Sætrevik

eller var fri for medisiner.

I ettertid har jeg tenkt at datajournalene burde ha vært klare fra første dag, og ikke etter 2 måneder, slik det ble. I tillegg burde UDI ha sørget for at vi fikk fortløpende informasjon om hvilket mottak flyktningene flyttet videre til. Det som skjedde var at vi fikk informasjon om hvor flyktningene dro, men ikke når de flyttet videre igjen i løpet av kort tid. Andre ganger fikk vi bare vite hvilken flyplass de var reist til eller at bussene gikk til et bestemt sted, men ikke hvem som gikk av bussen underveis. Vi ble sittende med nesten alle røntgen- og blodprøvesvarene, og dem vi sendte videre ble enten sendt feil eller ikke ettersom til nye mottak når flyktningene reiste videre. Dette førte til at de fleste kom i retur. Det var et godt samarbeid mellom sykepleier og lege i dette omfattende arbeidet. Det kom ikke i gang ordning med merkantilt personell, noe som gjorde at sykepleierne brukte ekstremt mye tid på å sortere og arkivere tuberkulosesvar.

Flytting til Vestleiren

Staten besluttet å etablere et ankomst-

senter på Høybuktknoen, og oppbyggingen startet og var klar til å ta imot flyktninger i midten av november 2015. Etter nesten to måneders drift i Fjellhallen – mens flyktningstrømmen hadde økt med rundt 20 personer per dag i midten av september til rundt 200 personer per dag i slutten av oktober – flyttet vi til Vestleiren. Det var Hero

«Vi fikk informasjon om hvor flyktningene dro, men ikke når de flyttet.»

som hadde driftsavtale med UDI, mens helsepersonellet var kommunalt ansatt. Som helsepersonell var det en stor overgang å flytte fra Fjellhallen til Vestleiren, for å begynne å jobbe der. I Fjellhallen var vi en del av hele teamet og alle ble sett og tatt godt vare på av dem som var ledere. I Vestleiren ble vi veldig for oss selv, og vi følte oss til tider mer som en byrde og masekopper enn som en del av

et team som skulle dra lasset sammen. Det positive med å flytte til Vestleiren, sett fra mitt ståsted, var at der fikk vi en «helsebrakke». Her hadde vi kontorene våre. I tillegg fikk vi en egen brakke med «isolatrom» med vinduer og egen utgang med lufteområde. Bemanningen økte også på grunn av de store ankomstene og stor gjennomstrømning. Vi fikk inn flere sykepleiere som kunne jobbe sammen med oss, og vi fikk merkantilt personale som ryddet opp i papirkaoset vi sykepleiere hadde prøvd å holde styr på, men ikke lyktes så godt med i tillegg til alt det andre.

Mangel på oversikt

Det ble ikke tilbudt helsesamtale i Vestleiren, noe som førte til en strøm av personer som trengte medisinsk tilsyn. Det var ofte svært kaotisk i helsebrakka. I tillegg ringte kommuner daglig og etterlyste tuberkuloseresultatene for de flyktningene de hadde mottatt. Vi manglet informasjon fra UDI om hvor alle personene hadde blitt sendt. I ukentlige møter med UDI og Hero tok vi opp viktigheten av å få denne informasjonen. Det gikk så langt at vi til slutt satt med



PERM PÅ PERM: I disse permene ble alle tuberkulosesvarene, men ikke visste hvor skulle sendes, oppbevart. Foto: Tine R. Sætrevik

ti fulle permer med røntgen- og blodprøvesvar som vi ikke visste hvor skulle sendes. Dette var svært frustrerende for oss, og resten av Helse-Norge som satt og ventet på svarene på tuberkuloseprøvene. I ettertid har jeg fått vite at flere måtte ta prøven på nytt, noe som har kostet Norge dobbelt opp med helsehjelp. Dette kunne vært unngått med bedre kontroll, samarbeid, informasjon og større forståelse fra dem som styrte dette fra øverste hold.

Menneskesynet

I ettertid har jeg tenkt en del på hvilket syn vi som jobbet med flyktningene hadde på menneskene som kom til oss. I Fjellhallen virket det som om alle som kom dit følte seg verdsatt og godt motatt, mens i Vestleiren uttrykte flyktningene at de følte seg som en byrde for samfunnet. Det kan være mange årsaker til dette, men min konklusjon er at med gode og trygge ledere blir jobben gjort bedre. Vestleiren ble startet opp før Hero var klar med personell. Opplæringen ble gjort underveis og det resulterte i at de ansatte ga uttrykk for frustrasjon, som igjen smittet over på dem som bodde der.

Det ble mistrivsel blant beboerne, som ikke hadde tilgang på oppholdsrom og med en kantine som kun var bemannet under måltidene. Her var det også kun ståbord, så mange valgte å ta med seg mat til de overfylte rommene sine. Kun familiene hadde tilgang på bord med stoler i andre etasje over kantina. Det var ikke lagt opp for leker/aktiviteter

«Over 50 nasjoner var innom Fjellhallen og Vestleiren.»

for barna. Det var heller ikke tilrettelagt for personer med funksjonshemninger. I ettertid er det gjort forbedringer i Vestleiren, i forhold til hvordan det var i starten.

Konklusjon

Alt i alt opplevde jeg mye spennende faglig, og det er mange mennesker som har gjort et dypt inntrykk på oss som jobbet der, spesielt alle barna vi møtte. I begynnelsen kom det flest enslige menn,


men etter en noen uker kom også barnefamiliene. Over 50 nasjoner var innom Fjellhallen og Vestleiren. Alle oppførte seg eksemplarisk. Det var aldri noe knuffing eller krangling blant flyktningene. Alle var i samme situasjon. De var på flukt. Ikke alle flyktet fra krig, men alle hadde sine grunner til å prøve å få et bedre liv i Norge.

Jeg tror det er viktig å få frem hvor provisorisk alt var, og hvor godt jeg synes alle jobbet under de forholdene som var. Det er vi som gjorde jobben lokalt som kan beskrive det og som må ta med erfaringene videre i vårt beredskapsarbeid. Kommunens asylhelse-tjeneste og Hero fikk til slutt etablert rutiner og et godt samarbeid i Vestleiren. Asylhelsetjenesten brukte seks måneder etter at tilstrømningen opphørte i desember 2015, til å rydde opp i alt papirkaoset som oppsto da det stormet som verst. Det er fortsatt helsepersonell som ringer fra hele landet og etterlyser tuberkulosesvarene.

Jeg har det siste året vært tilbake i min opprinnelige jobb som sykepleier for de innvandrerne som bosettes i Sør-Varanger kommune og trives godt med det. ■



Teknikker for å mestre sinne

Sinne handler i liten grad om hva barnet gjør. Det handler ofte om hvordan du tenker om deg selv og barnet i situasjonen, skriver artikkelforfatteren som har utviklet en foreldreveileder i sinnemestring. 

Tekst **Steinar Sunde**, psykologspesialist, familievernkontoret i Molde

ØVELSE: Når du gjenkjenner en negativ tanke om deg selv eller barnet, stopp opp i noen sekunder og trekk pusten dypt, anbefaler psykologspesialist Steinar Sunde. Foto: Mostphotos



 **FAKTA**

Hjelpemidler

Littsint.no, littsint-appen og E-boken «foreldreveileder i sinnemestring» er utviklet av psykologspesialist og veileder i kognitiv terapi Steinar Sunde ved familievernkontoret i Molde. Hjelpemidlene er finansiert av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Målet med materialet er å nå ut med psykologisk kunnskap og metode til foreldre slik at de kan hjelpe seg selv til å skape en tryggere og mer forutsigbar hverdag for barna. Videre skal foreldre få informasjon om hvor de kan søke profesjonell hjelp ved behov.



SKREMMER: Flere foreldre skremmer barna gjennom sinne eller vold. Foto: Mostphotos

FAKTA

Littsint.no

Dette er en hjemmeside for foreldre som ønsker å jobbe med seg selv for å skape en tryggere og mer forutsigbar hverdag for barna. På littsint.no kan man lastes ned en gratis e-bok «foreldreveileder i sinnemestring» som inneholder 10 videosnutter som illustrerer metoden beskrevet i artikkelen. Familievernet i Norge er kurset i modellen som presenteres i e-boken. Littsint-appen er et selvhjelpsverktøy for bedre mestring av sinne i hverdagen og kan lastes ned fra hjemmesiden, App Store eller Google Play.



NEGATIVE TANKER: Negative tanker om oss selv eller barnet oppleves som sanne når man blir irritert eller sint. Foto: Mostphotos

Justis- og beredskapsdepartementets tall anslår at mellom 75 000 og 150 000 familier i Norge opplever vold per år. Samtidig er målet til Barne- og likestillingsdepartementet at barn i Norge skal vokse opp uten vold. Forskning viser at vi må se på forebygging av sinne og vold mot barn i et folkehelseperspektiv. ACE-studiet (Filetti 2009) fulgte 17 000 barn over 15 år, og fant at det å leve med frykt for sinne og vold fra foreldre er noe av det mest skadelige et barn kan utsettes for. Å leve i beredskap svekker immunforsvaret over tid og øker risikoen for en rekke både fysiske og psykiske lidelser. Kirkengen (2008) viser i sin doktorgrad «Hvorfor krenkede barn blir syke voksne» til at også

mild vold i form av sinne kan være skadelig for barn. Det avgjørende er om sinne oppleves som noe uforutsigbart, og dermed skaper en utrygg situasjon for barnet over tid.

Aktuelt tema

Mossige (NOVA, 2007) ga spørreskjema til cirka 6 800 norske ungdommer. Svarene viser at 4 prosent av barna i undersøkelsen har opplevd grov vold fra foreldre, definert som slått med knyttneve, gjenstand, fått bank/juling. Mor og far utøvde like mye av den grove volden mot barna. Mossige (2007) viser videre at 25 prosent av ungdommene oppgir å ha opplevd mildere vold. 19 prosent av mor og 13 prosent av far. Definert som

dyttet, ristet voldsomt, lugget, kløpet eller slått med flathånd. Studien viser at sinne og vold er et aktuelt tema i

«Mange foreldre uttrykte takknemlighet for at sinne/vold mot barn ble tematisert.»

samtaler med både mødre og fedre.

Foreldre flest vil barna det beste og ønsker å være gode foreldre. På tross av dette opplever cirka 10 prosent av

dem som tar kontakt med familievernkontoret at de skremmer barna gjennom sinne eller vold, og mange foreldre er bekymret for hvordan dette innvirker på barna. En gjennomgang av 80 saker der sinne/vold ble avdekket ved familievernkontoret i Molde, viste at cirka 15 prosent av sinne-/voldssakene bar preg av at foreldrene fornektet volden og viste lite motivasjon for endring. I mange av disse sakene ble samarbeid med politi, kriesesenter og barnevern viktig for å sikre barn og partner. I cirka 85 prosent av sakene var foreldre motivert til å jobbe med seg selv for å skape en hverdag med mindre konflikter og skremming av barn. Mange foreldre uttrykte takknemlighet for at sinne/vold mot barn ble tematisert.

Samtaler om sinne

Littsint.no, E-boken og littsint-appen tar utgangspunkt i den klassiske kognitive terapimodellen hvor sammenheng mellom tanker, følelser og atferd står sentralt (Beck 1999, Berge og Repål 2004). Store metaanalyser viser at om lag 3 av 4 har effekt av kognitiv terapi som behandling for sinne/vold (Beck og Fernandez 1998). Artikkelen vil videre presentere en kognitiv modell på hvordan avdekke og snakke om hverdagssinne-/vold i familier. Eksemplene er hentet fra samtaler med ca. 800 foreldre som ønsket hjelp til bedre mestring av sinne overfor barna.

Sinne handler i liten grad om hva barnet gjør, men om hvordan du tenker om deg selv og barnet i situasjonen med barnet. Sinne er en normalfølelse vi alle har. Spørsmålet er derfor ikke om vi blir sinte, men hva som skaper sinne og om vi har kontroll over det. Når vi har overskudd klarer vi som oftest å tenke at barnet er som barn flest og at jeg er en god nok mor/far. På dårlige dager har vi en tendens til å bli urimelig selvkritiske og tenke

tanker som at barnet er respektløst og jeg er en dårlig mor/far.

Tanker om seg selv

Når det kommer til selvkritikk er vi ikke så kreative som vi kanskje tror. De aller fleste foreldre har 3–4 «favoritt» selvkritiske tanker. Den vanligste negative tanken om seg selv er: «jeg er en dårlig mor/far», etterfulgt av «jeg blir ikke respektert/lyttet til». Andre vanlige negative tanker er: «barnet er ikke glad i meg» og «jeg har ingen verdi for barnet mitt».

Det kan se ut som vi tenker de negative tankene som kan såre oss selv mest og ikke de som er mest sannsynlige. Heldigvis er de negative tankene nesten aldri sanne. Ta for eksempel «jeg blir ikke respektert». Den tanken kommer ofte når barn ikke svarer. Mange beskjeder gitt på avstand med høy stemme fungerer som bakgrunnsstøy for de aller fleste barn. Barnet er ofte i sin egen tankeboble når det ikke svarer eller er konsentrert om noe annet. Det handler sjelden om mangel på respekt. Skal vi oppnå kontakt med barnet må vi gå nærmere, sette oss ned, få øyekontakt, snakke lavt og rolig. Husk at du som forelder er en rollemodell for hvordan det er lov å snakke til hverandre i hjemmet.

Motivasjon til endring

Negative tanker om oss selv eller barnet blir opplevd som sanne når vi blir kroppslig aktivert ved sinne eller irritasjon. Jo mer aktivert vi er, jo sannere opplever de negative tankene. De negative tankene får alt fokus. Det er som å være i en tunnel der det er vanskelig å snu og vi tar inn lite ny informasjon før vi «klikker» på barnet. For de fleste foreldre er dette noen av de minst stolte øyeblikkene i hverdagen og noe de ikke ønsker å ha på film. Men i møte med foreldre er det viktig å spørre konkret om nettopp disse hverdagssituasjonene, fordi det

er i det å høre seg selv fortelle detaljert om situasjonene at motivasjonen til endring skapes.

Eksempel på spørsmål: Har du opplevd konflikter med barna siste ukene som du gjerne skulle vært foruten? Kan du fortelle om en slik situasjon? Hva var det helt konkret som skjedde? Hvor var du i rommet og hvor var barnet? Hva startet situasjonen? Hvordan hadde du det i kroppen da? Hva tenkte du om barnet? Hva tenkte du om deg selv? Hvordan var det for deg å tenke slik om barnet/om deg selv? Hva gjorde du så? Hva avsluttet situasjonen?

Tanker om barnet – en øvelse

Tenk at du står i en kø, så kommer noen bakfra og sparker deg hardt i leggen. Før du snur deg og ser hvem som står bak deg: Hvilke tanker får du? Hvilke følelser blir aktivert? Hva kjenner du i kroppen? Hva får du lyst til å gjøre? Bruk et minutt på å finne dine svar før du leser videre.

Når du snur deg ser du at det er en blind mann med en hvit stokk som har gått på deg. Still deg selv de samme 4 spørsmålene en gang til. Bruk et minutt på å finne dine svar før du leser videre.

Jeg har gitt denne øvelsen til cirka 800 foreldre. Den vanligste tanken

«De alternative tankene vekker mer medfølelse og mindre sinne overfor barnet.»

er å tenke «hvilken idiot er det som sparker meg?». Cirka 80 prosent av foreldrene sier at de blir sinte/rette før de snur seg, at hjertet slår raskere,



og at det kjennes ut som kroppen gjør seg klar til kamp eller flukt. De fleste foreldre svarer at de får lyst til å sparke tilbake.

Når de snur seg og ser den hvite stokken er den vanligste tanken «han er blind og gjorde det ikke med vilje». Den nye tanken, at det ikke var med vilje, gjør at hjertet roer seg og følelsen går fra sinne/redsel til medfølelse. De fleste får lyst til å hjelpe den blinde.

Alternative tanker

Så er spørsmålet: Hvilke «hvite stoker» kan du gi barnet ditt, som kunne hjulpet deg til å føle mer medfølelse og mindre sinne overfor barnet? Sinne kommer ofte når vi føler at barnet gjør noe «mot» oss. Vi overvurderer ofte intensjoner og tanker bak handlingene, og reagerer som om barnet gjør en bevisst handling «mot» oss. Slike negative tanker er i de aller fleste situasjoner bare selvplaging.

De vanligste «hvite stokkene» foreldre opplever effekt av er; å tenke alder på barnet «han er jo bare 5 år», å tenke at barnet er som de fleste andre barn «alle foreldre opplever liknende situasjoner», og å tenke at barnet ikke gjør noe «mot» meg; «han er bare konsentrert i spillet». De alternative tankene vekker mer medfølelse og mindre sinne overfor barnet.

Øve, øve, øve

Skal vi bli flinke til å spille piano eller fotball vet vi at vi må øve. For å bli den forelderen vi ønsker å være må også det øves på. Bedre mestring av sinne handler om å øve på å være mindre selvkritisk og mer snill med seg selv. Videre å øve opp alternative fortolkninger av barnets handlinger (hvite stoker), og at samspillet med barnet bærer preg av det. Bedre mestring av sinne kommer ikke av seg selv, men på øves på over tid i situasjoner med barnet.

Eksempel på øvelse til foreldre: Når du gjenkjenner en negativ tanke om deg selv eller barnet, stopp opp i noen sekunder og trekk pusten dypt. Når kroppsaktiveringen har gått noe ned, spør deg selv: Hvilke tanker er mest sanne – de negative eller de

«Hvordan vil det oppleves for deg å klare å stoppe deg selv, i stedet for å «klikke» på barnet?»

alternative? For eksempel «barnet respekterer meg ikke», eller «barnet er konsentrert om noe annet». Du vet sannsynligvis at den alternative tanken er mest sann, men det oppleves ikke slik i situasjonen med barnet når du er sliten eller stresset. Så neste gang du kommer i en liknende situasjon med barnet, om du klarer å få tak i de alternative tankene, hvordan vil det påvirke følelsene dine? Hvilke handlingsvalg vil du da få? Hvordan vil det oppleves for deg å klare å stoppe deg selv, i stedet for å «klikke» på barnet? Hvordan vil tankene om deg selv bli da? ■



Referanseliste

1. Beck, A. T. (1999) Prisoner of hate, the cognitive basis of anger, hostility, and violence. New York: Harper Collins Publishers.
2. Beck, J. S. (2006) Kognitiv terapi. Teori, udøvelse og refleksjon. Akademisk forlag.
3. Beck, R. & Fernandez, E. (1998). Cognitiv-behavioral therapy, in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63–74.
4. Berge, T. & Repål, A. (2004). Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk.
5. Den norske legeforening. (2010) Statusrapport: Da lykkeliten kom til verden. – Om belastninger i tidlige livsfaser.
6. Felletti, V. J. (2002). The relationship of adverse childhood experience to adult health: turning gold into lead. *Z. Psychosom Med Psychother* 2002; 48: 359–69.
7. Haaland, T. Clausen, S. E. Schei, B. (2005) Vold i parforhold. Ulike perspektiver. NIBR-rapport 3.
8. Heltne, U. & Steinsvåg, P. Ø. (2010) Avsluttende prosjektrapport. Barn som lever med vold i familien. Alternativ til vold og Senter for Krisepsykologi.
9. Isdahl, P. (2000). Meningen med volden. Oslo: kommuneforlaget.
10. Jarwson, S. & Haugan, G. S. (2005). Sinnemestring. Arbeidsbok for kursdeltaker. St. Olavs Hospital, avdeling Brøset kompetansesenter. Jarwson, S. & Haugan, G. S. (2010). Vold og aggresjon: et kurs i sinnemestring. I Berge, T. & Repål, A. (Red.), Håndbok i kognitiv terapi (349–378). Oslo: Gyldendal Akademisk.
11. Kirkengen, (2008). Hvorfor krenkede barn blir syke voksne. Universitetsforlaget.
12. Middelborg, J. Lilledal, G. Tindberg, J. W. Solevåg, A. Lang, N. (2007) Tryggere barndom. Parterapi – en nyttig tilnærming for barn som lever med vold i familien. Fokus på familien, 35: 292–311.
13. Mossige, S. Stefansen, K (red) (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. (NOVA) Rapport 20/07.
14. Raknes, S. (2010a). Psykologisk førstehjelp. Barn. Gyldendal Akademiske.
15. Raknes, S. (2010b). Psykologisk førstehjelp. Ungdom. Oslo. Gyldendal Akademiske.
16. Raundalen, M. Isdahl, P. (2004) Nyhetsbrev til fagpersoner som møter barn som lever med vold i familien. Bulletin nr. 1 i prosjektet «Barn som lever med vold i familien».
17. Repål, A. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I: T. Berge, & A. Repål, (red.): Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Akademiske, 24–60.
18. Vatnar, S. K. B. (2000): Familievold og familievern. Presentasjon og drøfting av en kartleggingsundersøkelse ved familievernkantorene i Norge. Fokus på familien, 3: 169–182.
19. Vatnar, S. K. B. (2003): Evalueringsrapport for prosjektet «Vitne til vold» tiltak 2 i regjeringens handlingsplan «vold mot kvinner» 2001–2003.
20. Wilhelmsen, I. (2007). Sjef i eget liv – en bok om kognitiv terapi. Hertervig Forlag.

GRATIS SOMMERLEIR PÅ LÅGØYA



«Godt å møte folk
som forstår! Og alt
var gøy!»

Foto: Circle K



Er du mellom 14 og 18 år? Har noen i familien din kreft? Eller har du mistet et familiemedlem i kreft?

Da vil Kreftforeningen og Circle K invitere deg på gratis sommerleir 8.–11. august.

Leiren er på Lågøya – en fin, liten øy i Oslofjorden. Her blir det mange morsomme aktiviteter og mye gøy. Vi bor i hytter og lover god mat fra grillen. Og kanskje viktigst av alt: Her treffer du ungdommer fra hele landet som er i samme situasjon som deg – og mange voksne som har erfaring med ungdom i en vanskelig situasjon.

Sjekk kreftforeningen.no/sommerleir for mer informasjon, dekning av reisekostnader og påmelding. **Påmeldingsfristen er 31. mai.** NB! Begrenset antall plasser.





Ny nasjonal faglig retningslinje

Samspill og tilknytning mellom foreldre og barn er viktig for å gjøre foreldrene trygge. Derfor er dette et gjennomgående tema i den nye retningslinjen for helsestasjon 0–5 år.

Tekst **Astrid H. Kvalnes**, prosjektleder, Helseledningskontoret og **Susanne Olsen**, jurist, Helseledningskontoret.

Helsestasjon er et tilbud til alle uavhengig av bosted, kjønn, fødeland, etnisitet, diagnose og livssituasjon. Dermed er det en unik arena for oppfølging både på individ- og samfunnsnivå. Helsestasjonstjenesten skal i tråd med forskrift fremme fysisk, psykisk og sosial

utvikling hos sped- og småbarn, samtidig er det viktig å oppdage barn og familier som trenger mer støtte og oppfølging.

Bistå helsepersonell

For første gang er det utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje i tråd med

kunnskapsgrunnlag og retningslinjemetodikk. Retningslinjens anbefalinger er basert på beste tilgjengelige kunnskap. Det innebærer at forskningsbasert kunnskap, brukernes ønsker og behov, samt erfaringsbasert klinisk kunnskap er vurdert. Arbeidet har vært prosjek-



RESPEKTERER OPPDRAGET: I utarbeidelsen av den nye retningslinjen har vært avgjørende å lage et verktøy som respekterer oppdraget og som støtter helsepersonell i planlegging og daglig utøvelse av faget sitt. Foto: Mostphotos

torganisert og mange fagpersoner har bidratt til det endelige resultatet.

Arbeidsgruppen med arbeidsgruppeleder var satt sammen av et bredt utvalg ressurspersoner med ulike fagbakgrunn og ulike syn. Arbeidsgruppen har hatt en sentral rolle i utarbeidelsen av retningslinjen. Sammen med viktige innspill fra andre kompetansemiljøer underveis og gode høringsinnspill har vi fått på plass en retningslinje som er ment å skulle bistå helsepersonell i kommunene både i planlegging og i konkrete situasjoner i løpet av arbeidsdagen.

Overordnede føringer for de anbefalingene som foreligger:

- Folkehelse, miljørettet helsevern og smittevern.
- Forebygging av ikke-smittsomme sykdommer.
- Avdekking av vold, overgrep og omsorgssvikt.

- Utjevning av sosiale ulikheter.
- Økt gjennomføring i videregående skole.
- Tverrfaglig samarbeid for å sikre et helhetlig tilbud til barn og unge.

Lovverket som omhandler tjenesten er ikke omtalt på en uttømmende måte, men det er i de fleste anbefalinger vist til relevante lovbestemmelser.

Retningslinjen har fire deler

Retningslinjen som nå er publisert, er en del av nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten som blir publisert i sin helhet til høsten. Nå er det vi kaller fellesdelen og del for helsestasjon 0–5 år tilgjengelig. Fellesdel gir føringer for alle anbefalingene i deltjenestene, og for at retningslinjen skal fremstå helhetlig må fellesdel og helsestasjon 0–5 år ses i en sammenheng.

Fellesdel

Fellesdelen legger vekt på styring og ledelse og omhandler både helsestasjon 0–5 år, skolehelsetjenesten 5–20 år og helsestasjon for ungdom. Det er et lederansvar å sørge for at disse kommunale tjenestene har et system for internkontroll/systematisk styring av virksomhetens aktiviteter som sikrer faglig forsvarlighet.

I fellesdelen inngår også samhandling og samarbeid, brukermedvirkning og opplysningsplikt/meldeplikt til barnevernet:

1. Samhandling og samarbeid: Helsestasjons- og skolehelsetje-

nen er pålagt gjennom lov og forskrift å samarbeide med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. I retningslinjen er det løftet frem noen sentrale samarbeidspartnere. Kommunene kan ha organisert sine tjenester ulikt, og aktuelle samarbeidspartnere bør derfor kartlegges. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten har ingen egen anbefaling, men er lovregulert.

2. Brukermedvirkning: Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal sikre at barn og ungdom blir hørt, involvert og får innflytelse. Brukermedvirkning på både individ og systemnivå er derfor sentralt i tjenestens arbeid.

3. Opplysningsplikt/meldeplikt: Tjenestens opplysningsplikt/meldeplikt til barnevernet er spesielt omtalt for å sikre og tydeliggjøre tjenestens rolle og ansvar i denne sammenheng.

Helsestasjon 0–5 år

Retningslinjen anbefaler en videreføring med 14 standardiserte konsultasjoner som gir helsepersonell mulighet til blant annet å følge med på barns psykomotoriske utvikling, tilknytning og regulering. Helsestasjonen er den eneste offentlige helsetjenesten som møter barnet regelmessig det første leveåret, og har derfor en sentral rolle som barnets sikkerhetsnett. Regelmessige møter mellom helsepersonell og familier skaper et helt spesielt tillitsforhold som gir helsepersonell mulighet til å styrke, veilede og støtte foreldrene i foreldrerollen.

Tjenesten har også et ansvar for mer alvorlige forhold. Psykiske plager, vold, overgrep og omsorgssvikt kan forebygges, avverges og avdekkes, og det er viktig å sette de ansatte i stand til å håndtere disse tilfellene på en god og trygg måte.

Samspill og tilknytning mellom foreldre og barn er et gjennomgående tema som vil bidra til å bekrefte, styrke og trygge foreldre i rollen. De fleste tema i retningslinjen er kjent for helsepersonell i helsestasjon, men i retningslinjen er de løftet frem og tydelig-

FAKTA

Tilgjengelig på nett

Den nasjonal faglige retningslinjen for fellesdel og helsestasjon 0–5 år, gjeldende fra 9. februar 2017, finner man i sin helhet på Helsedirektoratets hjemmeside:

Helsedirektoratet.no





gjort gjennom egne anbefalinger med begrunnelser.

Spesielt løftet frem er:

- Foreldrenes psykiske helse: Et godt oppvekstmiljø i familier med omsorgsfulle og kompetente foreldre fremmer barnas psykiske helse. Foreldres psykiske helse og trivsel bør derfor tematiseres i alle konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet.
- Barnas seksuelle utvikling: Foreldre skal få veiledning om barns naturlige seksuelle utvikling slik at de har nok kunnskap til å snakke med barna om kropp, kjønn, seksualitet, trygghet og grenser.
- Munnundersøkelsen: skal gjennomføres i tråd med egen prosedyre for tann- og munnundersøkelser ved helsestasjon. Den offentlige tannhelsetjenesten har ansvar for å gi faglig støtte, opplæring og veiledning til ansatte i helsestasjon.
- Vold, overgrep og omsorgssvikt: Tjenesten skal bidra til å forebygge, avdekke og avdekke at barn utsettes for vold, overgrep og omsorgssvikt. Helsepersonell må ha blikk for symptomer og forstå å handle når barnet er utsatt for

mishandling, overgrep eller omsorgssvikt. Det anbefales at barnet kles helt av ved alle konsultasjoner, men det må tas hensyn til bluferdighet etter hvert som barn blir eldre.

«Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard.»

- Systematisk samarbeid med barnehagene: Aktuelle tema å samarbeide om er blant annet mobbing, språk, ernæring og fysisk aktivitet. Det er opp til den enkelte kommune å vurdere om og hvordan samarbeid på individnivå bør utføres.

Faglig forsvarlighet og internkontroll

Retningslinjen inneholder både krav til hvordan tjenesten skal eller må være, samt anbefalinger om hvordan innholdet i tjenesten bør være for å oppnå god praksis og dermed også forsvarlighet.

Den skal bidra til;

- å sikre god kvalitet og forsvarlig drift
 - å gi helhetlige tilbud
 - at tjenesten gjør riktige prioriteringer
 - at det blir mindre uønsket variasjon i tilbudet
 - at det gis likeverdige tilbud uavhengig av diagnose, bosted, kjønn, fødeland, etnisitet og livssituasjon. Det innebærer blant annet at informasjonen må tilpasses brukerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn
 - å styrke mestring blant foreldre, barn og ungdom.
- Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard som innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven og for eksempel fagkunnskap, faglige retningslinjer og veiledere. Dette vil endre seg i takt med blant annet ny fagkunnskap, utvikling og annet.

Sentralt verktøy

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer er et eksempel på publikasjoner om hva som er god praksis. Den

LØFTET FREM I RETNINGSLINJEN:

Samspill og tilknytning mellom foreldre og barn er et gjennomgående tema som vil bidra til å bekrefte, styrke og trygge foreldre i rollen. Foto: Mostphotos





nasjonal faglige retningslinjen er faglig normerende og retningsgivende ved at den gir anbefalte handlingsvalg for virksomheten. Sammen med andre relevante nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og rundskriv, vil denne retningslinjen være et sentralt verktøy i tjenestenes virksomhetsplanlegging. Valg av løsninger som i vesentlig grad avviker fra retningslinjene må begrunnes og dokumenteres.

Det er en forutsetning at virksomheten organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter» jamfør Helsepersonelloven § 16.

Mellom god praksis, og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at kommunen kan utøve skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Kommunens ansvar

Helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom i kommunen skal ha et system for internkontroll for systematisk styring av virksomhetens aktiviteter,

jamfør helsetilsynsloven § 3 første ledd. Tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og

«Tjenesten har også et ansvar for mer alvorlige forhold.»

omsorgslovgivningen, jamfør forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 4.

Det er kommunenes ansvar å ha en systematisk overvåking og styring i tråd med internkontroll for å sikre faglig forsvarlighet. Retningslinjen er ment som et verktøy i virksomhetsplanleggingen.

Ulike utfordringer

Kommunene er forskjellige og virksomheten må derfor også ta hensyn til kommunens utfordringsbilde i planleggingen,

for eksempel hvordan er barnepopulasjon, hvilke utfordringer har kommunen, hva må tas hensyn til i konsultasjonene, har helsepersonell tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter for å løse oppgavene? Når retningslinjen for eksempel anbefaler gruppekonsultasjoner og kommunen har få fødsler i løpet av et år, må det legges en plan for hvordan det kan lages nettverk rundt de nybakte foreldrene på annet vis.

Helsestasjon vil gjennom møter med foreldre skaffe seg kjennskap til barnepopulasjon og kunne bidra til oversikt over kommunens barne- og familiepopulasjon jamfør Folkehelseloven §5.

Lansering av retningslinjen

Hesledirektoratet planlegger en lanseringskonferanse for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom 13. september. I tillegg vil Hesledirektoratet delta på fylkesvise samlinger.

Vi håper at retningslinjen vil bidra til å styrke helsestasjonstjenesten i tråd med intensjonen, og ønsker dere lykke til med et viktig arbeid til barns beste! ■





Til minne om Astrid Ellinor Brækken

14. februar tok vi, i Melhus kirke, avskjed med en sterk foregangskvinne, lederskikkelse og støttespiller for helsestasjon- og skolehelsetjenesten i Melhus kommune gjennom 45 år.

Tekst **Berit Granheim Karlsen**, enhetsleder, Helsestasjon- og skolehelsetjenesten, Melhus kommune/landsstyremedlem, Landsgruppen av helsesøstre

Astrid begynte som helsesøster i Melhus kommune i 1962. Med unntak av to års permisjon, for å jobbe på Tambartun skole og ved helsesøsterutdanningen, var hun helsesøster og ledende helsesøster frem til 1986. Fra 1984 var hun kombinert ledende helsesøster og helsesjef frem til 1986. Da gikk hun helt over i stillingen som helsesjef. Denne stillingen hadde hun i to år, frem til 1988 da hun sluttet i Melhus kommune.

Tydelige spor

Vi som begynte på Melhus over 20 år etter at hun avsluttet sitt virke her, ble også godt kjent med Astrid. Det var på grunn av hennes tydelige spor i tjenesten og hennes fortsatt brennende faglige engasjement. Hun kom alltid når hun ble invitert på markeringer og tok ofte ordet med svært interessante historiske tilbakeblikk som ga oss, som var litt yngre, en viktig forankring i historien. Jeg husker godt hennes fortelling om da hun måtte sykle når hun skulle på Hølanda for å vaksinere og gjøre andre arbeidsoppgaver. Hun overnattet på sykehjemmet før

hun så syklet tilbake neste dag. Jeg skulle likt å se dagens helsesøstre akseptere en slik arbeidsdag.

Faglig oppdatert

Da jeg ble ansatt som ny enhetsleder i 2010, tok det ikke lang tid før hun kom for å hilse på, og gratulere meg med jobben. Hun ville se hvem den nye lederen var, og vi fikk en god faglig prat. Jeg ble enormt imponert over hvor faglig oppdatert hun var. Etter dette ble det flere kafferunder med god faglig prat. Og hun ville alltid høre hva vi tenkte om det nyeste hun hadde lest seg opp på: Her var det bare å henge med i svingene. Det var alltid veldig inspirerende å snakke med Astrid. Hun gjorde det hun kunne for å støtte og oppmuntre oss som kom etter i faget, og ofte hadde hun med en blomst når hun kom. Om hun følte at hun hadde tatt feil, var hun heller ikke redd for å si det.

Støttende

Da vi for tre år siden opprettet et stort tverrfaglig familiesenter på Melhus var Astrid en selvskreven gjest ved åpning.

Hun syntes vi hadde fått det fint, men var tydelig på at hun var skeptisk til modellen vi hadde valgt og som jeg skulle lede. Astrid ønsket oss lykke til, og sa at hun var glad det ikke var hun som skulle være leder. Etter at det hadde gått en stund, fikk jeg beskjed om at det sto en eldre dame i ekspedisjonen som ville snakke med meg. Og damen hadde med seg en stor blomst. Det var Astrid. Hun hadde lest seg opp og tenkt litt siden siste møtet. Nå sa Astrid at det vi hadde valgt var lurt for den tiden vi levde i og for fremtiden. Hun hadde tatt feil. Hun støttet oss og ville ønske oss riktig lykke til. For et menneske!

Viktig for landsgruppen

For tre år siden ble jeg valgt inn i landsstyret til Landsgruppen av helsesøstre. Dette er en faggruppe i Norsk Sykepleierforbund som organiserer landets helsesøstre. Da var Astrid raskt ute med å gratulere og snakke om hvor viktig verv dette var. Jeg vil derfor også, som representant for landsstyret i LaH, takke og minnes Astrid på vegne av landsgruppen. Astrid har vært styremedlem og



leder i den lokale faggruppen i Sør-Trøndelag og styremedlem, nestleder og leder i landsgruppen sentralt. Hun satt som landsgruppeleder under, blant annet, innføringen av kommunehelsetjenesteloven i 1984. Da var blant annet organisering av helsesøstertjenesten et stridstema, og arbeidet i helsesøstergruppa ble viktig og bar frukter for viktigheten av det forebyggende arbeidet i kommunene.

En samfunnsaktør

Som leder av landsgruppa var Astrid særlig opptatt av betydningen av dokumentasjon og formidlingen av helsesøsters arbeidsfelt. Og hun tok initiativ til en rapport som ble utgitt om dette nasjonalt i 1990.

Astrid deltok aktivt i opprettelsen av helsesøsterutdanningen i Trondheim og jobbet som høyskolelærer og avdelingsleder, og senere som undervisningsleder for alle videreutdanninger ved avdeling for helse- og sosialfag ved høgsolen. Hun tok også initiativ til et deltidsstudium for helsesøstre i Ålesund.

Astrid var oppnevnt av departementet

som medlem i Statens sykepleierråd og var statens representant i eksamensrådet og i rammeplanarbeidet. Hun var en faglig sterk, strategisk og politisk klok leder. Hun forsto hvordan man skulle være en samfunnsaktør for barn, unge og foreldres beste. Hun var en trygg ledestjerne.

Ble æresmedlem

For sitt da over 46-årige medlemskap i LaH NSF, og sin lange og betydningsfulle arbeids- og organisasjonsinnsats, ble Astrid utnevnt som æresmedlem i Landsgruppen av helsesøstre i 2009. Hun var da det første æresmedlemmet som ble utnevnt, og det har heller ikke blitt utnevnt noen siden. Hun hadde, gjennom praktisk helsesøsterarbeid, skriftlig dokumentasjon og utviklingsarbeid, profilert helsesøsteryrket på en spesielt positiv måte og på en spesiell

måte bidratt til faggruppens arbeid regionalt og nasjonalt. Dette sier mye om den innsatsen Astrid la ned i landsgruppen og hva hun gjorde for yrket som helhet.

Stort forbilde

Som pensjonist bidro også Astrid i landsgruppen som ordstyrer ved generalforsamlingene i mange år. Hun ledet oss med sin karakteristiske myndighet og humor.

Astrid var et varmt og klokt menneske, som for landets helsesøstre var et stort forbilde. Det blir et spesielt tomrom etter vårt eneste æresmedlem.

Det er i respekt og takknemlighet både vi i helsestasjon- og skolehelsetjenesten i Melhus og Landsgruppen av helsesøstre takker for alt Astrid har gjort for å utvikle og tydeliggjøre helsesøsteryrket. Vi lyser fred over hennes minne. ■



Aktuelle bøker

Omslagsfoto Forlagene



ANMELDELSE

Forfattere: Ronald M. Rape, Ann Wignall, Susan H. Spence, Vanessa Cobham, Heidi Lyneham

Forlag: Gyldendal akademisk

Anmelder: Susanne Grinde, helsesøster i Gamvik kommune

Hjelp ditt engstelige barn – en foreldreveileder

Mange barn er mørkredde eller engster seg for nye og ukjente situasjoner. For noen barn kan frykten og bekymringene bli et problem.

Boken er skrevet til og for foreldre som ønsker å hjelpe sitt engstelige barn. Den er bygget opp slik at foreldre kan lese ett og ett kapittel og jobbe seg gjennom, i lag med sitt barn. Boken blir presentert som en veileder til foreldre, men er også en bok som vil være nyttig for andre personer som i sin jobb møter barn som engster seg mye. Boken er ment å gi foreldre alt de trenger å kunne for å hjelpe sitt barn med å bli mindre engstelig. Det tilrådes likevel at foreldre søker profesjonell hjelp til barnet så langt det er mulig, da denne kan si noe om programmet i boken passer for nettopp dette barnet.

I første kapittel av boken får du lese om «hva er angst». Å være redd for ett eller annet er helt normalt, men når angsten og bekymringene blir så omfattende at det står i veien for noe barnet vil eller skal gjøre – da blir det et problem. Underveis får man lese eksempel historier om flere barn, for å illustrere ulike problem og hvordan jobbe med problemet.

Boken er skrevet forståelig, og leder deg gjennom kapittel for kapittel med eksempler og øvelser du skal gjøre i lag med barnet for å hjelpe barnet å mestre angsten. I hvert kapittel er det barneaktiviteter og foreldreaktiviteter, med øvelser- refleksjon og oppgaver som skal utføres. Å

konfrontere det man er redd for er en viktig del av programmet. Det å lære seg å tenke realistisk – detektivtenkning – for å tørre å møte det man er redd, er en del av øvelsene i boken. Det er viktig å jobbe seg gjennom boken, lærestoff og aktiviteter, i den rekkefølgen de står. Hver del er utformet slik at de bygger på den foregående – og bør gjennomføres i løpet av 2 – 4 måneder.

Boken er skrevet av psykologer og forskere i Australia, og de har utviklet et program for hvordan nære voksne kan hjelpe barn og mestre angsten. Prinsippene for angstmestring og det programmet som blir beskrevet i boken, er basert på de kliniske behandlingsprogrammet Cool Kids. Programmet er utviklet ved Macquarie University i Sydney i Australia.

Hva kan forventes under arbeide med programmet?

- Ikke forvente at ting vil ordne seg bare i løpet av noen uker.

- Forvent at det vil komme merkbare forandringer før programmet avsluttes.

- Forvent en progresjon som går i sikksakk mer enn en rett linje.

- Forvent at hvis barnet er engstelig for noe klart definert eller begrenset (mørkereddel/hunder) vil det være letter enn hvis problemet er mer omfattende (redd for alle nye situasjoner).

- Forvent at barnet trenger å trene på nye ferdigheter lenge etter programmet er fullført.



ANMELDELSE

Forfatter: Eyvind Skeie
Trykk: Være Sammen
Anmelder: Sidsel Birkeland Skaar,
helsesøster

Du og barnet ditt

Hvordan hjelper vi barna best gjennom barndommen og gir de en god plattform for voksenlivet?

Denne boka forteller om den varme og grensesettende voksenstilen. Voksenstilen som handler om måten vi er sammen med barnet på. I flere år har kompetanseløftet Være Sammen vært med på å innføre den varme og grensesettende voksenstilen i mange barnehager i Norge. Boka deler tanker og erfaringer rettet mot foreldre og andre voksne som er sammen med barn. For helsesøstre gir boka nyttig innsikt og hjelp i relasjonskompetanse i samarbeid med foreldre i helsestasjonen og ikke minst i skolehelsetjenesten ved for eksempel førskoleundersøkelsen.

Det var psykologen Diana Baumrind som først lanserte den varme og grensesettende voksenstilen. Gjennom dette forsøkte hun å gjøre to ting: Hun ville si noe om et godt oppvekstmiljø for barn og hun ville også gi voksne en modell å leve opp til. Hun ønsket også å si noe om det som kan gå galt. Hun viste oss ikke bare den beste voksenstilen, men også tre andre voksenstiler.

Kunnskap om voksenstilene er en god hjelp til å forstå mye av det som skjer mellom barnet og den voksne i forskjellige typer samhandling og kommunikasjon. Boka tar opp temaer som betydningen av nærhet, barn som hele men-

nesker, den voksne som barnets speil, det medvirkende barnet, jeg og du, nærhet og varme, relasjoner, grenser, krav og kontroll, barnets motstandskraft, viktige voksne med mer.

Det vi bærer med oss fra egen oppvekst hentes frem. Dette er stadig noe som du kommer i tanke på når du leser boka.

En voksenstil med mye kontroll og lite varme kalles den autoritære voksenstilen.

En voksenstil med lite kontroll og lite varme kalles den forsømmende voksenstilen.

En voksenstil med lite kontroll og mye varme kalles den ettergivende voksenstilen.

En voksenstil med både kontroll og varme kalles den autoritative eller den varme og grensesettende voksenstilen.

Det er disse voksenstilene boka inviterer til å finne mer ut av. Det eksemplifiseres hvordan de ulike voksenstilene får innvirkning og konsekvenser for barnet.

Den varme og grensesettende voksenstilen gir de aller beste rammene for samhandling og fellesskap mellom barnet og den voksne. I denne voksenstilen får barnet lov til å være barn og den voksne gis muligheter til å være voksen, med alt det innebærer.

Boka er oversiktlig og illustrativ. Den konkretiserer og er lett å lese. Det brukes lite fremmedord som ikke defineres. Hvert tema har fine refleksjonsspørsmål til leseren.



Aktuelle bøker

Omslagsfoto Forlagene



ANMELDELSE

Forfattere: Ida Brandtzæg,
Stig Thorsteinson og Guro Øiestad
Forlag: Gyldendal akademiske 2016
Anmelder: Rigmor Gaski Brevik,
fagleder/helsesøster Vadsø
helsestasjon

Se eleven innenfra

Boka er skrevet for lærere og lærestudenter. Forfatterne har tidligere sammen skrevet boka «se barnet innenfra».

Tittelen på boka leder oss til begrepet mentalisering. Mentalisering handler om å forstå andre innenfra og seg selv utenfra. Den voksnes evne og vilje til mentalisering vil være avgjørende for måten man møter barnet på. Det er viktig å forstå barn innenfra og ikke bare reagere på deres atferd. Like viktig er det at den voksne ser seg selv utenfra. Det vil si å forstå og justere seg etter hvordan barnet ser og reagerer på det vi gjør.

Forfatterne viser i innledningen til utsagnet «Utdanning dreier seg ikke om å fylle en bøtte, men å tenne en ild,» av den irske forfatteren William Butler Yeats for hundre år siden. Forfatterne tar for seg skolen som et flerdimensjonalt sted, et sted hvor barna ikke bare skal erverve seg kunnskap, men også utvikle seg som mennesker med en levende ild inne i seg. For å få det til er det viktig at skolen oppleves som en trygg arena med voksne som ser barns behov for trygghet og kontakt. Hovedbudskapet i boka er at barn trenger å møte godhet og omsorg fra voksne for å føle seg sett og imøtekommet, så de blir trygge og klare for læring.

En 6-åringens evne til selvregulering vil være forskjellig når de begynner på skolen. Mange har kommet ganske langt i retning av å regulere seg selv, mens andre er mer umoden på området. Alle skolebarn trenger trygge relasjoner til voksne i skolen

for å finne ro til å lære, det vil si at barnet trenger å bli regulert.

Boka gir oss viktig kunnskap i forhold til det å forstå og håndtere relasjoner. Barn trenger at voksne bryr seg, passer på og hjelper til. Boka viser til nyere forskning innen tilkynningspsykologien som hjelper oss til å forstå stadig mer av hva som fremmer trygghet, utvikling, god psykisk helse og læring. Lærerens evne til å skape trygge relasjoner blir i boka beskrevet som skolens trumfkort. For at barna skal tørre å utforske og lære må de være trygge. Med utgangspunkt i tilkynningspsykologien viser forfatterne hvordan man kan utvikle trygge relasjoner ved hjelp av trygghets sirkelen. De fokuserer på betydningen av relasjonen mellom lærer og elev.

Hjernens utvikling (vår sosiale hjerne) er et gjennomgående tema i boka. Den beskrives i markerte felt i alle kapitlene. Hva som skjer i de første leveårene har mye å si for barnets evne til å lære. Måten barna blir sett og tatt vare på, hvordan de kan forstå seg selv og andre legger grunnlaget for hvem de blir i fremtiden.

Boka er pedagogisk oppbygd og illustrerer med eksempler og tegninger hvordan forskjellige situasjoner kan løses og hvordan det innvirker og får konsekvenser for barnet.

Boka er lettlest og får meg til å reflektere over egen praksis som helsesøster. Den anbefales på det varmeste til alle som arbeider med barn og unge.



HELSEØSTER KONGRESSEN

HELSEØSTERS ROLLE
i samhandlingens tid

LILLESTRØM
19. - 21. september 2017



LANDSGRUPPEN AV
HELSEØSTRE NSF

www.nsf.no/helsesostre





Aktuelle bøker

Omslagsfoto Forlagene



ANMELDELSE

Forfattere: Magne Raundalen og Jon-Håkon Schultz
Forlag: Universitetsforlaget
Anmelder: Audhild Andreassen, helsesøster i Nordkapp kommune

Seksuelle overgrep og vold - forebyggende undervisning i skolen

Seksuelle overgrep og vold er sensitive og tabubelagte temaer det kan være utfordrende å undervise om. Skolen har gradvis fått tydeligere oppdrag om forebygging, avdekking og rapportering samt oppfølging av elever som har opplevd seksuelle overgrep og vold. Selv om målet for undervisning er nedfelt i handlingsplaner og kompetanse mål, er det fortsatt opp til lærerteamet å finne metoder og undervisningsopplegg som treffer elevene på de ulike alderstrinn.

Det kan være fristende og innta en vente-og-se-holdning, der vi tror at dersom elevene ikke sier noe, så skjer det ikke noe galt. Forskingen forteller oss at det er ikke tilfelle. Boka viser til to historier som kan brukes som pedagogisk redskap i dialog med elever om seksuelle overgrep og vold. Til fortellingene er det utarbeidet en veileder for refleksjon. Historiene gir en naturlig kontekst for samtaler på elevens premisser. Boken gir konkrete og praktiske forslag til

hvordan den forebyggende undervisningen kan planlegges og gjennomføres.

I lærerveiledningen fremkommer fakkunnskap over forekomsten av seksuelle overgrep og vold, i tillegg skisseres tiltaksplan dersom en får vite eller mistenker at elever blir utsatt for overgrep.

Historie 1. «Hjelp- pappa slår». Tilpasset 1-6 klasse. Historien om Eivind på 8 år og Yngvil på 5 år som sammen med mamma må rømme til krisesentret fordi pappa slår. Historie 2. «Mammans hemmelighet». Tilpasset 7-10 klasse. Historien om Kaja som er omgitt av taushet og hemmeligheter. Hun begynner å undersøke, bryter tausheten og avslører hemmeligheten. Hennes beste venninnene har vært utsatt for incest. Boken er først og fremst beregnet for lærere som trenger et verktøy for å fremme dialog og innsikt i møtet med barn og unge, men boken er også aktuell for skolehelsetjenesten og andre faggrupper som jobber med barn og unge.

NAN Sensilac for sensitive mager beriket med GOS/FOS som:

1. Rochat et al., 2007. A whey-predominant formula induces fecal microbiota similar to that found in breast-fed infants. Nutr Res 27 (2007) 735-740. 2. Nestlé internal data 2011. 3. Vihavakiri B, Mahayonsord A, Theamboonlers A, et al. Effect of a whey-predominant starter formula containing LCPUFAs and oligosaccharides (FOS/GOS) on gastrointestinal comfort in infants. Asia Pac J Clin Nutr. 2010;19 (4):473-80.
GOS = galacto-oligosaccharides
FOS = fructo-oligosaccharides

- ✓ Økt avføringsfrekvens¹
- ✓ Forbedret avføringskonsistens²



Obstipasjon er et vanlig problem for spedbarn.

Nestlé har en unik oppskrift (på grunn av lavt fosfatinnhold, inneholder mest myseprotein, laktose og lavt proteininnhold) som fremmer vekst av gunstig bakterie¹. I NAN Sensilac 1 er GOS/FOS blitt tilsatt for å ytterligere øke magekomforten. Milde små fibre (GOS/FOS) kan hjelpe til med å øke avføringsfrekvensen og gjøre avføringen mykere²⁻³

Din veiledning kan gjøre en stor forskjell.

For mer informasjon om NAN Sensilac besøk www.nestlenan.no
For å få tilgang til hjemmesiden, send en mail til nan@no.nestle.com

Morsmelk er best!

WHO – World Health Organization* anbefaler at gravide kvinner og nybakte mødre blir informert om ammingens store fordeler – spesielt det faktum at amming gir den beste næringen og beskyttelsen mot sykdommer for spedbarn. Mødre bør få veiledning om forberedelse og opprettholdelse av morsmelkproduksjon, med spesielt vekt på viktigheten av et balansert kosthold både under graviditet og etter fødsel. Unødvendig introduksjon av flaskemating eller annen mat og drikke bør unngås da det vil ha en negativ effekt på ammingen. På samme måte bør mødre informeres om at det er vanskelig å angre på en beslutning om å slutte å amme. Innen man rader en mor om å anvende morsmelkerstatning skal hun informeres om hvordan hennes beslutning får både sosiale og økonomiske konsekvenser. For eksempel om et barn utelukkende får morsmelkerstatning bør man huske på at det er behov for mer enn 450 gram erstatning per uke, noe som kan påvirke familiens økonomi og sosiale situasjon. Mødre bør informeres om at amming ikke bare er det beste for barnet, men også er det mest økonomiske valget. Dersom det tas beslutning om å anvende morsmelkerstatning er det viktig å informere om tilberedningsanvisninger og fortelle at ukokt vann, steriliserte flasker og fellaktig tilberedning kan føre til sykdom.

*Se: Internasjonale Koden for Markedsføring av morsmelkerstatninger (WHO-koden) som ble vedtatt av Verdens helseforsamling i resolusjon WHA 34.22, mai 1981





Kan hjelpe ungdom

Det er ikke nok å bare tilby en åpen dør når noen har det vondt. Helsesøstre kan bidra så mye mer i arbeidet med den psykiske folkehelsen hos ungdom.

Tekst **Hanne N. Bjørnsen**, helsesøster/PhD-stipendiat, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Psykisk helse hos ungdom er et tema som har fått stor oppmerksomhet de siste årene. Det diskuteres om det er en reel økning av problemer hos ungdom eller om det er andre årsaker til at vi ser mer av psykisk uheld hos ung-

dommer nå enn før. Folkehelseinstituttet konkluderer med at det sannsynligvis er en reelt økende trend, og ikke mer åpenhet om psykiske utfordringer eller andre årsaker som gjør at vi ser en økende grad av ungdom som sliter i Norge.

Der ungdommene er

Psykisk helse hos ungdom er en viktig bit av folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeid som handler om å gi befolkningen muligheten til å ta gode valg for egen helse, uavhengig av utgangspunkt. Det er



TILBUD PÅ SKOLEN: Helse produseres i hverdagen – der ungdommene er – og ikke nødvendigvis i helsevesenet. Foto: Mostphotos

vitenskapelig belegg for å si at helsefremmende allmenndannelse gir bedre helse. Dette støttes av Verdens helseorganisasjon. Skolen skal være allmenndannende, og da også innenfor helse. I forlengelse av dette er det naturlig at også psykisk helsefremmende allmenndannelse henger nært sammen med den psykiske helsen. Vi vet også at helse produseres i hverdagen, der ungdommene er, og ikke nødvendigvis i helsevesenet.

Mangel på helsesøstre


I skolen er vi så heldig at vi kan ha helsevesenet til stede i hverdagen til ungdommene gjennom en helsesøster – en

«Vi trenger en helsesøster som også har tid til å drive folkehelsearbeid.»

spesialutdannet sykepleier i helsefremmende og forebyggende helse for barn og ungdom. Helsesøster er ment å være der ungdommene tilbringer en stor del av dagen sin, på skolen. Helsesøster skal gi et viktig lavterskeltilbud for ungdom som trenger det. De aller fleste er enige i at vi ønsker og trenger flere helsesøstre. Dette hører vi fra ungdommene selv, skolen og fra politisk hold. Men i diskusjonen om

økt tilstedeværelse av helsesøster er det en viktig mangel. Hva skal helsesøster bruke tiden og den økte tilstedeværelsen sin til?

Tid til folkehelsearbeid

En undersøkelse gjort blant 1 888 ungdommer ved fem videregående skoler i Trondheim forteller oss at 65 prosent av ungdommene synes det er 



nyttig at helsesøster kommer til klassen og har undervisning. Det er nesten like mange som dem som synes individuelle samtaler er nyttig (69 prosent). Ungdommene rapporterer også at 67 prosent ønsker undervisning om psykisk helse. Disse tallene viser at det ikke er riktig å satse på enten eller. Vi må ha begge deler. Vi skal ikke erstatte åpen dør. Vi trenger noe mer. Vi trenger en helsesøster som også har tid til å drive folkehelsearbeid. Vi skal ha et lavterskeltilbud der ungdommene kan komme, og slik hindrer vi kanskje at problemer vokser

seg så store at de blir vanskelig å løse uten behandling.

Hjelp til selvhjelp

Mer tilstedeværelse gir rom for en diskusjon om hva helsesøsters arbeidsoppgaver er og ikke er. Med de ressursene helsesøster har mange steder i dag, er det ikke snakk om å diskutere hva man skal bruke tiden sin på. Ingen lukker en åpen dør med ungdommer i kø for å drive helsefremmende arbeid i klassene. Men, helsesøster er likevel ingen behandler. Helsesøster er en av våre viktigste fol-

kehelsearbeidere – en å snakke med, en som kan hjelpe til med å sortere tanker og følelser. Sortere hvem som trenger behandling og hvem som trenger kortvarig oppfølging av helsesøster.

Sette grenser

Prevensjonsveiledning med foreskriving av prevensjon er også en viktig arbeidsoppgave. Men behandling har vi andre yrkesgrupper som skal ta seg av. At det ikke bestandig skjer er ikke et argument for at helsesøster skal overta andres oppgaver. Dersom helsesøster strekker seg og ikke setter grenser for eget arbeidsområde vil det ikke styrke faget vårt. Heller motsatt. Å gjøre andres jobb kan være uhensiktsmessig av mange årsaker. Vi dekker over at andre tjenester ikke har den kapasiteten som trengs. Men først og fremst svikter vi vårt eget fag ved ikke å sette grenser. Det står ingen bak oss, klare til å overta våre viktige folkehelseoppgaver. Vi vet at helseopplysning er viktig, og det gjelder også den psykiske helseopplysningen.

Hvem kan hjelpe?

La meg illustrere dette: De fleste ungdommer vet hvordan de forebygger seksuelt overførbare sykdommer med riktig bruk av kondom, og de kan stort sett enkel førstehjelp med ispose og avlasting hvis noen trækker over. De vet hva som er bra for seg selv når de er forkjølet; de kjøper halspastiller, neseppray og vet at det snart går over. De vet også når det er på tide å søke hjelp hvis halsvondt ikke går over, hvor de skal gå og at antibiotika er en mulig behandling for halsbetennelse, som også går over etter behandling. Men vet de hvem som kan hjelpe hvis de har vondt i følelsene?

Må lære ungdommene

Hvis de sliter med seg selv og tankene sine, vet de da hva de kan gjøre for å ta vare på og bygge god psykisk helse hos seg selv og dem rundt seg? Vet de hva som er normalt når det gjelder følelsene

«Helsesøster har en unik mulighet til å nå ungdommene.»



i ungdomstiden, og hva som går over? Vet de hvordan de kan støtte dem rundt seg når livet er vanskelig? Vet de at det finnes behandling som kan hjelpe dem hvis de blir skikkelig syke? Vet de i hvor stor grad søvn, kosthold, rus og aktivitet påvirker den psykiske helsen vår? Jeg tror vi har en vei å gå der. Vi helsesøstre må ut i klassene, lære ungdommene hvordan man tar gode valg til fordel for egen og andres psykiske helse. Lære ungdommene hva som påvirker psykisk helse. Snakke om hva som er normalt og når og hvordan man hjelper andre og søker hjelp. Vis oss frem, være synlige og åpen for at ungdommene kan ta kontakt med oss.

Trene på opp- og nedturer

Vi må øke ungdommenes psykisk helsefremmende allmenndannelse. Snakke om viktigheten av tilhørighet, trygghet, mening, mestring og fellesskap. Vi må øke ungdommenes bevissthet rundt at vi alle har en psykisk helse akkurat som vi har en fysisk helse. Vi må lære dem å trene den psykiske helsen slik at de er bedre rustet til å tåle opp- og nedturer, til å vite noe om normale variasjoner i humør og følelser, vite at det ikke er prestasjonene deres som gjør at de er verdt noe. Helsesøster kan bidra i arbeidet med den psykiske folkehelsen hos ungdommene, og jeg mener at helsesøster ikke oppfyller

hele sin rolle ved å bare tilby åpen dør.

En unik mulighet

En folkehelsearbeider skal drive befolkningsrettet arbeid. Og helsesøster har en unik mulighet til å nå ungdommene i skolen. Nå må skolen, politikere og vi helsesøstre selv kjenne vår besøkestid. Økt tilstedeværelse av helsesøster med økt lavterskeltilbud er viktig. Like viktig er målrettede tiltak rettet mot å øke ungdommenes psykisk helsefremmende allmenndannelse for å møte den økte utfordringen med psykiske helseutfordringer hos dagens ungdom. For å få til dette trenger vi helsesøster på skolen. Hver dag! ■

ANNONSE

MAM Manual Breast Pump

Enkel, bekvem og kan tilpasses etter behov



mambaby.com

ROTTERBAR TRAGT

Kan vinkles og roteres 360°, hvilket gjør det mulig at pumpe ut fra alle mælkekirtlerne, så risikoen for brystbetændelse mindskes. De indbyggede puder giver en bekvem følelse og gør, at tragten fæstner bedre på brystet.

KUN 4 DELE



REGULERBAR PUMPESTYRKE

Det er nemt at indstille styrken på pumpen fra svag til kraftig, hvilket gør det lettere at finde en bekvem måde at pumpe på.

PUMPEHÅNDTAG

Det ergonomiske håndtag sikrer et fast og godt greb.

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



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



Brystpumpen fås hos utvalgte apotek og barneutstyrbutikker



Finsk praksis

Finland har lave tall når det gjelder drop-out i skolen. Vi var derfor nysgjerrig på skolehelsetjenestens rolle, da helsesøstre i Bydel Gamle Oslo inviterte seg selv til Helsinki.

Tekst **Ingrid Andersen** og **Anette Slettevold**, helsesøstre, Bydel Gamle Oslo

Bakgrunnen for turen, var en meget vellykket studietur til Island seks år tidligere. Siden den gang har skolehelsetjenesten blitt styrket med langt flere helsesøstre. Derfor var det også behov for å bli bedre kjent, og bedre samarbeidet gjennom en ny studietur. Det hadde også kommet oss for øret at Finland har lave tall når det gjelder drop-out i skolen. Og vi var nysgjerrige på hvilken rolle skolehelsetjenesten hadde. Derfor tok vi kontakt med det finske helsesøsterforbundet.

Hele mennesket

Vi ble tatt godt imot i av Aija Saarinen, fagansvarlig i det finske helsesøsterforbundet, 14. april. Etter en kort presentasjon av vår egen skolehelsetjeneste, fortalte lederen for helsesøsterforbundet, Leila Lehtomaki, om helsesøsterutdanningen i Finland. Utdanningen er som i Norge: 4-årig med sykepleierutdanningen i bunn, og videreutdanning som helsesøster med fokus på forebyggende helsearbeid, veiledning og empowerment som metode. Når det gjelder arbeidsområder for helsesøstre i Finland, dekker de hele menneskets livsløp, også de eldre, hvor helsesøster jobber forebyggende i hjemmesykepleien og på institusjoner. Det finske helsesøsterforbundet har omlag 7 500 medlemmer og jobber faglig og politisk for å fremme helsesøstrene.

Helseutfordringer

Tuovi Hakulinen fra det finske helsedirektoratet informerte om de finske

retningslinjene for helsesøstertjenesten. I Finland, som i Norge, dreier de største helseutfordringene seg om psykisk helse, adferdsproblematikk, lærevansker og overvekt. Psykososiale forskjeller og foreldrenes bruk av rus, vold og psykiske helse har stor betydning for barnas helse. Helsetjenesten er derfor opptatt av tidlig oppdagelse, tidlig

intervensjon og familierelatert intervensjon. Undersøkelser gjort i Finland, viser at 20 prosent av barn og deres familier har spesielle helseutfordringer. De har derfor innført hyppige kontakter og store kartleggingsundersøkelser i skolehelsetjenesten.

Fokus på familien

I store trekk ser vi at elevene i Finland har kontakt med skolehelsetjenesten hvert år til og med niende klasse, med større kartleggingsundersøkelser i 1., 5. og 8. klasse som også inkluderer klinisk undersøkelse av lege. I forkant av de tre store undersøkelsene, sender helsesøster et standardisert kartleggings skjema til foreldre og elever. Skjemaet omfatter spørsmål om

«20 prosent av barn og deres familier, har spesielle helseutfordringer.»



fysisk, psykisk og sosial helse, med fokus på familien. Skjemaene samles inn og leses av helsesøster og danner grunnlaget for den videre samtalen og helsekontrollen, der minimum én av de foresatte inviteres til å være med. Slik som i Norge er disse helseundersøkelsene frivillige. Helsesøster har ansvaret for cirka 600 elever per 100 prosent helsesøsterstilling.

Ingen åpen dør-praksis

15. april ble vi invitert ut til en privat ungdoms- og videregående skole utenfor sentrum av Helsinki. Her ble vi ønsket velkommen av skolens helsesøster. Hun bekreftet at det meste av tiden gikk med til alle planlagte helseundersøkelser, og at hun i praksis ikke hadde kapasitet til å ha åpen dør for elever som måtte ha behov for

samtale utenom dette. Vi fikk også hilse på skolens sosialarbeider og psykolog. De var var ansatt av skolen og ikke kommunen, slik tilfelle er for helsesøster. Deres arbeid besto i stor grad av undervisning, åpen dør og oppfølgingssamtaler med elever som sliter. I Finland er det ikke vanlig å kunne tilby fysioterapi i skolehelsetjenesten.

Viktig med skolelunsj

Vi ble invitert til å spise lunsj i kantinen sammen med skolens elever. Det ble servert varm mat med salat og brød som tilbehør og melk eller vann som drikke. Det fantes alternativer for allergikere og vegetarianere. I tillegg ble det tatt religiøse kostholdshensyn. Alle helsesøstrene vi snakket med under oppholdet trakk frem gratis skolemåltid som en viktig helsefremmende faktor og at måltidet er avgjørende for konsentrasjon og gode skoleprestasjoner.

Tid for ettertanke

Etter to dager med inspirerende møter med flotte helsesøstre og andre samarbeidspartnere, var det tid for teambuilding og refleksjon. Hva kunne vi lære av den

finske skolehelsetjenesten? Skolemat er vi skjønt enige om at ville hatt stor betydning for elevene i vår bydel. Det har vært en politisk agenda i flere år, uten resultat, så der får vi ha tillit til at helsesøsterforbundet taler vår sak i politiske høringsrunder.

Se på tilpasninger

Vi ser at de standardiserte kartleggings-skjemaene og hyppige og grundige kontaktene med skolehelsetjenesten, gir en fin mulighet til å oppdage utfordringer i familier tidlig, og dermed også tidlig intervensjon. Men er det mulig for elever og foreldre i vår bydel å fylle ut slike skjemaer, med tanke på språkutfordringene? Vi ønsker ikke å bruke all tid som helsesøstre på kartlegging og skrivarbeid og overlate åpen dør og oppfølging til andre yrkesgrupper. Vi ønsker å se nærmere på hvordan vi kan tilpasse den systematiske kartleggingen til vår tjeneste, samtidig som vi får tid til åpen dør og oppfølging av elever og familier.

Nye retningslinjer

I påvente av de nye retningslinjene for skolehelsetjenesten, som er under utarbeidelse, ønsker vi å se på hvordan vi kan kvalitetssikre og standardisere noen flere kontroller enn det vi har i dag. Dermed kan vi sørge for at forskjellene mellom skolene ikke blir så store og at det ikke er tilfeldig hvilken tjeneste elevene får tilbud om ved de ulike skolene. I dette arbeidet vil vi ta med oss det viktige fokuset på familien som helhet.

Det kan også være interessant å se på om vi kan enes om et felles langsiktig faglig satsingsområdet hvor vi kan trekke inn relevante samarbeidspartnere, slik de gjør i Finland med fokus på ernæring og kosthold.

Den viktigste årsaken til studieturen, var likevel å bli bedre kjent og å styrke samholdet i gruppa, noe alle er skjønt enige om at ble oppnådd til fulle gjennom faglig inspirasjon, quiz, leker, flotte turer og ikke minst mange gode samtaler i finsk sauna! ■

«Det fantes alternativer for allergikere og vegetarianere.»





Marerittet barna aldri våkner fra

Snipp snapp snute, så er marerittet ute? I vår norske virkelighet fortsetter marerittet for mange barn selv etter at vold er avdekket.

Tekst **Ida Sunneva Grotle**, helsesøster, styreleder LaH Vestfold

Når en person blir dømt for grov trakassering eller vold er det naturlig å tenke at den personen som utøver volden lar sitt offer være i fred. Vil en ungdom kunne leve i trygghet etter å ha flyktet for å unngå tvangsekteskap? Svaret er dessverre altfor ofte «nei».

I januar fortalte Barneombudet om 600 barn og unge som lever i skjul på hemmelig adresse. Den som har utøvet vold har fått forbli i sitt miljø og nettverk, mens barnet eller ungdommen har måttet dra fra alt. Som helsesøster har jeg møtt noen av disse unge som enten har måttet flykte fra sine familier, eller som har blitt flyttet til fosterfamilier. Disse erfaringene får meg til å ville rope høyt i fortvilelse. Norske myndigheter må se at vi lever i et land hvor barn blir frarøvet sin framtid mens deres overgriper fortsetter sitt liv mer eller mindre uendret.

Frarøvet sin framtid

Disse barna og ungdommene rammes nemlig av blodig alvor. «Hva skjer om de finner meg?», spurte «Emma» på 18 år som måtte flykte fra sin familie etter år med trakassering og misbruk. «Da dreper de meg».

Dessverre er ikke slike utsagn en overdrivelse. Tidligere hendelser viser at det er en reell risiko for å bli


drept dersom kone eller barn forlater ektefellen eller familien sin. «Emma» måtte kutte alle bånd til venner, skole og øvrig familie for så å klare seg alene. Fra å leve under strenge regler i familien måtte hun forholde seg til en ny fremmed verden, hele tiden med redsel for eget liv.

Om natten herjet marerittene i

«Familien levde deretter på strengt hemmelig adresse, såkalt kode 6.»

hodet, og på dagen kunne hele kroppen verke som om hun var kronisk syk. Når feberen virkelig toppet seg på kveldene, hadde hun ingen å ringe hjem til. I denne tilstanden ble hun nødt til å skaffe seg et nytt nettverk, nye venner, ny skole og et nytt liv.

Ensomme barn

Ensomheten kan være lammende for disse barna, og selv om de får nye venner kan de ikke fortelle hvem de egentlig er. Ved store påkjennelser og liten sosial støtte vil depresjon fort kunne bli en ekstra belastning. 





LEVER I SKJUL: Om lag 600 barn og unge lever i skjul på hemmelig adresse. Noen må kutte alle bånd til venner, skole og øvrig familie. Foto: Mostphotos



Psykolog Heine Steinkopf har uttalt «å leve med frykt skader hjernen og kan redusere et menneskets levealder med 20 år. Barndommen varer livet ut».

For meg er det helt absurd at det er barna og ungdommene som fortsatt må lide, selv etter at volden er oppdaget. Noen ganger er ikke utøvende vold problemet, men trusler om vold eller drap dersom barnet eller ungdommen i familien ikke gjør som hun/han (heret-

ter kalt hun) blir bedt om. Dersom hun nekter å gå med på tvangsekteskap har hun kanskje ikke noe annet valg enn å rømme. Eller dersom hun lever i et voldelig parforhold vil familien kreve at hun jobber for å bli en bedre kone fremfor å søke skilsmisse.

Vold og æresdrap

Dokumentarfilmen «Banaz: a love story» handler om en ung kurdisk-bri-

tisk jente som søkte skilsmisse fordi hun ble utsatt for vold av sin ekte-mann, og som senere ble forelsket i en mann hun selv ble kjent med. Hun ble drept av sin egen far og tre onkler. Deeyah Khan fra Oslo er regissør av filmen. Khan fortalte til Aftenposten i 2013 om hvor vanskelig det var å lage dokumentaren. Ingen venner eller familie ville snakke om Banaz sin død, med unntak av søsteren. Khan mente at familien prøvde å viske ut minnet om henne. Filmene vant Emmy-pris for beste utenlandske dokumentarfilm, og filmen har bidratt til at minnet om Banaz lever videre. Den har også rettet oppmerksomheten mot æresdrap og vold mot kvinner.

Siden 2013 har det blitt større fokus på temaene «barn som lever på hjemmelig adresse», «tvangsekteskap» og

«For meg er det helt absurd at det er barna og ungdommene som fortsatt må lide.»

«vold mot barn og unge». Det jobbes med å gi fagpersoner og andre innsikt i problemstillingene, og informasjon om hva en skal gjøre når en møter problemet.

Etter at volden oppdages

Vi trenger oppmerksomhet rundt temaene for å oppdage at et barn er utsatt for vold, men det er ikke nok. Hovedutfordringene er hva som skjer etter at volden blir oppdaget, eller etter at et barn forteller om de vonde opplevelsene i hverdagen. Er den som utøver vold i stand til å motta hjelp med å endre sitt negative handlingsmønster?



RVTS er et regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selv-mordsforebygging. Dette senteret gir fagfolk ulik kunnskap for å forebygge og jobbe med ulike psykologiske traumer. De utdanner blant annet sinnemestringsterapeuter til et kurs kalt Brøsetmodellen. Det er et kurs i sinnemestring for å forebygge vold i nære relasjoner. Flere av deltakere på kurset har ifølge RVTS, klart å endre oppførselen sin til det bedre.

Stiftelsen «Alternativ til Vold» driver også med behandling til personer som utøver vold i nære relasjoner. Det finnes altså tilbud til dem som ønsker hjelp for å endre seg. Men hva med dem som ikke ønsker det, eller hva med dem som ikke klarer det? Er løsningen å forlenge fengselsstraffene for dem som truer med eller utøver vold?

Ikke rettferdig

Det er ikke monstre som utøver vold. Noe har gjort at disse menneskene oppfører seg som de gjør. Kanskje har de selv blitt utsatt for slag, spark og psykisk terror, eller kanskje er det press fra storfamilien og lokalsamfunnet som driver dem? Disse menneskene trenger flere sjanser til å kunne rette opp sine grusomme handlinger. Men det er ikke rettferdig at barna skal lide med redsel og utrygghet når de får disse sjansene.

Barneombudet foreslår elektronisk fotlenke som ett tiltak. Politiet vil bli varslet dersom voldsutøveren nærmer seg barna eller ungdommen. «På denne måten er det voldsutøveren som får redusert sin bevegelsesfrihet, ikke offeret».

Gunn Bente Knudsen fortalte i mars 2014 om hvordan hun nesten 20 år tidligere måtte flykte fra sin voldelige ektemann sammen med sine to barn. Familien levde deretter på strengt hemmelig adresse, såkalt kode 6. Gunn Bente Knudsen følte seg sviktet av alle: «Av politiet, av skolen og

av hele det offentlige hjelpeapparatet. De eneste som var der for å redde, var krisesentrene».

Noe må gjøres nå

Det har gått 20 år siden Gunn Bente Knudsen følte seg sviktet av det offentlige, og hvor barna hennes måtte betale «prisen». Heller ikke i dag klarer det offentlige hjelpeapparatet eller politiet å hjelpe disse barna godt nok.

Det gjør ubeskrivelig vondt som hjelper og menneske å se hvordan disse barna lever. Barnas smerte kan jeg se, men den er umulig å forstå.

Barna fortjener et liv i frihet, og noe må gjøres nå. Norske myndigheter MÅ finne løsninger for å sikre barnas helse, trygghet og frihet!

Kronikken har tidligere stått på trykk i Dagsavisen. ■





Helsesøstres erfaringer og rolle

Da de nasjonale retningslinjene for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge kom, forsto vi at helsestasjons- og skolehelsetjenesten sto overfor en stor oppgave.

FAKTA

Av Aina Nordstrand, helsesøster, Barn og unge-tjenesten, Alta kommune

Bengt Fridlund, professor, Hälsohögskolan, Jönköping Universitet/ Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskulen på Vestlandet

Ragnhild Sollesnes, førstelektor, Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskulen på Vestlandet, Avdeling for helse og sosialfag, Institutt for sykepleiefag, Høgskolen i Bergen

Dette mastergradsstudiet ble til for å finne ut hvordan vi best kunne implementere retningslinjene for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge i Alta. Slik ville vi bidra til å kvalitetssikre helsestasjons- og skolehelsetjenesten sitt tilbud til barn og unge.

Bakgrunn

Overvekt og fedme hos barn og unge er et helseproblem verden over (1). I Norge er nå 13,8 prosent av barna i alderen 2–19 år overvektige og 2,3 prosent har fedme (2).

Overvekt og fedme gir store personlige belastninger og samfunnsmessige kostnader (3). Helsedirektoratet utga i 2010 nasjonale, faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten om forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge, heretter også kalt retningslinjene (4).

Helsesøsters sentrale rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunene gjør problemstillingen aktuell for faggruppen (5). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten blir tildelt mye ansvar i retningslinjene.

Evidensbasert sykepleie, eller kunnskapsbasert praksis, utgjør den plattformen av kunnskap, ferdigheter og erfaring som sykepleier står på i møte med pasienten/brukeren (6). Faglige retningslinjer utarbeides i stor skala over hele verden for å hjelpe praksisfeltet til den beste kunnskapen (7). Også i Norge har helsemyndighetene utviklet nasjonale standarder for å bidra til kunnskapsbasert praksis. Nasjonale, faglige retningslinjer og veiledere er normgivende for arbeidet til helsesøstre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (8).

Implementeringen

Når det kommer en ny nasjonal faglig retningslinje forventes det at den skal implementeres i praksis (9). Dette betyr at helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal se til at retningslinjene gjøres kjent blant alle de er relevante for. Det må gjøres gjennom en planlagt prosess og på en systematisk måte. Retningslinjene må forankres i planene på de aktuelle avdelingene og nivåene, og gjøres til en integrert del av de daglige arbeidsoppgavene (10).

Retningslinjene for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme blant barn og unge er rettet mot hele primærhelsetjenesten. Det vil si at de henvender seg til alle de ulike faggruppene som er involvert i utredning, forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge på kommunalt nivå; de er tverrfaglige og tverrsektorielle. I tillegg henvender de seg til ulike nivåer i kommunen som organisasjon. Når retningslinjene er gjeldende for hele primærhelsetjenesten, betyr det at implementeringen også må være et tverrfaglig samarbeid med struktur og forankring. Implementering av nye faglige retningslinjer regnes som en utfordrende prosess (11).

I implementeringsforskning er det vanlig å undersøke hva som fremmer og hva som hindrer at ny kunnskap blir implementert i praksis. Grol og Wensing foreslo i 2004 at man tilnærmet seg dette på seks ulike nivåer:

- selve innovasjonen (i dette tilfellet retningslinjen)
- målgruppen (de som jobber i praksisfeltet)
- pasientene/brukerne
- kollegers holdninger, kulturen på arbeidsplassen, opinionslederens holdninger, ledelse
- økonomisk, administrativ og organisatorisk kontekst

- valg av strategi for spredning og implementering av innovasjonen (12)

Endret praksis på en forebyggende arena forutsetter tilrettelegging på individ-, organisasjons- og samfunnsnivå (13).

Tidligere forskning

Athwal med flere (7) evaluerte implementeringen av faglige retningslinjer blant helsesøstre i Canada og fant blant annet barrierer som tid, arbeid i tverrfaglige team og organisatoriske endringer.

Undersøkelser fra USA viste at helsesøstre ønsket seg kunnskap i et format som var ferdig til å bruke på lokalt nivå. De ønsket seg også mer kunnskap om å planlegge og implementere forebyggende tiltak lokalt (14).

En undersøkelse om bruk av forskningsbasert kunnskap i vaksinekonsultasjoner blant helsesøstre i Norge fant at helsesøstre har stor tillit til faglige retningslinjer. Viktige barrierer var at helsesøstrene ikke oppfattet det å lete etter og bruke forskningsbasert kunnskap som en del av deres rolle. De manglet også tro på egen evne til kritisk vurdering, og de hadde ikke kapasitet (15).

En nylig publisert studie viser at helsesøstre i Finland og Japan hadde bedre evne til å identifisere barnemis-

handling og iverksette tiltak når de hadde implementert relaterte retningslinjer. Det var ikke nok bare å kjenne innholdet i retningslinjen eller å vite at den faktisk eksisterte (16).

Oppsummert tyder tidligere forskning på at faglige retningslinjer fungerer godt som norm for kunnskapsbasert arbeid, men at det ikke alltid har vært vellykkete strategier for utformingen og implementeringen av disse.

Hensikt

Helsesøstre forholder seg til flere nasjonale retningslinjer, og vi vet lite om hvordan disse implementeres i praksis. I denne studien har det vært et mål å undersøke og beskrive helsesøstres erfaringer med implementeringen av nasjonale, faglige retningslinjer for overvekt og fedme i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Metode

Vi valgte kvalitativ metode med fenomenografisk tilnærming til analysen fordi vi ønsket å få mer innsikt i hvordan helsesøster forstår og beskriver sine erfaringer med implementeringen av retningslinjene. Fenomenografi er godt egnet til å få frem hvordan verden er

ULIKE TILNÆRMINGER: Helsesøstre forholder seg til flere nasjonale retningslinjer. Gjennom intervjuer har man undersøkt og beskrevet helsesøstres erfaringer, og funnet at det er ulike måter å tilnærme seg implementeringen av de samme retningslinjene. Illustrasjoner: Mostphotos, Sissel Vetter/Sykepleien.

«Tjenesten sto overfor umulige prioriteringer.»

«Det fulgte ikke ekstra ressurser med de nye retningslinjene.»



opplevd og forstått av mennesker (17, 18).

Folk oppfatter samme fenomen ulikt, men studier har vist at det tross alt ikke er mer enn to til seks kvalitativt ulike måter. I en fenomenografisk analyse leter man etter alle disse ulike måtene å forstå fenomenet som er undersøkt på, i dette tilfellet helsesøsters erfa-

representerte variasjoner i helsesøsters erfaringer med implementeringen av retningslinjene på et deskriptivt nivå. Man tenker seg prosessen som en identifisering av alle mulige måter for helsesøstre å oppfatte det samme fenomenet (17).

«Helsesøstre forholder seg til flere nasjonale retningslinjer, og vi vet lite om hvordan disse implementeres i praksis.»

ringer med implementeringen av retningslinjene. Det er viktig å understreke at kategoriene ikke refererer til enkeltindivider, men til en kollektiv forståelse. Hver informant representerer flere av disse kategoriene, men noen måter å forstå fenomenet på vil da gjerne være mer dominerende (19).

Vi brukte en åpen intervjuguide bestående av et inngangsspørsmål og to underspørsmål (20). Inngangsspørsmålet var formulert slik at informantene skulle kunne snakke fritt om sine erfaringer med implementeringen av retningslinjene (19). Underspørsmålene bidro til at informantene hadde en mest mulig ensartet forståelse av hva studien søkte svar på (20).

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD.

Utvalg og kontekst

Utvalget besto av 18 kvinnelige helsesøstre som jobber i helsestasjons- eller skolehelsetjenesten i Norge, i små og større kommuner fra ulike deler av landet. De jobbet som leder, fagkoordinator eller i vanlig helsesøstertstilling.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er organisert på ulike måter, både internt og opp mot andre kommunale hjelpetjenester. I små kommuner kan det virke som tjenestene er organisert sammen ut fra en pragmatisk tilnærming som f.eks. tilgjengelige lokaler, i større kommuner gjerne ut fra en struktur som er vedtatt på et overordnet nivå.

Analyse

Det helsesøstre fortalte under intervjuene ble analysert slik at uttalelsene deres er løst fra personen som uttalte det. Det vokste frem fire ulike kategorier som

Funn

Det ble funnet fire ulike kategorier – altså fire ulike måter å tilnærme seg implementeringen av de samme retningslinjene. Hver av kategoriene er tildelt en metafor: «Den strukturerte helsesøsteren», «Den pragmatiske helsesøsteren», «Den kritiske helsesøsteren» og «Den resignerte helsesøsteren».

Det viste seg at alle, uansett tilnærming, opplevde at følgende faktorer har betydning for implementeringen: ressurser, faggruppens kompetanse, retningslinjenes mottakelse hos brukerne, enighet/felles forståelse i faggruppen, tverrfaglig samarbeid og forankring i organisasjonen.

I hvilken grad helsesøster opplevde at disse faktorene virket støttende, påvirket hvilken implementeringsstrategi som til slutt ble dominerende.

Den strukturerte helsesøster

Den vi valgte å kalle den strukturerte helsesøster, var kjent med de nye faglige retningslinjene fra et tidlig tidspunkt. Hun sørget for at resten av helsesøstertjenesten også ble kjent med retningslinjene, og gikk i gang med å få dem implementert i tjenesten. Hun var ryddig og opptatt av system og struktur, overvant motstand der den dukket opp, men stilte også spørsmål ved forhold hun ikke forsto ved retningslinjene eller det systemet helsesøstertjenesten var organisert inn i. Til tross for det forholdt hun seg alltid lojalt til retningslinjene:

Vi trenger ikke være enig i det. Jeg kan jo kjenne – er det dette vi får mer helse for, all denne jobben? Jeg undrer meg veldig, det har vi lov til. Det er viktig at vi gjør det vi skal, men vi skal ikke slite oss helt ut på dette. Vi tilbyr, og vi følger retningslinjene, dokumenterer det, men vi kan ikke gå helt – vi undrer oss litt, virker dette? Vi gjør oss en del faglige undringer, men vi følger retningslinjene, for det er vi forpliktet til.

Den strukturerte helsesøsteren utviklet rutiner og prosedyrer i helsesøstertjenesten på bakgrunn av en prosess i tjenesten der faglige refleksjoner, kurs og fagdager dannet grunnlaget for en felles faglig plattform. Samarbeid med andre faggrupper ble etablert for å skape et helhetlig tilbud for forebygging utredning og oppfølging av barn med overvekt. En forankring av retningslinjene på flere nivå i organisasjonen hjalp

den strukturerte helsesøsteren i dette arbeidet. Den strukturerte helsesøsteren hadde en viss innflytelse på tjenesten slik at det var handlingsrom, enten i kraft av en stilling eller en funksjon, som ga henne muligheter til å utvikle strukturer i henhold til retningslinjene.

Den pragmatiske helsesøsteren

Den pragmatiske helsesøsteren gjorde seg kjent med retningslinjene og så nytten av dem i praksis. Hun så implementeringen av retningslinjene som en modningsprosess. Evnen til å se muligheter i systemer og personer gjorde den pragmatiske helsesøsteren handlekraftig. Hun var opptatt av at brukerne av helsesøstertjenesten skulle ha et godt tilbud som de kunne anerkjenne:

For det første det å gjøre det respektfullt, for mange foreldre føler seg som dårlige foreldre når de ser at vekstkurven har gått gale veien, så man har jo heldigvis med de fleste foreldrene fått til et fint samarbeid og en god atmosfære, for å si det sånn. Men vi har jo tenkt og drøftet mye oss imellom hvilke metoder vi skal bruke for å motivere foreldrene og for å forklare. Jeg synes den er så god, den veilederen her, for det står de spørsmålene som du kan stille til foreldrene, og spørsmål du kan stille til barnet eller ungdommen.

Den pragmatiske helsesøsteren var trygg på egen kompetanse og støttet seg på erfaring og faglige refleksjoner i implementeringen av retningslinjene i tjenesten. Hun tilpasset implementeringen det systemet som fantes fra før, og gjorde det beste ut av det:

Vi vil heller jobbe samfunnsrettet, da, og grupperettet mot dem, og heller ta de individuelle som er over 27. Da kan vi kanskje klare å nå noe av det forskriften tilsier. Vi måtte rett og slett finne ut hva vår tålegrense er – hva vi klarer å få gjennomført.

Hun hadde engasjement og pågangsmot, og lette etter

muligheter der det ikke lå formelt til rette for det. Hun så imidlertid på forankring av retningslinjene i hele organisasjonen som en fordel, og påvirket personer med makt når muligheten bød seg.

Den kritiske helsesøster

Den kritiske helsesøster kjente godt innholdet i retningslinjene og så verdien av dem både for brukerne av helsesøstertjenesten og for tjenesten. Implementeringen var for den kritiske helsesøster forutsatt samarbeid med andre faggrupper som tok sin del av ansvaret for kartlegging og oppfølging. Fastlege, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, helsestasjonslege var nevnt som noen av de viktige samarbeidspartnerne som måtte på plass:

Vi startet med – det var litt ny giv og dette er kjempebra, men så innså vi at det ikke er bare å hoppe, man skal faktisk tenke seg litt om. Og så må vi kanskje skyve en del over på fastlegene som vi synes det ikke er rett at helsesøster skal ha så stort ansvar for, det her som de også anbefaler. Vi tenker at det må kanskje mer ressurser til, det må enda mer samarbeid til, og enn så lenge så må kanskje fastlegen ta et større ansvar.

Denne helsesøsteren opplevde allerede før det ble snakk om å implementere retningslinjene at tje-



FELLES PLATTFORM:

Samarbeid med andre faggrupper ble etablert for å skape et helhetlig tilbud for forebygging og utredning og oppfølging av barn med overvekt. Foto: Mostphotos



nesten sto overfor umulige prioriteringer. Hun ønsket å implementere, var klar for det, men ikke alene. Forankring på alle nivåer i egen organisasjon måtte på plass, slik at en tilstrekkelig rekke faktorer bidro til å gi henne det handlingsrommet hun trengte for å implementere på en faglig forsvarlig måte. For den kritiske helsesøster var også ansvarliggjøring av familiene en forutsetning for å implementere. Tilbud om oppfølging fra helsesøstertjenesten i henhold til retningslinjene hadde ingen verdi om ikke foreldrene selv opplevde behov for endring.

Den resignerte helsesøster

Den resignerte helsesøster kjente også godt til retningslinjene og uttrykte at de dekker et område av praksis som var viktig å forbedre. Imidlertid jobbet hun mye alene, og retningslinjene kunne virke arbeidskrevende i sin form. Den resignerte helsesøster ønsket at det fulgte mer hjelpemateriell med retningslinjene:

Og jeg synes det er veldig synd, når Helsedirektoratet kommer med en slik retningslinje som de gjør, at ikke det følger en ferdig pakke med. Utprøvd, kvalitetssikret, med kursopplæring osv. Det ville gjort prosessen mye lettere for Kommune-Norge, tror jeg.

Den resignerte helsesøster sto overfor utfordringer som handlet om infrastruktur, spredte tjenester og spredt befolkning, hver for seg enkeltfaktorer som opplevdes utenfor hennes kontroll og påvirkningsevne. De tilbakemeldte på felles arenaer for faglige refleksjoner og samarbeid med andre faggrupper var sjeldne, og utskiftninger av nøkkelpersonell og vakanser gjorde systemene sårbare.

Den resignerte helsesøster hadde mange og varierte oppgaver knyttet til sin stilling eller funksjon, slik at det ble vanskelig å prioritere. Implementeringen fremsto som en ensom kamp. Hun hadde god oversikt over barnebefolkningen og samarbeidet godt på individuelt nivå, men på gruppenivå ble det vanskelig fordi en del av de barrierene som preget helsesøstertjenesten også gjaldt for befolkningen. Det kunne være vanskelig å samle overvektige barn i en gruppe på grunn av lange avstander, eller på grunn av foreldres bekymring for stigmatisering i små transparente miljøer.

Diskusjon

Denne studien har tilført ny kunnskap om helsesøsters erfaringer fra implementeringen av en ny nasjonal faglig retningslinje. Vi identifiserte fire hovedkategorier som beskriver fire ulike strategier for implementering. Det fremkom også at følgende faktorer hadde stor innfly-

telse på hvilken strategi som skulle bli dominerende: kompetanse, retningslinjenes mottakelse hos brukerne, enighet/felles forståelse i faggruppen, tverrfaglig samarbeid, ressurser og forankring i organisasjonen. Disse stemmer med hva Grol og Wensing (12) i 2004 fant å være de mest sentrale faktorer individer og organisasjoner står overfor når man ønsker å endre praksis etter å ha fått ny kunnskap.

Kompetanse

Den strukturerte helsesøsteren la til rette for at alle skulle ha tilstrekkelig kompetanse. Vi fant at hun ofte jobbet i organisasjoner hvor systemet understøttet hennes arbeid med implementering, noe som stemmer med kunnskapen om at en stor, differensiert og spesialisert organisasjon med fokus på profesjonell kunnskap har større sannsynlighet for å lykkes med å implementere innovasjoner (21).

Den pragmatiske helsesøsteren betraktet retningslinjene som en nyttig kilde til kunnskap, og baserte implementeringen på den kompetansen som allerede fantes i faggruppen.

Forskning viser at evnen til å integrere ny kunnskap i det man vet fra før fremmer implementering, og at intervensjoner som er lett å forstå og tilpasse praksis, også lettere lar seg implementere (21).

Den kritiske helsesøsteren etterlyste flere konkrete verktøy. Kritisk tenkning er en del av kunnskapsbasert sykepleie ved at man vurderer sannsynligheten for at endret praksis faktisk medfører forbedret praksis, noe som er en viktig forutsetning for implementering (7).

Den resignerte helsesøsteren var ikke så godt kjent med innholdet i retningslinjene og jobbet med overvekt hos barn på samme måte som før. Uavhengig av tilnærming fremkommer det at kompetanse er en viktig tilretteleggende faktor for implementering av retningslinjene.

Mottakelse hos brukerne

Den strukturerte helsesøsteren så på implementering av retningslinjen som en kvalitetssikring på grunn av at det medførte økt kunnskapsnivå både hos fagfolk og i familiene, økt tverrfaglig samarbeid og bedre struktur på oppfølgingen av familiene. Opplevelsen av at retningslinjene medfører kvalitetsforbedring og er et nyttig verktøy i praksis, øker sannsynligheten for at de blir implementert (22).

Den pragmatiske helsesøsteren tilpasset implementeringen slik at man på best mulig måte møter familienes behov.

Den kritiske helsesøsteren forventet at famili-

ene selv skulle være i stand til å se behovet for endring. Det at de ikke hadde motivasjon var en barriere for helsesøster mot å implementere retningslinjen.

Den resignerte helsesøsteren opplevde motstand i familiene som en barriere for implementeringen. De beskrev også familier som «usynlige» fordi de ikke selv så behovet for endring, og derfor heller ikke krevde noe fra helsesøster. Pasientenes (eller brukernes) preferanser er en del av vurderingen i kunnskapsbasert arbeid, og dersom de er positive, fremmer det implementeringen (23).

Opplevelsen av motstand i familiene påvirket motivasjonen for å implementere retningslinjene hos den kritiske og den resignerte helsesøsteren i så stor grad at det ble en barriere. Det kan virke som om den strukturerte helsesøsteren vurderte økt struktur på tilbudet til familiene som støttende nok til at det fremmet implementeringen. Hun var derfor ikke så avhengig av mottakelsen hos brukerne.

Den pragmatiske helsesøsteren la vekt på å finne en tilnærming til familiene som reduserte motstanden i tilstrekkelig grad til at de fikk opprettet et samarbeid med dem.

Enighet i helsesøstergruppa

Den strukturerte helsesøsteren la vekt på å identifisere motstand i helsesøstergruppa slik at det var mulig å møte behovene for kunnskap og støtte tilstrekkelig til likevel å forholde seg lojalt til retningslinjene.

Den pragmatiske helsesøsteren la mer vekt på å oppnå enighet i helsesøstergruppa. Hun utnyttet engasjement hos enkeltpersoner for å få med seg de andre. Opinionsledere kan i kraft av sin rolle bidra til endringsvilje hos andre (21). Forskning viser også at implementeringsstrategier som fremmer personlig eierskap har større sannsynlighet for å lykkes (24).

De kritiske helsesøstrene opplevde at barrierene veide tyngre enn troen på en positiv endring, og implementerte derfor ikke. Det ser ut til at kunnskap lettere absorberes dersom det er identifisert et behov i praksis, altså en «bottom-up»-tilnærming (22).

For den resignerte helsesøsteren var mangelen på møtepunkter en barriere mot implementering av retningslinjen ved at det medførte utfordringer blant annet knyttet til faglige refleksjoner i gruppa. Faglige refleksjoner er en forutsetning for å kunne oppnå enighet om noe, og mangel på intern konsensus er en barriere for implementering av nye retningslinjer (5). De erfaringene som kommer til uttrykk i denne studien, viser at det er flere forhold som påvirker i hvilken grad man

oppnår enighet. Det vil trolig fremme implementeringen av retningslinjene om disse blir identifisert i forkant.

Tverrfaglig samarbeid

Den strukturerte helsesøsteren jobbet primært i store organisasjoner med tilgang til andre faggrupper og

«Den pragmatiske helsesøsteren la mer vekt på å oppnå enighet i helsesøstergruppa.»

ulik type ekspertise. Det tverrfaglige samarbeidet var strukturert og integrert i de daglige rutineene, noe som øker sjansen for suksess med implementeringen (21).

Den pragmatiske helsesøsteren jobbet i organisasjoner som støttet tverrfaglig samarbeid, fleksibilitet og kreativitet. Holdninger til og intensjon om samarbeid bidrar til å fremme implementeringen av ny kunnskap i sykepleien (21).

Den kritiske helsesøsteren erfarte at de andre faggruppene ikke kjente til retningslinjene, en av grunnene til at tverrfaglig samarbeid var vanskelig å etablere. Mangel på en tverrfaglig tiltaksrekke var også en barriere for disse helsesøstrene.

Den resignerte helsesøsteren var omgitt av barrierer. Infrastruktur og organiseringen av helsetjenestene opplevdes ikke kompatible med tverrfaglig samarbeid. Retningslinjen er kompleks – og det er da anbefalt at implementeringen følger en plan eller modell (25), og det fantes ikke en slik plan. Når tverrfaglige retningslinjer skal implementeres i en organisasjon ser det ut til å være av stor betydning for å lykkes å etablere strukturer som legger til rette for tverrfaglig arbeid.

Ressurser

Det fulgte ikke ekstra ressurser med de nye retningslinjene. Men de strukturene som allerede var etablert i organisasjonene hvor de strukturerte helsesøstrene arbeidet, bidro til å fremme tverrfaglig samarbeid. Slik ble det mindre arbeidskrevende å planlegge og gjennomføre implementeringen. Penger og personell er ikke nok, men andre faktorer som f.eks en sterk organisasjon kan kompensere for mangel på andre ressurser (26).

Den pragmatiske helsesøsteren var støttet av en kultur som fremmet samarbeid og kreativitet, noe som gjorde det mulig å prioritere implementeringen. Hun utnyttet fleksibiliteten i retningslinjene til å skreddersy





implementeringen til de tilgjengelige ressursene i organisasjonen. Det er kjent at det er lettere å implementere noe nytt når innovasjonen er av en slik karakter at den kan tilpasses lokale forhold. Ifølge Grol og Wensing (27) er nettopp implementeringsfasen den beste tiden for å tilpasse nye retningslinjer til organisasjonen.

Knapphet på ressurser utgjorde en stor barriere for den kritiske helsesøsteren. Hun arbeidet i kommuner som ikke prioriterte helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsesøstrene opplevde tvert imot å bli motarbeidet. Denne helsesøsteren etterlyste evaluering. Ressursknapphet kan skyldes faktorer som har med organisasjonen eller med selve innovasjonen å gjøre, og det er grunn til å anta at dersom en av disse barrierene fjernes, så vil de andre faktorene også kunne påvirkes positivt av det (13).

Den resignerte helsesøsteren opplevde knapphet på tid som en vesentlig barriere. Hun brukte mye tid på transport, eller på å utføre arbeidsoppgaver på vegne av andre, og etterlyste at retningslinjene var mer ferdig til bruk. Det kan se ut som om noen organisasjoner res-

sursmessig vil profitere på at retningslinjene fremstår som fleksible når de skal implementeres i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Andre typer organisasjoner har behov for mest mulig konkrete retningslinjer for å klare å mobilisere tilstrekkelig med ressurser til å implementere dem.

Forankring i organisasjonen

Den strukturerte helsesøsteren jobbet i organisasjoner som hadde forankret retningslinjene på alle nivåer. Det forebyggende arbeidet var satt i system, implementeringen baserte seg på kunnskap om overvekt i barnebefolkningen, og helsesøster hadde mulighet til å påvirke personer med beslutningsmyndighet. Det er tidligere funnet at store organisasjoner som legger til rette for at fagpersoner er involvert i administrasjon og tverrfaglig arbeid har bedre forutsetning for å lykkes med implementeringen (21).

Den pragmatiske helsesøsteren var i utgangspunktet ikke støttet av strukturer i organisasjonen. Tydelig ledelse, en positiv holdning til retningslinjene og evne til å dra vekslers på de ressurser som fantes gjorde at hun likevel fikk nok støtte i organisasjonen. Forskning viser at få konkrete barrierer mot retningslinjer internt i en organisasjon vil bidra til at implementeringen går lettere (21). Støtte i ledelsen fremmer implementeringen (22).

Den kritiske helsesøsteren jobbet ikke i en organisasjon hvor retningslinjene var forankret. Hennes nærmeste leder støttet ikke implementeringen og bidro heller ikke til å få retningslinjene forankret.

Den resignerte helsesøsteren vurderte forankring i organisasjonen som en nøkkelfaktor som manglet. I tillegg gjorde hyppig utskiftning av personell og utfordrende infrastruktur det umulig å gjennomføre implementeringen.

Utfordringer knyttet til administrativ infrastruktur er funnet å være en barriere for implementering i små samfunn (28). Det kan se ut som en implementeringsstrategi som tar høyde for ulik demografi og ulik evne til å organisere og dermed også forankre nye, tverrfaglige retningslinjer, ville ha økt sannsynligheten for å lykkes med implementeringen.



Konklusjon/implikasjoner

Denne studien beskriver hvilke erfaringer helsesøstre i Norge har med implementeringen av nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge.

De som jobber i store organisasjoner har støtte i flere kontekstuelle faktorer som fremmer implementeringen, men lederskap, driv og erfaring kompenserer i mindre kommuner. Hvis barrierene veier tyngre enn de positive virkningene, vil det være til hinder for implementeringen.

De nasjonale retningslinjene er viktig i kvalitetssikringen av arbeid med å forebygge, utrede og behandle overvekt hos barn og unge i Norge, men variasjon i kontekst er utfordrende. Funnene våre indikerer at man bør ta høyde for variasjon i kapasitet til å implementere når man utvikler nye faglige retningslinjer. Det vil trolig øke sannsynligheten for suksess når man introduserer disse i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. ■

Referanse til den originale forskningsartikkelen

Nordstrand, A., Fridlund, B. Sollesnes, R. (2016). How public health nurses experience the implementation of national guidelines towards overweight and obesity in children, a phenomenographic inquiry. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11: 31934 – <http://dx.doi.org/10.3402/ghw.v11.31934>

Referanser

- de Onis M, Blossner M, Borghi E. Global Prevalence and Trends of Overweight and Obesity among Preschool Children. *The American journal of clinical nutrition*. 2010 Nov;92(5):1257-64. PubMed PMID: 20861173.
- Juliusson PB, Eide GE, Roelants M, Waaler PE, Hauspie R, Bjerknes R. Overweight and Obesity in Norwegian Children: Prevalence and Socio-Demographic Risk Factors. *Acta paediatrica*. 2010 Jun;99(6):900-5. PubMed PMID: 20175763.
- Reilly JJ, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International journal of obesity*. 2011 Jul;35(7):891-8. PubMed PMID: 20975725.
- HelseDirektoratet. Nasjonale Faglige Retningslinjer for Primærhelsetjenesten. Forebygging og Behandling av Overvekt og Fedme hos Barn og Unge (Prevention, Diagnosis and Treatment of Overweight and Obesity in Children and Adolescents. National Guidelines) [Internet]. Oslo: 2010 IS1734.
- Helse og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen - God Helse - Felles Ansvar in: omsorgsdepartementet Ho, editor. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2013.
- Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinhar LM. *Jobb Kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe; 2012.
- Athwal L, Marchuk B, Laforet-Fliesser Y, Castanza J, Davis L, LaSalle M. Adaptation of a Best Practice Guideline to Strengthen Client-Centered Care in Public Health. *Public health nursing*. 2014 Mar-Apr;31(2):134-43. PubMed PMID: 24588132.
- Helse- og omsorgsdepartementet. God Kvalitet - Trygge Tjenester. Kvalitet og Pasientsikkerhet i Helse- og Omsorgstjenesten. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012-2013.
- Straus S, Haynes RB. Managing Evidence-Based knowledge: the Need for Reliable, Relevant and Readable Resources. *CMAJ Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2009 Apr 28;180(9):942-5. PubMed PMID: 19398741, PubMed Central PMCID: 2670907.
- Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, editors. *Improving Patient Care the Implementation of Change in Health Care*. West Sussex: Wiley-Blackwell/BMJ Books; 2013.
- Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2006 Winter;26(1):13-24. PubMed PMID: 16557505.
- Grol R, Wensing M. What Drives Change? Barriers to and Incentives for Achieving Evidence-Based Practice. *MJA*. 2004;180:57-60.
- Wandersman A, Duffy J, Flaspohler P, Noonan R, Lubell K, Stillman L, et al. Bridging the Gap Between Prevention Research and Practice: The Interactive Systems Framework for Dissemination and Implementation. *Am J Community Psychol*. 2008;43:171-81.
- Leeman J, Teal R, Jernigan J, Reed JH, Farris R, Ammerman A. What Evidence and Support do State-Level Public Health Practitioners Need to Address Obesity Prevention. *Am J Health Promot*. 2013;28(2).
- Austvoll-Dahlgren A, Helseth S. Public Health Nurses' Barriers and Facilitators to the Use of Research in Consultations About Childhood Vaccinations. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2012 Jun;26(2):271-8. PubMed PMID: 22171572.
- Suzuki KS, Paavilainen E, Helminen M, Flink C, Hiroyama N, Hirose T, et al. Identifying and Intervening in Child Maltreatment and Implementing Related National Guidelines by Public Health Nurses in Finland and Japan. *Nursing Research and Practice*. 2017;2017(Article ID 5936781):7.
- Marton F. Phenomenography - Describing Conceptions of the World Around Us. *Instructional science*. 1981;10:177-200.
- Sjöström B, Dahlgren LO. Applying Phenomenography in Nursing Research. *J Adv Nurs*. 2002;40:339-45.
- Larsson J, Holmström I. Phenomenographic or Phenomenological Analysis: Does it Matter? Examples from a Study on Anaesthesiologists' Work. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2007;2:55-64.
- Lasson S. Kvalitativ Analysemetode Fenomenografi 1986. Available from: <https://itportalen.hib.no/smash/get/diva2:253401/DanInfo=http://www.diva-portal.org+FULLTEXT01.pdf>.
- Greenhalgh T, Robert G, MacFarlane F, Bate P, Kyriakidou P. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*. 2004;82(4):581-629.
- Bahtsevani C, Willman A, Stoltz P, Ostman M. Experiences of the Implementation of Clinical Practice Guidelines--Interviews With Nurse Managers and Nurses in Hospital Care. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2010 Sep;24(3):514-22. PubMed PMID: 20070594.
- Jo R-M, Gill H, Kate S, Alison K, Brendan M, Angie T. An Exploration of the Factors that Influence the Implementation of Evidence Into Practice. *Journal of clinical nursing*. 2004;13:913-24.
- Monsen KA, Attleson IS, Erickson KJ, Neely C, Oftedahl G, Thorson DR. Translation of obesity practice guidelines: interprofessional perspectives regarding the impact of public health nurse system-level intervention. *Public health nursing*. 2015 Jan;32(1):34-42. PubMed PMID: 25040771. PubMed Central PMCID: 4323266.
- Kajermo KN, Bostrom A-M, Thompson DS, Hutchinson AM, Estabrooks CA, Wallin L. The BARRIERS Scale -- the Barriers to Research Utilization Scale: A Systematic Review. *Implementation Science*. 2010;5:32. PubMed PMID: 20420696. PubMed Central PMCID: 2883534.
- Severens JL, Hoomans T, Adang E, Wensing M. Economic Evaluation of Implementation Strategies. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, editors. *Improving Patient Care the implementation of change in health care*. 2 ed. West-Sussex: Wiley Blackwell/BMJ Books; 2013. p. 350-64.
- Grol R, Wensing M. Implementation of Change in Healthcare: a Complex Problem. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, editors. *Improving Patient Care the implementation of change in health care*. West Sussex: Wiley Blackwell/BMJ Books; 2013. p. 4-15.
- Demby H, Gregory A, Broussard M, Dickherber J, Atkins S, Jenner LW. Implementation Lessons: The Importance of Assessing Organizational "Fit" and External Factors When Implementing Evidence-Based Teen Pregnancy Prevention Programs. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2014 Mar;54:37-44. PubMed PMID: 24560075.



Det er ikke alltid like fantastisk

Hver syvende kvinne som får et barn i Norge opplever depressive symptomer etter fødsel. Å ikke være lykkelig når man har fått et friskt barn er fortsatt tabu.



Av Kari Glavin, helsesøster og ph.d.,
Høgskolen Diakonova

Prioriteringsrådet sa i 2013 nei til innføring av en modell i kommunen med rutinemessig kartlegging og oppfølging som både er forebyggende og som hjelper kvinner som får en depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel. Helsedirektør Bjørn Gulvåg begrunnet det med at han ikke ønsker å sykeliggjøre friske kvinner!

Å bli mamma er forventet å være en lykkelig begivenhet i livet, men slik er det dessverre ikke for alle. For noen kvinner blir denne tiden noe helt annet enn det de hadde sett for seg og det kan være vanskelig å forstå hva som skjer. Det er mange kvinner som opplever tilpasningsvansker i forbindelse med fødsel og barseltid, og så mange som mellom 6 000 og 9 000 norske kvinner opplever å få symptomer på depresjon og angst i forbindelse med fødsel og barseltiden. For mange starter det allerede i graviditeten. Å ikke være lykkelig når man har fått et friskt barn er ikke lett å snakke om til noen. Spesielt ikke når man selv ikke forstår hva som skjer. Marita satte ord på hvordan dette kunne oppleves i Aftenposten 11. februar og i Dagsnytt atten den 9. mars i år.

Tøff overgang

Å bli mor er en stor overgang i livet.

Dette er opplagt, men omgivelsene er ofte ikke bevisste nok på det. Både fagfolk, familien og ikke minst de nye foreldrene trenger å være bevisst på at det å bli mor og far snur livet på hodet og forandrer nesten alle aspekter ved livet. Det gjelder både på arbeid, hjem-


«Det er viktig å være oppmerksom på at barseldepresjon har mange mulige årsaker.»

mesituasjonen, og kvinnens sosiale liv. Muligheten til å gjøre noe så enkelt som å ta en dusj når man ønsker det, er ikke lenger en selvfølge. Det er ikke nødvendigvis noe negativt, men en må akseptere at overgangen til morsrollen kan være tøff og skape stress og frustrasjon. Dagens kvinner er selvstendige, effektive, de fleste er i jobb og har et stort vennenettverk. Forventningen til den moderne kvinne er stor. Kvinnens inntog i arbeidslivet på 60- og 70-tal-

let førte til at hun skulle balansere yrkeskarriere med pleie av familie og hjem. I den senere tid har også profilering av det perfekte liv i sosiale medier blitt viktig. Dette kan føre til en stor belastning i en stor overgangsperiode. De fleste kvinner opplever at det blir for mye for dem de første ukene etter at barnet født.

Hvordan skal vi forstå?

Depressive symptomer kan være innenfor en normalvariant. Vi trenger også å akseptere at når man er utsatt for en stressfull livshendelse, som det å føde et barn faktisk er, er det noen som reagere med depressive symptomer uten at det er en klinisk depresjon. Dette er en tilnærming som bidrar til å normalisere depressive symptomer, uten å si at det er uten konsekvenser. Å akseptere at det å ha depressive symptomer kan være en del av livet, kan gjøre det lettere å snakke om det. Hvis vi derimot behandler depressive symptomer som noe unormalt, vil det være ukomfortabelt og det er lett å føle seg skamfull. Hvis dette blir mer snakket om blant folk flest, ville det også bli enklere for de familiene som rammes.



TILPASNINGSVANSKER: Så mange som mellom 6 000 og 9 000 norske kvinner opplever å få symptomer på depresjon og angst i forbindelse med fødsel og barseltid. Foto: Mostphotos

Årsakene til barseldepresjon varierer fra kvinne til kvinne. Det er viktig å være oppmerksom på at barseldepresjon har mange mulige årsaker. Det er ikke en forklaring som passer for alle kvinner. De underliggende faktorene varierer fra kvinne til kvinne. Forståelse for dette bidrar til en mer målrettet intervensjon som passer for den enkelte kvinne.

Barseldepresjon kan oppstå når som helst det første året etter fødselen. Barseltiden blir ofte tenkt på som de første seks ukene etter fødsel, men barseltiden inkluderer hele det første året. Forskning har vist at nye tilfeller av barseldepresjon kan oppstå når som helst første året etter fødselen. Det er nødvendig kunnskap både for fagfolk og nye foreldre og deres omgivelser.

Ikke tilgjengelig for alle

Omtrent 200 norske kommuner bruker en modell som består av; 1) Opplæring til helsepersonell, 2) informasjon til foreldre i svangerskap og barseltid, 3) mor fyller ut et enkelt spørreskjema på helsestasjonen når hun er på konsultasjon med barnet og 4) helsesøster har en samtale med mor etter utfyllingen. Kvinner som trenger oppfølging får

det av helsesøster eller de blir henvist til rett instans for å få hjelp. Denne modellen har vist svært gode resultater i studier både internasjonalt og i Norge.

Hvorfor mener så Prioriteringsrådet og helsedirektør Bjørn Gulvåg at denne

«Vårt naboland Sverige har tatt det på alvor!»

modellen kan sykeligjøre friske kvinner når det viser seg at dette faktisk kan forebygges tilfeller av depresjon og være til hjelp for mange kvinner? Jo, de mener at spørreskjemaet er for upresist og at noen kvinner feilaktig kan bli tatt for å være deprimeret uten å være det. Dette har imidlertid ingen betydning da dette vil avdekkes umiddelbart i samtalen med helsesøster! Så man kan spørre seg hvilken kvinne som ble sykeligjort av å bli spurt om hvordan hun har det?

Nasjonalt screeningtiltak

I Dagsnytt atten den 9. mars 2017 sto

helsedirektør Bjørn Gulvåg fast ved beslutningen som Prioriteringsrådet tok i 2013. Han viste også at han ikke er orientert om hvordan våre naboland forholder seg til denne problemstillingen. «Det er ikke noe land som vi kjenner til som har anbefalt dette som et nasjonalt screeningtiltak. Ikke England, ikke Sverige (...), uttalte Gulvåg.

I Sverige har screening av kvinner for identifisering av depressive symptomer i barseltiden for øvrig vært anbefalt i flere år. I den svenske Rikshandboken, Barnhälsovård står det blant annet om temaet: Depression hos nyblivna mammor och screening med EPDS: «Alla mödrar ska då barnet är 6-8 veckor erbjudas screening med EPDS. Screeningen ska kompletteras med ett samtal utifrån svaren på EPDS och hur kvinnan i övrigt mår och har det. Bedömning av behov för vidare innsats.»

Så til helsedirektør Bjørn Gulvåg: Å innføre denne modellen vil ikke sykeligjøre friske kvinner. Den vil hjelpe både kvinner, barn og familier i en strevsom tid! Det er både forebyggende og samfunnsøkonomisk på sikt! Og vårt naboland Sverige har tatt det på alvor! ■



Folkeopplysning gjennom spalte i avisa

Guri Midtgard hadde i flere år en spalte i avisa iTromsø som het «Helsestasjonen». Mange helsesøstre er blitt inspirert til å ha tilsvarende spalte i sine lokalaviser. To av er dem er Ida Gransmo Uldal og Ann Heidi Skjørseter.

Tekst **Kristin Waldum-Grevbo**, leder Landsgruppen av helsesøstre og **Ann Heidi Skjørseter**, helsesøster og spaltist

I avisa iTromsø skrev helsesøster Guri Midtgard om ulike tema som vi helsesøstre er opptatt av, og som foreldre gjerne spør om på helsestasjonen. Hun ga veiledning, råd og henviste til litteratur og nettsteder for utfyllende informasjon. Et godt stykke folkeopplysning. En biefekt var at spalten ga mer kunnskap om helsesøsters rolle blant lokale politikere og beslutningstakere. Guri Midtgard mottok Landsgruppen av helsesøstres NSF sin utmerkelse «Den gygne penn» i 2011. I 2013 ble mange av temaene fra spalten samlet i en bok som heter «Å leve med barn – Temaer fra helsestasjonen».

Mange helsesøstre rundt omkring i kommuner og bydeler er blitt inspirert til å ha tilsvarende spalte i sine lokalaviser. To av er dem er Ida Gransmo Uldal som har sin egen spalte i Namdalsavisa hver 3. uke og Ann Heidi Skjørseter skriver i Avis Nordland hver 3.–4. uke.

Ida tok kontakt med avisa

Vi har spurt Ida Gransmo Uldal hvordan hun fikk ideen, hvordan hun gikk fram, og hvilke erfaringer hun har gjort seg?

– Det hele begynte med at jeg var på forelesning med deg (red. Kristin Waldum-Grevbo) da jeg gikk på helsesøsterstudiet. Jeg hadde da jobbet i to år som sykepleier i helsesøsterstilling og endelig begynt på videreutdanningen. Jeg har likt å skrive helt siden jeg var barn, og søkte i

idealistiske ungdomsår på litteraturformidlingsstudie, uten å komme inn. Så da du snakket om å være samfunnsaktør i lokalavisa tenkte jeg at dette er midt i blinken for meg. Tenk å kunne kombinere de to morsomste jobbene i verden, sier Ida Gransmo Uldal.

Hun tenkte på dette cirka ett år før hun tok mot til seg og sendte følgende mail til redaktøren for Namdalsavisa:

«Jeg er deltids helsesøsterstudent og jobber som helsesøster i skolehelsetjenesten i Namsos og på helsestasjonen i Grong. Jeg er ferdig utdannet helsesøster til våren og begynner da

gjennomsnittlig opptatt av helsefremming og forebygging. Et viktig virkemiddel i dette arbeidet er informasjon. Tradisjonelt sett gis det ut mye informasjon til foreldre, barn og ungdom under konsultasjoner på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten, gjerne i form av brosjyrer, veiledning og undervisning. Temaene dreier seg om blant annet utvikling, vekst og trivsel, psykisk helse hos barn og foreldre, sykdommer, vaksiner, pubertet, seksuellhelse, prevensjon, selvbylde, kosthold og aktivitet, grensesetting, osv. Kort sagt alt som foreldre, barn og unge skal igjennom eller kan komme borti.

«Alle bør ta lærdom av hvordan Ida kommuniserer med ungdommer.»

Lars Mørkved, nyhetsredaktør i Namdalsavisa

på en mastergrad i helsesøsterfag.

En helsesøster er en person som har videreutdanning i arbeid med barn og unge (0–20) og deres familier. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten skal bidra til gode og trygge foreldreskap og trygge barn og unge.

Helsesøstre er jo som kjent mer enn



FIKK PRIS: Guri Midtgard mottok Landsgruppen av helsesøstres NSF sin utmerkelse «Den gygne penn» i 2011.



SPALTIST:
Helsesøster Ida
Gansmo Uldal
har fast spalte i
Namdalsavisa.

En sentral oppgave i tjenesten er å ha oversikt over og jobbe for folkehelsen på lokalsamfunnsnivå. Helsesøstre skal være en talsperson for barn og unge.

En fabelaktig mulighet til å oppfylle denne rollen og nå ut med informasjon i et lokalsamfunn er å alliere seg med lokalavisa.

Så da lurer jeg egentlig bare på om dette er noe som høres aktuelt ut for NA?»

Hun fikk positivt svar fra redaktøren.

– Dette syntes de at hørtes bra ut og jeg ble oppringt med tilbud om fast spalte som jeg deler med en veterinær og en banksjef. Så det betyr at jeg har et innlegg tredjehver fredag, sier Uldal.

å skrive som udeelt positivt og ikke minst lærerikt. Jeg blir jo automatisk oppdatert på ulike tema. Jeg får gode tilbakemeldinger fra noen av dem som leser spalten som synes det er bra at jeg skriver, sier Uldal.

– Min bestemor på 92 år leser også spalten og synes den er bra, selv om hun mente at jeg var litt vel frisk når jeg får fått ord som onani, squirting og multiorgasme på trykk. Men etter å ha poengtert dette syntes hun det var bra at man kan snakke åpent og opplysende om dette i dag, for det ville ha vært utenkelig da hun var ung, avslutter Ida Gransmo Uldal.

Ville ha Ida med på laget

Vi kontaktet nyhetsredaktør Lars Mørkved i Namdalsavisa for å høre hans erfaring med spalten.

– Hvorfor valgte dere å slippe en helsesøster til med egen spalte i avisa?

– Vi oppdaget Ida gjennom Snapchat. Hun kommuniserte med ungdommen om eksempelvis sex på en tøff, direkte, morsom og informativ måte. Henne ville vi ha på laget. I Namdalsavisa er vi optatt av å være nær leseren – og

«Jeg opplever det å skrive som udeelt positivt og ikke minst lærerikt.»

Ida Gansmo Uldal, helsesøster og spaltist i Namdalsavisa

– Så langt har jeg skrevet om temaer som: Søvn, mobbing, hva helsesøster gjør på skolene, overgrep, russetid, grensesetting, kriser, selvbylde, søskensjalousi, forventninger til livet etter en fødsel, myten om jomfruhinna, problematisk porno, skilsmisse og alkovett. Jeg opplever det



TAR OPP MANGE TEMA: Ett av temaene helsesøster Ida Gansmo Uldal skriver om er sex. Faksimile fra Namdalsavisa.



spennvidden på dem er stor. I tillegg til at vi skriver kommentarer selv har vi faste spaltister – seks stykker som er namdalinger som bor andre steder i landet og har en annen innfallsvinkel på mye. Det er populært – fem av dem ifra 24 år til opp i 30 årene, og en over 50 år. Vi ønsket enda mer: Hva opptar mange? Jo, helse, økonomi og kjæledyr. Vi har nå lokal

bankdirektør, veterinær og helsesøster. De står fritt i å skrive om hva de vil, sier Lars Mørkved

– Finner ikke folk dette selv på Google?
– Jo, det gjør de sikkert, men i stedet for tusen artikler, kan de nå forholde seg til en! Via deres egen lokalavis. De vet også ofte hva som rører seg i Namdalen. Ida vet vi treffer mange.

– Hvilke erfaringer har dere gjort dere nå som hun har holdt på en stund?

– Vi har gode erfaringer – de leverer punktlig, å kunne stole på at det kommer bidrag til avtalt tid er alfa og mega for at slike prosjekt skal lykkes. Ida tar opp tema som er aktuell for ungdommer og småbarnsforeldre. Vi vil at namdalinger skal

Ann Heidi Skjørseter er spaltist i Avis Nordland

Ann Heidi Skjørseter ble utdannet i Bergen i 2002, og har siden da jobbet som helsesøster både i Lindås og Radøy kommune ved Bergen, og i Bodø de siste ti årene. Hun er helsesøster på helsestasjon og skole hele tiden, og i en 5-årsperiode Helsestasjon for Ungdom (HfU) i tillegg. Her forteller hun om hvordan hun ble spaltist i Avis Nordland:

Jeg har hatt egen spalte i Avis Nordland, både i papir- og netttutgaven, siden januar 2013, og har levert inn artikler hver 3-4 uke. Artikkene i papiravisen ligger strategisk plassert ved siden av quiz og kryssordsiden. Avisen har hele Nordland fylke som nedslagsfelt.

En av grunnene til dette er nok at jeg helt siden jeg har var nyutdannet har vært aktiv med å få ut skriftlig presentasjoner til foreldre og samarbeidspartnere om helsesøster og hennes virke. Jeg havnet raskt i et prosjekt (Springbrettet) på nettet hvor vi la ut artikler til foreldre. Etter at jeg flyttet til Bodø, så jeg at det var hensiktsmessig å legge ut diverse informasjon på skolens nettside. Da denne ligger offentlig, ble jeg ved flere anledninger kontaktet av journalister, både om PIS-grupper og om HfU. Når jeg da kom i kontakt med Avis Nordland sin redaktør, så var veien kort til egen spalte. Jeg ble presentert over en dobbelside i Avis Nordland sammen med min første artikkel som omhandlet mobilbruken til nybakte foreldre. Avtalen er at jeg velger tema selv, at jeg gjør dette på fritiden og at jeg holder meg innenfor frister



«Vi som helsesøstre må ut av kontoret, og vi må bli enda mer synlig.»

Ann Heidi Skjørseter, helsesøster og spaltist i Avis Nordland

ift. ord og levering. Illustrasjoner til selve teksten og hovedoverskriften er avisen sitt ansvar, men jeg kommer gjerne med tips hvordan jeg ønsker dette skal se ut.

Da redaktøren spurte under vårt første møte om hvilke tema jeg hadde tenkt å skrive om, så skjønte han raskt at dette ikke skulle bli noe problem. Vi som helsesøstre må ut av kontoret, og vi må bli enda mer synlig. Vi bør bruke internettet i større grad siden det er der foreldrene tilbringer mye av tiden.

Jeg har fått så mange tilbakemeldinger på hver av artiklene, og noen har blitt mer populære enn andre. Jeg blir stadig forundret over rekkevidden av artikler i pressen, og hvem som leser og deler og sprer videre. Dette har varmet, og oppildnet meg enda mer til å skrive og levere ut artikler.

Å se egne artikler være klippet ut eller printet ut og hengt opp i barnehager, gjør det bare enda sterkere, eller når artiklene står oppført som kilde i hovedoppgaver eller når foreldre og besteforeldre og

ulike samarbeidspartnere landet rundt kontakter meg direkte for å nevne noe.

Synes det er kjekt at artiklene nå lever sitt eget liv på nett, og at jeg finner dem igjen på ulike fagsider og på interesseforeninger (for eksempel artiklene om skoletrivsel, mobbing, skoleveging). Interessant også å lese kommentarer under artiklene, eller få tilbakemelding fra avisa på antall lesere eller likertrykk.

Avisspalten min blir også lest av kommunepolitikere, og på denne måten blir helsesøsters vide kunnskapsområde og arbeidsoppgaver kjent. Dette er en positiv ringvirkning som igjen kan gi oss økte ressurser.

Valg av tema

Jeg velger tema ut fra innfall, motivasjon eller det jeg ser opptar mange eller som jeg engasjerer meg i akkurat da. Jeg skriver ut fra kunnskap, interesse, motivasjon og erfaring, slik at jeg slipper å lese meg opp på ulike temaer. På denne måten blir artiklene enda mer lesevennlige, og det skal jo ikke være noen masteroppgave heller. Det hender likevel jeg bruker definisjoner eller linker, og da blir kilde opplyst om. I tillegg så trenger en ikke være spesielt datakyndig for å få til dette.

Jeg når flest ved at jeg bruker et folkelig språk og at artiklene er letteste. Jeg prøver å være tydelig og varm i artiklene, og ønsker å berøre følelser og engasjement.

Jeg velger også tema ut fra årstider som for eksempel tips før skolestart, obs rus



finne slikt stoff i sin lokalavis – og vi feier ingen ting under teppet. Her er ingenting flaut, ekkelt – og slikt skal ikke ei avis skrive om! Jo, det kan vi!

– Hvilke tilbakemeldinger får dere fra leserne?

– Det er positivt! Dessuten er vi stolt av å ha Ida med på NA-laget. Hennes spalte finner du nå i vårt store satsingsopplegg

«Helg» – eget bilag som kommer hver fredag, 32 sider – pluss ordinær avis. Vi har ennå ikke foretatt noen leserundersøkelser på denne spalten, men vi ser den blir lest godt på nett.

– Annet du vil kommentere?

– Alle bør ta lærdom av hvordan Ida kommuniserer med ungdommer. Hun møter dem der de er, på Snapchat blant

annet. Vi håper å videreutvikle samarbeidet med Ida – også på sosiale medier.

– Det er få som kjenner blant annet ungdommen, og hvor skoen trykker, og ung voksne (småbarneforeldre) bedre enn helsesøstre. Vi i media må spille på lag med dem – de kan bidra til at vi blir mer aktuell og relevant for denne gruppen, sier nyhetsredaktør Lars Mørkved.

før jul, solkrem og bilsikring før sommeren og nyttårstanker. Jeg veksler på å skrive om de minste og ungdommer, for å skape enda mer variasjon.

Jeg har også blitt nominert til «Gylden Penn» i 2015 og 2016 av helsesøstre i Nordland.

Avisa presenterer meg som at helsesøster skriver om barn og unge, familier og helse, og jeg eier selv mine egne artikler.

Avisa har vekslet på å legge artiklene ut for kun abonnenter på nettet eller åpent for alle. Alle artikler har blitt lagt ut i papiravisa.

Artiklene sender jeg ut til foreldre, barnehageansatte, lærere og andre samarbeidspartnere på etterspørsel. Jeg legger også ut artiklene på egen facebookside.

Når jeg ser hvor effektiv og nyttig denne måten er å få ut vårt budskap på,

så håper jeg enda flere helsesøstre får i stand avtaler med lokalavisen.

Mye å skrive om

Ann Heidi Skjørseter har skrevet om pubertet, forelderrollen, mobilbruk og bonusfamilier, for å nevne noen få av en lang rekke tema hun har tatt opp i spalten sin. Her er en tekst hun skrev om å ikke gi etter for press:

Et menneskelig press på foreldrene

Det er tydelige sammenhenger mellom alt stresset, skilsmisser og depresjoner.

Som helsesøster blir jeg daglig rørt og ydmyk over hvor åpen og ærlig foreldrene er, og hvordan de lar meg ta del i deres hverdagsliv og drømmer. Stort sett er møtene med foreldre og barn en sann fryd hvor min rolle bare blir å bekrefte det flotte barnet og alt det gode foreldrene gjør. Siden jeg jobber med forebygging, så må jeg også bry med om ting som kan påvirke livene for familiene, på godt og vondt.

I dag er begge foreldrene gjerne i full jobb eller holder på med studier, og travel med å følge opp barnas ulike behov, lekser og fritidsaktiviteter. Dugnader, sosiale sammenkomster med familie og venner, reiser, trening er alle lystbetonte aktiviteter hver for seg, men som også tar tid og krefter i familiens timeplan. For å henge med på ulike trender, så har foreldrene ofte ulike oppussingsprosjekter på gang. Og samtidig sier foreldrene at de knapt kan åpne et blad eller se på tv før de blir neddyngtet av enda mer de burde gjøre.

En del foreldre er derfor slitne og føler seg dratt i alle retninger på grunn av tidsklemma og forvent-

ningene om å prestere til enhver tid. Det er altså mangt foreldrene skal mestre, og det er summen av alle aktiviteter som gjør at det til tider blir litt mye.

Foreldre føler gjerne at de både skal være gode foreldre samtidig som de bør ha jobb-karriere og realisere seg selv på ulike måter. Og selv om de ikke ønsker det selv, så blir barna og huset deres et utstillingsvindu på grad av vellykkethet. Mange foreldre kjenner på at de bør være godt trent og nysminket til enhver tid. Karusellen går dermed bare fortere og fortere.

Som følge av hvordan vi lever i vårt samfunn, ser jeg flere og flere som strever med å takle alle kravene, og de kan plages med dårlig samvittighet. Jeg tror vi vil se en økning av psykiske plager blant foreldrene nettopp på grunn av dette hvis det ikke skjer en endring. Det er til tider menneskelige press på foreldrene i dag, og på en helt annen måte enn for 10–20 år siden. Hvis ikke foreldrene har det bra, så har som regel ikke ungene det bra heller.

For meg som jobber med folkehelse, ser jeg tydelige sammenhenger mellom alt stresset, skilsmisser og depresjoner. Og jeg blir trist når jeg har foreldre på kontoret som gråter fordi de er så slitne,

og også har tydd til vold mot barn og ektefelle selv om de vet hvor galt dette er.

Men selv om en del foreldre strever på ulike måter, så er det likevel mange som mestrer sine liv helt supert. Jeg tror grunnen er at disse sitter i «fører-setet» i sitt liv, og klarer å stå imot presset og sette grenser for seg selv og sine barn.

Mitt poeng er at vi må velge vår egen livsstil i større grad, og ikke la seg styre av andre mennesker, trender og forventninger. For lykke for noen foreldre er nødvendigvis ikke det samme som for noen andre. Dessuten har alt sin tid, og en trenger ikke realisere alle ønsker og drømmer samtidig. Tiden med ungene går så altfor fort. Jeg foreslår at de som ikke er helt fornøyd med retningen livet har tatt, prøver å hoppe av karusellen ved å endre litt kurs og si litt mere nei.

Ved å sette ned kravene, prioritere litt annerledes, finne igjen de nære ting og verdiene, så tenker jeg flere foreldrene vil få det lettere i hverdagen. Alle har forresten godt av å stoppe litt opp av og til, kjenne om de er i balanse, og lære seg å lukke øynene for alle påvirkninger. ■

Ann Heidi Skjørseter

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

...MEN VI VET HVA DE BØR SPISE I DAG!



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

Styrke starter et sted.

NYHET - GLUTENFRI!



En glutenfri og lettere postei



Originalen siden 1949



Mild postei av kylling



En grovere postei med mer smak

Fri for melk og gluten



En saftig og smøremyk ovnsbakt postei



Porsjonspakninger er praktisk og lettvinnt til matpakken

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