

Tidsskrift for
Helsesøstre



LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

Sykepleien



**Foreldres
mobilbruk
kan stresse
barnet** Side 10

Økende sovemedisinbruk blant unge

Bruken av sovemedisiner blant unge har tredoblet seg de siste ti årene.¹ I gjennomsnitt sover unge to timer for lite hver natt, og én av fire kvalifiserer for diagnosen insomni.²

Sedix™ – mot uro og søvnproblemer

Sedix™ er et tradisjonelt plantebasert legemiddel som demper uro og letter innsovning.³

Det er ikke rapportert fysisk avhengighet eller «hangover» ved bruk av legemiddelet.⁴

 Uten resept i alle apotek



- ✓ Ingen registrert avhengighet⁴
- ✓ Ingen registrert sløvhet⁴
- ✓ For voksne og barn over 12 år³

Sedix «Tilman»

F **Plantebasert sedativum. Beroligende.**

Reseptfritt legemiddel. Tablett, 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 innsovning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på lang brukstradisjon. **Dosering: Lindring av mild uro:** 1–2 tabletter morgen og kveld. **Lette innsovning:** 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. **Interaksjoner:** Ingen data. Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke, med mindre anbefalt av lege. **Fertilitet, graviditet og amming:** 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 28.09.2016.

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

⁴ European 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 Sykepleierfor-
bund, 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: Sørmlands Grafiska

FORSIDEFOTO: Mostphotos

REDAKSJONSKOMITÉ:

Helsesøstre i Troms har laget
denne utgaven av Tidsskrift for
helsesøstre.

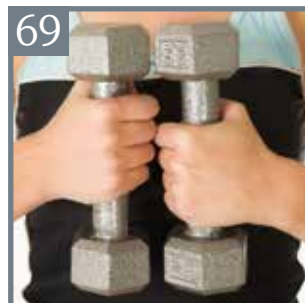
Følgende har vært med
i redaksjonen:
Bibbi Berntzen,
Harstad helsestasjon
Åsa Karlsen,
Harstad helsestasjon
Siv Normann Henriksen,
Ibestad helsestasjon
Bodil Walle,
Sørreisa helsestasjon
Kirsti Jensen,
Kvæfjord helsestasjon
Merete Nypan, Tvilbit,
Tromsø kommune
Randi Elisabeth Olsen,
Tromsø kommune

Innhold



03 - 2017

- 5 Leder
- 6 Flaut å bli avslørt med kondom
- 10 Mobilbruk kan skade samspillet med barn
- 16 Ungdom og psykisk helse
- 23 Prevensjon til unge jenter
- 24 Helsesøster, hvor var du?
- 28 Styrker mødrenes psykiske helse
- 32 Kampanjen «Ja betyr ja»
- 34 Kunnskap i endring
- 38 Hjelp til barn i utsatte situasjoner
- 44 Visualisering i helsesamtalen
- 50 Psykhjelpen
- 54 Kartlegger ungdommers helse
- 59 Hjelper tenåringsforeldre
- 62 Utdanningskrisen må løses nå!
- 66 Tydelig, modig og stolt
- 69 Å endre på kroppen kan være et smerteuttrykk
- 70 Små barn og søvn
- 74 Trygghetsvandring





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

Resolusjon fra generalforsamlingen

Regjeringen har i flere år styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten ved bevilgninger til kommunene gjennom statsbudsjettet. I tillegg har kommuner som har brukt de tilførte midlene på å styrke tjenesten kunnet søke tilskuddsmidler. Landsgruppen av helsesøstre NSF (LaH NSF) er fornøyd med at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er blitt et politisk satsingsområde, men er likevel bekymret for at ulikhetene i tilbudet øker, blant annet på grunn av manglende øremerking og mangelfull statistikk.

Må utdanne flere

For at kvaliteten i tjenesten skal ivaretas på en god måte er det viktig at det ansettes personell med utdanning innen helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0–20 år (25 år). En helt fersk rapport utarbeidet av LaH NSF tyder på at det utdannes for få helsesøstre til å dekke behovet for sykepleiere med denne spesialutdanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette blir synliggjort ved at det ansettes et økende antall sykepleiere uten helsesøsterutdanning.

Spesialistgodkjenning

Rapporten viser også at landets helsesøsterutdanninger er ulike både når det gjelder lengde og innhold. For å kunne sikre at de ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er kvalifiserte til å ivareta oppgavene i tjenesten på en god måte, bør spesialistgodkjenning av helsesøstre innføres. Kombinasjonen av politisk vilje til å styrke tjenestene for barn og ungdom og pågående

arbeid med å vurdere spesialistgodkjenningsordningen og masterløp for sykepleiere, gjør at det nå er tid og rom for å iverksette dette kvalitetstiltaket.

Utviklingssentre

Det er i dag 38 utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Det er også flere kompetansesentre for legetjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har ikke noe senter som sikrer at tjenesten utvikles i tråd med barn og unges behov. Konsekvensen er at gode tiltak og erfaringer gjort blant helsesøstre ikke følges opp og evalueres slik at hele tjenesten kan nyttiggjøre seg kunnskapen.

LaH NSF rettet en formell henvendelse til Helsedirektoratets divisjon for kompetanse og personell for et år siden. Det ble i henvendelsen uttrykt bekymring knyttet til hvordan kompetanse- og fagutvikling skal ivaretas uten et utviklings- og kompetansesenter. LaH NSF har ikke mottatt svar på henvendelsen. På barn og ungdoms vegne mener vi det er på høy tid at helsemyndighetene ved helseministeren tar stilling til dette spørsmålet.

Landsgruppen av helsesøstre NSF krever

Kapasiteten i helsesøsterutdanningen må utvides i tråd med behovet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Spesialistgodkjenningsordning for helsesøstre må innføres. Kompetanse/utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten må opprettes. ■

Resolusjonen sendes Bent Høie.



Flaut å bli avslørt med kondom

Det er flaut når noen oppdager at du har med deg kondom, synes guttene i undersøkelsen. Det er heller ikke alle som er komfortable med å hente prevensjonsmiddelet hos helsesøster.

FAKTA

Av Sunniva Fjellidal, helsesøster, Master i helsefag- studieretning helsesøsterfag

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/
Sykepleiens. 2017.63315

De senere år har norske medier som VG, Aftenposten og NRK satt søkelys på kondombruk blant norske ungdommer (1, 2, 3). Træen & Gravningen (4) utførte en spørreundersøkelse av norske ungdommer der en stor andel i aldersgruppen 16-24 år oppga at de ikke hadde brukt kondom ved siste samleie som de hadde med ny partner (4). Uønskete konsekvenser av seksuell risikoførd er i Norge, i all hovedsak, knyttet til uønskete svangerskap og seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) (5). I Norge har ungdom tilbud om gratis kondomer fra Helsedirektoratet, som årlig sender ut 5,5 millioner kondomer. Undersøkelser av holdninger og tilgjengelighet og tilbud om gratis kondom, viser til at ungdommer har uttrykt at det er vanskelig å få tak i gratis kondom og å bruke dem. Ungdommene oppga at det er ubehagelig å be om dette, og mener generelt at ordningen med gratis kondomer fra Helsedirektoratet kan bli bedre (6). Kakad & Hammerstrøm (7) argumenterer for at tiltak rettet mot gutter, kan være medvirkende i å redusere forekomsten av SOI, da klamydia overføres lettere fra gutter til jenter enn omvendt (7).

Sammenheng: Gutter kan ha komplekse oppfatninger knyttet til kondombruk. Det kan være skamfølelse knyttet til det å bære med seg kondom, noe som kan ha stor betydning for kondombruken. Det å hente eller å bære med seg et kondom, blir assosiert med å vise sin seksuelle side.

Stikkord: Kondom, Gutter, Seksualitet

Metode

Artikkelen er basert på en kvalitativ studie om hvilke oppfatninger gutter har til kondombruk. (Se tabell.) Studiets utvalg består av fem gutter på 18 år som var elever i tredje klasse ved videregående skole. Intervjuene ble foretatt etter en semistrukturert intervjuguide. Det ble lagt vekt på at informantene ikke trengte å utlevere personlige erfaringer, men dele generelle oppfatninger som de har relatert til om kondom velges, eller ikke. Studien bygger på hermeneutiske fortolkningsprinsipper og datamaterialet er blitt systematisk analysert ved bruk av Graneheim og Lundmans kvalitative analysemetode. Studien er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

Flaut med kondom

Selv om deltakerne syntes å ha en positiv intensjon til bruk av kondom, så fremkom det flere argumenter mot det å bære med seg kondom. Informantene mente altså at det ikke nødvendigvis er flaut å bruke kondom, men at det er flaut når noen oppdager at man har med seg kondom. Å bære med seg kondom synes å være knyttet til fordommer om forventninger til samleie, noe man ikke ønsket å bli assosiert med. En av guttene fortalte at selv om en ikke har fast partner, så har en ofte samleie på fest. Å unnlate å ta med seg kondom på fest var for å ikke vise forventning om samleie på forhånd.

Samtidig fremkom det at å bære med seg kondom kunne gjenspeile kunnskap som en hadde om kondombruk. Flere av informantene rapporterte en formening om at de som hadde kondom tilgjengelig, hadde gjort et bevisst valg i forhold til å bruke det. En



PINLIG: Hvis noen ser at du har med deg kondom, kan det være flaut, synes guttene i undersøkelsen. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

TABELL 1: Eksempel på analyseprosess fra meningsenhet til kategori

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Sub-kategori	Kategori
Har man med seg kondomet så viser man at man forventer noe.	Kondomet med viser en forventning.	Forventning.	Flaut å være «rustet» til å bruke kondom.	Skamfullt.
Tror mange ikke vil ha med seg kondomet fordi det er flaut.	Flaut å ha med seg kondomet.	Flaut.	Flaut å være «rustet» til å bruke kondom.	Skamfullt.
Snakker ikke så lett om kondombruk. Kondombruk er et tabu tema.	Vanskelig å snakke om kondombruk.	Tabu.	Mangelfull dialog.	Skamfullt.

av deltakerne beskrev det slik: «Har en kondomet i baklomma, har en det også i bakhodet».

Lett tilgjengelig kondom

De fleste av deltakerne i studien var kjent med at kondomer var tilgjengelig fra internett, hos helsesøster i videregående skole og helsestasjon for ungdom (HFU). Enkelte fortalte at de ikke hadde kjennskap til hvordan de kunne få tak i gratis kondomer, mens andre hadde fått vite dette gjennom venner. Flere av

deltakerne mente at slik informasjon spredde seg mer i vennekretser enn fra skolehelsetjenesten. Et par av tenåringene beskrev at måten kondomets tilgjengelighet ble reklamert for, kunne være avgjørende faktor for å hente og bruke det. De fleste ønsket konkret informasjon om hvor man kunne få tak i gratis kondomer.

Å skaffe seg kondomer kunne oppleves som ubehagelig. Derfor ble ikke helsesøster på videregående skole nødvendigvis ansett som en reell mulighet for slik anskaffelse, selv om det var gratis. Noen informan-





ter mente det kunne være enklere å kjøpe kondomer i butikk. Anskaffelse av dette ble oppfattet som privat, og de ønsket ikke å bli observert. Å hente kondomer utenfor helsesøsters kontor eller på HFU kunne derfor oppleves som en seksuell avledning. Noen beskrev at de skulle ønske at kondomet var lettere tilgjengelig enn

«Det er viktig å tilrettelegge på de unges premisser.»

nåværende tilbud, mens andre mente kondomene da ville bli misbrukt. De ønsket mer konkret informasjon, åpenhet og påminnelse om hvor de kunne få gratis kondomer. En del av guttene sa at dersom kondomene lå anonymt rundt omkring, så ville det bli sett på som en lavere terskel for å hente dem, for da unngikk de å oppsøke helsesøster eller vise seg utenfor hennes kontor.

Skamfølelse

Positiv anerkjennelse fra andre gir opplevelse og bekref- telse til selvet. Manglende, eller negativ anerkjennelse

derimot, kan føre til en negativ opplevelse av individets selvfølelse (9). Deltakerne beskrev at å bli oppdaget av venner når man har kondom med seg, kan oppleves som flaut fordi de risikerte å bli gjort narr av. I lys av teorien om anerkjennelse (9) kan dette forstås som en krenkelse og derav mindre anerkjennelse. Aferden kan styres av en streben etter positiv anerkjennelse, og å unngå negativ anerkjennelse (9). Basert på slike argumenter kan det tenkes, at det å hente eller bære med seg et kondom, kan føre til negativ godkjenning. Resultatet kan være at kondomet ikke tas med.

Deltakerne beskrev at man bevisst kunne unnlate å ta med seg kondom på fest. Anerkjennelsen synes dermed å gi et positivt selvbilde og beskyttelse mot å bli krenket. Dette kan være relatert til vennegrupper som tenåringsene identifiserer seg med, eller andre der sosiokulturelle normer gjelder. Negative reaksjoner knyttet til seksuell helse og seksualitet kan føre til tap av selvtilit og selvbilde (10). Mennesket søker nesten alltid etter positiv anerkjennelse fra mennesker som de identifiserer seg med (9). Å unnlate å ta med seg kondomer kan forstås som en handling for å unngå krenkelser og tap av selvbilde.



GRATIS: De fleste guttene i undersøkelsen ønsker mer informasjon om hvor de kan få gratis kondomer. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Slike handlinger kan forstås i lys av at ungdommene vet hvilken form for anerkjennelse de kan forvente ut fra ulike situasjoner, og derfor handler etter visshet om å oppnå positiv anerkjennelse. Slik vil det være viktig å påpeke og reflektere det å bære kondomet med seg i seksualitetsundervisning, samt gi denne handlingen verdier som «kondomstolthet».

Tilrettelegging for gutter

Også Berg sin studie (6) viste at det var vanskelig å hente kondomer hos helsesøster eller utenfor helsesøsters kontor. Generelt var oppfatningen at ordningen fra Helsedirektoratet kunne bli bedre (6). For å fremme kondombruk hos ungdom hevder Potard m.fl. (11), at ungdommenes betingelser for å bruke dette det må forstås. I denne studien fremkommer det at betingelsene for å skaffe seg kondom ikke var tilfredsstillende. De ønsket at kondomer kunne være mer anonymt plassert. Her vil det være viktig å problematisere plassering av kondomer, og i hvilken grad det skal foregå åpenlyst. Anonym plassering, eksempelvis på et avlukket wc, kan synes å ha betydning for å hente et kondom. Som noen av guttene beskrev, har man kondomet med seg har en ofte allerede gjort et valg i bruk av det. Studien viser at det er viktig at helsepersonell er bevisst plassering for at guttene faktisk tar med seg kondomet. Ved å plassere dette på steder hvor det er utenkelig for brukerne å hente, kan det tenkes at helsesøstre og annet helsepersonell som jobber med seksuell helse, bidrar til å gjøre kondomet til en flau ting. Det er viktig å tilrettelegge på de unges premisser slik at de ikke opplever moralsk krenkelse eller tap av anerkjennelse.

Det fremkom et ønske om mer åpenhet, påminnelser og formidling om hvor de får tak i kondomer. En av informantene fortalte at han aldri hadde sett en plakat eller tilsvarende informasjon om kondombruk. Health literacy handler om hvilke muligheter mennesker har til å tilegne seg helseinformasjon (12). En kan stille spørsmål om skolehelsetjenesten tilrettelegger for muligheten til å tilegne seg denne kunnskapen, eksempelvis gjennom ulik informasjon.

Styrker og svakheter

Studiens funn gir et beskrivende bilde av ungdommers oppfatninger av kondombruk som kan være et bidrag til arbeidet med seksuell helse. Få informanter i studien kan svekke studiens generaliserbarhet.

Likevel beskrev deltakerne mange like oppfatninger, som også er bekreftet av tidligere studier, og vil dermed ha en viss overføringsverdi.

Mine kvalifikasjoner kan påvirke intervjuet og det empiriske materialet som utvikles i dialogen, som dannet grunnlaget for å belyse studiens problemstilling. Analysen som er inspirert av Graneheim & Lundman (8) er en meningsanalyse, som kan gi nærvær eller fravær fra et enkelt fenomen. Selv om jeg bevisst har abstrahert de konkrete utsagnene, vil studien alltid bære preg av egen forforståelse. ■

«De ønsket at kondomer kunne være mer anonymt plassert.»

Referanser

1. Beyer-Olsen A. Ny forskning: «kondomer ødelegger ikke sexen» Verdens Gang; 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.vg.no/nyheter/utenriks/usa/ny-forskning-kondomer-oedelegger-i...> (nedlastet 04.10.16)
2. Johannessen R. Flaut å bruke kondom. Aftenposten; 2007. Tilgjengelig fra: <http://www.aftenposten.no/norge/Flaut-a-bruke-kondom-341709b.html> (nedlastet 04.10.16)
3. Midbøe, OM. Fastlege oppfordrer: - ha med kondom i veska. NRK; 2015. Tilgjengelig fra: http://www.nrk.no/norge/fastlege-oppfordrer_-_ha-med-kondom-i-veska-1.1... (nedlastet 14.10.15)
4. Træen B, Gravingen K. The Use of Protection for Sexually Transmitted Infections (STIs) and Unwanted Pregnancy among Norwegian Heterosexual Young Adults 2009. *Sexuality & Culture* 2011;15:195–212. DOI: 10.1007/s12119-011-9090-5
5. Hvalstad M. Seksualitet. I: Haavet OR, red. *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget AS; 2005: 29–40.
6. Bergh CH. Evaluering av nasjonal ordning med utdeling av gratis kondomer. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: <http://docplayer.me/1282710-Evaluering-av-nasjonal-ordning-med-utdeling-...> (nedlastet 19.09.17)
7. Kakad M, Hammerstrøm KT. Tiltak blant unge menn for å øke bruken av kondomer. Oslo: Kunnskapssenteret; 2008. Tilgjengelig fra: (nedlastet 24.02.17)
8. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Tilgjengelig fra: https://www.researchgate.net/publication/8881380_Qualitative_Content_Ana... (nedlastet 01.12.16)
9. Honneth A. *Behovet for anerkendelse*. En tekstsamling. København: Hans Reitzels Forlag; 2003.
10. Graugaard C, Pedersen BK, Frisch M. Seksualitet og Sundhed. København: Vidensråd for forebygging; 2015. Tilgjengelig fra: http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensraad_seksualitet-sund... (nedlastet 22.04.16)
11. Potard C, Courtois R, Samedy LM, Mestre B, Barakat MJ. Re'veillere, C. Determinants of the intention to use condoms in a sample of French adolescent. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2012;17: 55– 64.
12. Pettersen S. *Kostholdsinformasjon og annen helseinformasjon*. I: Holthe A, Wilhelmsen, BU, red. *Mat og helse i skolen*. En fagdidaktisk innføring. Bergen: Fagbokforlaget; 2014: 87–101.



Mobilbruk kan skade samspillet med barn

Tidlig samspill mellom barn og foreldre er viktig for barnets utvikling. Redusert tilgjengelighet og avbrutt kontakt som følge av mobilbruk kan skape stress hos barnet og forstyrre relasjonen.

FAKTA

Av Siri Amalie Hansen, helseøster/psykiatrisk sykepleier

Kristine Holmen Strømsvåg, helseøster

Lisbeth Valla, helseøster/førsteamanuensis

Nina Misvær, helseøster/førstelektor

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/
Sykepleienn.2017.63259

Tidlig samspill mellom foreldre og barn har stor betydning for barnets utvikling, både språklig, kognitivt og emosjonelt. Økende skjerm- og mobilbruk blant foreldre kan påvirke kvaliteten på samspillet, ved økt distraksjon og mindre oppmerksomhet til barnet (1).

I 2017 har 80 prosent av befolkningen smarttelefon (2). I aldersgruppen 25–44 år oppgir drøyt 95 prosent at de ofte bruker mobilen til å kople seg til internett (3). Av dem som i 2015 var på internett i løpet av en gjennomsnittlig dag, var 70 prosent innom Facebook og 44 prosent på andre sosial medier. 44 prosent hadde brukt banktjenester og 73 prosent hadde lest nyheter (4). Slik aktivitet kan ta mye tid og dette vekker bekymring for det familiære samspill.

Foreldres mobilbruk er derfor et aktuelt tema for alle som arbeider med foreldre og barn. Vi erfarer at det er mangel på kunnskap om mulige skadevirkninger for barnet og hvordan slik informasjon best kan formidles til foreldre. Helseøster er i kontakt med 98 prosent av alle familier. En viktig oppgave i det helse-

fremmende og forebyggende arbeidet på helsestasjonen, er å bidra til å fremme et godt samspill mellom foreldre og barn. «Samspill i fokus» er overskriften som er blitt presentert i ny Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjonen. Temaet samspill er anbefalt å bli tatt opp ved alle konsultasjoner. Temaene «Foreldrenes mobil- og skjermbruk» og «Bruk av sosiale medier» skal tas opp ved fire uker, seks måneder, to år og fire år (5). Av erfaring mener vi at temaene bør diskuteres med foreldrene allerede ved hjemmebesøket og oftere i løpet av de første levemånedene.

Faglige beslutninger skal være basert på kunnskapsbasert praksis. Dette innebærer at informasjon og veiledning til foreldrene skal bygge på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap i tillegg til brukererfaringer. Vi har grunn til å tro at når foreldrene kjenner til bakgrunnen for informasjonen vi formidler, så vil de regulere bruk av mobiltelefon i samvær med barnet sitt.

Tidlig samspill

Med tidlig samspill menes samspill mellom foreldre og barn i første leveår. Dette omhandler overføring av informasjon, regulering av atferd og følelse av samhørighet. I samspillet vil foreldrene og barnet ha et felles mål om interaksjon og kommunikasjon. Barn har kapasitet til å inngå i sosial kommunikasjon med andre mennesker allerede fra fødselen. Omsorgspersonene vil være spesielt betydningsfulle i den første tiden. Bare en time gammelt kan barnet etterlikne forelderen og ta del i en dialogliknende kommunikasjon. Barnet imiterer den voksne ved for eksempel å rekke tunge, gape og etterlikne ansiktsuttrykk (6).

Sammenheng: Det sosiale samspillet mellom foreldre og barn har stor betydning for barnets utvikling og tilknytning. Avbrytelser og delt oppmerksomhet med mobilbruk kan skape utfordringer. Ny nasjonal faglig retningslinje for helsestasjonen anbefaler veiledning til foreldrene ved fire uker, seks måneder, to år og fire år. Som helseøster argumenterer vi for å ta opp temaet tidligere og oftere.

Stikkord: Mobil, Samspill, Foreldre, Barn



Spedbarnets kapasitet til å respondere og ta initiativ i samspill vil gradvis øke. Ved to ukers alder vil spedbarnet kunne kommunisere med lyder og bevegelser.

Ansikt-til-ansikt-kommunikasjon mellom foreldre og barn er svært viktig i et samspill. I tidlig samspillfase får foreldre og barn en umiddelbar fornemmelse av fellesskap med følelsesmessig synkronisering og veksling med å gi og motta kontakt. Gjensidigheten betyr at ikke bare foreldrene følger spedbarnets rytme og kommunikasjon, men at barnet også kan registrere den voksnes tilstand og følelsesuttrykk, blant annet gjennom å lese og tolke den voksnes ansikt og kroppsspråk. Barnets kapasitet til en slik deltakelse, vises allerede kort tid etter fødsel (7).

Ved tre måneders alder vil barnet også kunne gi mer aktivt uttrykk og positiv affekt rettet mot omsorgsgiver. Ved økende alder vil samspillet kunne foregå over lengre tidssekvenser, og barnet vil kunne

kommunisere med smil, gester og vokalisering (8).

Ved åtte, ni måneders alder vil samspillet også dreie seg om felles oppmerksomhet på objekter i omgivelsene ved at oppmerksomhet ledes ved å peke, lage lyd eller bruke gester som utgangspunkt for kommunikasjon og samtale (9).

Forskning har vist at spedbarn er sosialt kompe-

FEIL FOKUS:

Mobilbruk tar oppmerksomheten bort fra barnet. Hvis det skjer ofte, kan det på sikt skade barnets helse. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

«Det er mangel på kunnskap om mulige skadevirkninger for barnet.»

tente individer fra fødselen av, men for at utviklingen skal forløpe normalt, er de helt avhengige av at omsorgspersonene er emosjonelt tilgjengelige, både sensitivt og bekreftende. Sensitivitet kan forstås som omsorgspersonens tendens til å oppfatte og nøyaktig tolke barnets signaler og reaksjonstendenser, for der-



etter å respondere på riktig måte så raskt som mulig.

Begrepet emosjonell tilgjengelighet blir brukt for å beskrive både omsorgspersonens og barnets atferd i en relasjonell kontekst (10, 11). Det såkalte «Still face»-eksperimentet (11) viser nettopp hvor sensitive spedbarn er overfor den affektive kvaliteten på samspillet. Her deltok syv spedbarn i alderen en til fire måneder. Omsorgspersonen fikk instruks om å «bryte samspillet» og unnlate å reagere på signaler fra barnet med et ubevegelig «stenansikt». Mødrenes fraværende respons førte til stresset atferd hos barna.

Gjentakende og langvarig stress kan påvirke hjernens utvikling hos barn som er særlig mottakelig og formbar for spesielle erfaringer og læring i de første leveårene (12). Hjernens sensitivitet i spedbarnsalder gir store muligheter for læring, men øker samtidig sårbarheten for uheldig utvikling (13). Kvaliteten

«Dialogen om mobilbruk med foreldrene bør gjentas regelmessig.»

på tidlig samspill antas dermed å ha betydning for barns videre utvikling, for regulering av følelser og for tilknytning til omsorgspersoner.

Nyere forskning har tatt eksperimentet videre ved at de observerte barnets reaksjoner underveis. Funn viser at barnet tok mindre initiativ i interaksjon, smilte sjeldnere og begynte å gråte raskere når forelderene ikke responderte. Ved avbrutt respons, økte barnets stressnivå som var størst i fasen der barnet og forelderene skulle gjenopprette kontakten (14). NRK viste en liknende sekvens i et TV-program i fjor (15) der mors utilgjengelighet for barnet skyldtes bruk av mobiltelefon. De tre barna som deltok, viste de samme reaksjoner som spedbarna i «Still face»-eksperimentet (15). Med tanke på avbrutt samspill og manglende blikkontakt har altså «Still face»-eksperimentet fellestrekk med foreldres samspill med barnet når de bruker mobiltelefon.

Foreldres tilgjengelighet

Studier kan dokumentere den indirekte påvirkning som mobil- og skjermbruk kan ha på foreldre-barninteraksjonen (16, 17, 18). Mindre oppmerksomhet og respons fra foreldrene kan påvirke samspillet.

Mobilbruk vil også ta konsentrasjonen bort fra

barnet. Foreldrenes oppmerksomhet blir delt, og tilgjengeligheten blir mindre. Følgene kan bli mindre ansikt-til-ansikt-interaksjon, samt mindre sosial og fysisk tilstedeværelse i samspill med barnet.

Oppsummert forskning fra 27 studier viste at foreldres holdning og bruk av mobiltelefon hadde stor betydning for samspillet med barnet (19). Mødre som var opptatt med mobiltelefonen, responderte mindre på barnets signaler og hadde mindre verbal og nonverbal kommunikasjon. Respons og sensitivitet i samspillet var dårligere sammenliknet med mødre med mindre mobilbruk. En av studiene (19) viste at mødres bruk av mobiltelefon under måltider kunne påvirke barnets matsituasjon og rutiner.

Mating og stell er eksempler på anledninger for god interaksjon hvor man kan være synkront med barnet. Barn av mødre som hyppigere brukte mobiltelefon var også mer utsatt for ulike risikosituasjoner som for eksempel å klatre på bord (20, 21). Slik kan det synes som foreldres mobilbruk representerer både en psykisk og fysisk risikofaktor for barns helse, tilsvarende «Still face»-eksperimentet. Liknende studier er oss kjent ikke utført i Norge eller Skandinavia, men vi kan anta at samme resultat også vil kunne bli funnet her.

Helsesøsters praksis

Utstrakt mobilbruk hos foreldre kan være uheldig for samspill med barnet. Brudd i samspill og manglende kommunikatív respons kan påvirke barnet (22). På bakgrunn av erfaringer og funn fra studier om samspillets betydning for barnets utvikling, foreslår vi altså at temaet tas opp både tidligere og oftere enn det den nye retningslinjen fra Helsedirektoratet anbefaler (5). Ikke alle helsestasjoner tilbyr gruppekonsultasjon (barselgruppe) ved fire ukers alder og/eller barnet kan ha rukket å bli opp mot tre måneder før det blir gjennomført. Erfaringsmessig er det på langt nær alle mødre som møter opp til denne konsultasjonen, og det er sjelden at fedre deltar. Vi ønsker derfor at mobiltelefon og samspilltematikken tas opp allerede på hjemmebesøket som er anbefalt gjennomført når barnet er sju til ti dager og hvor fedre oftest har mulighet for å delta. Ved dette første møtet samtaler helsesøster om barnets temperament og initiativ til kontakt (5). Det er hensiktsmessig å samtidig fortelle om grunnleggende samspillfaktorer som blikkontakt, bruk av stemme, ulike ansiktsuttrykk, god berøring og dialogliknende kommunikasjon mellom barnet



og foreldrene. Hvilke erfaringer foreldrene selv har gjort i kontakten med barnet sitt, er et godt utgangspunkt for samtalen, samtidig med refleksjon over mellommenneskelige relasjoner og hvordan samvær de ønsker med sitt barn.

Det at foreldrene selv setter ord på sine tanker om eget mobilbruk, vil trolig ha bedre effekt enn at helsesøster forteller dem hva hun mener at de bør gjøre. Helsesøsters formidling av kunnskap om temaet kan bidra til at foreldrene blir bedre i stand til å ta hensiktsmessige valg. Dialogen om mobilbruk med foreldrene bør gjentas regelmessig det første leveåret for å sikre at et godt samspill blir ivarettatt fra barna er ganske små. Disse første konsultasjonene er nære i tid, og helsesøster får anledning til å følge opp samtalen fra forrige gang, fordi foreldrene gis mulighet til å reflektere over temaet i mellomtiden. Fedre bør oppfordres til å delta på konsultasjonene på helsestasjonen. Deres bidrag i samspillet har stor betydning for barnets utvikling (23).

Reduser bruken

Hva er for mye mobil? Dette er uvisst. Barn tåler brudd i samspill uten at dette gir varige skader, men utstrakt mobilbruk kan være urovekkende da bruddene vil være både hyppige og mer omfattende. Dette vil kunne påvirke barnets interaksjon som på sikt kan være skadelig for barnet. Vi har i dag ikke

SAMMEN: Barn trenger å få oppmerksomhet fra foreldrene for å ha det bra. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

«Ansikt-til-ansikt-kommunikasjon mellom foreldre og barn er svært viktig.»

tilstrekkelig kunnskap om foreldres mobilbruk og påvirkning på samspillet, men vi har pålitelig kunnskap om at hyppige brudd i interaksjonen mellom foreldre og barn ikke er gunstig for et godt samspill (14).

Barns evne til å regulere stress er ikke ferdig utviklet, og barns stressreaksjon aktiveres lettere



enn hos voksne. Stress er ugunstig i en sensitiv periode for hjernens utvikling. Stress er også lite gunstig der tidlig samspill skal etableres (24). Denne kunnskapen er vesentlig å dele med foreldrene.

Helsesøster kan oppfordre foreldrene til å iverksette enkle regler og innarbeide gode vaner som kan fungere for dem. Noen klarer å legge mobiltelefonen helt bort mens barnet er våkent og unngår da usikkerhet om hva som er for mye mobilbruk. For helsesøster er det viktig å støtte foreldrene i at all redusert bruk av mobiltelefon er et gode.

«Gjentakende og langvarig stress kan påvirke hjernens utvikling.»

Barselavdelinger og helsestasjoner henger opp oppslag som tydeliggjør et ønske om mobilfri sone. Samtidig synes problematikken å være lite omtalt av fagfolk i møtet med familiene. Foreldrenes mobilbruk sammen med barnet er ikke nødvendigvis skadelig i seg selv, men det kan være en risikofaktor for barnets utvikling. Dersom foreldrenes mobilbruk er av en slik hyppighet og karakter at det stadig blir avbrudd i kontakten med barnet, kan dette få negative konsekvenser for barnets helse. På bakgrunn av eksisterende kunnskapsgrunnlag bør fagfolk som jobber med sped- og småbarnsfamilier bidra med kunnskap og refleksjon rundt utfordringene knyttet til hvordan mobilbruk kan påvirke samspillet med barnet. Helsesøstre har for eksempel anledning til å ta opp mobilbruk med alle foreldre allerede på hjemmebesøket og også ved konsultasjonene når barnet er seks uker og tre måneder gammelt, i tillegg til de anbefalte alderstrinnene fire uker, seks måneder, to år og fire år (5). ■

Referanser

- Kirkorian HL, Pempek TA, Murphy LA, Schmidt MA, Anderson DA. The impact of background television on parent-child interaction. *Child Dev*. 2009;80(5):1350–59.
- MedieNorge. Andel som har smarttelefon; 2017. Tilgjengelig fra: <http://www.medienorge.uib.no/statistikk/medium/ikt/379> (nedlastet 01.09.17)
- Statistisk sentralbyrå. Bruk av IKT i husholdningene, 2016, 2. Kvartal; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/statistikker/ikthus/aar> (nedlastet 16.05.17)
- Statistisk sentralbyrå. Norsk mediebarometer 2015; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/statistikker/medie/aar/2016-04-14> (nedlastet 01.09.17)
- Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom; 2017. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 17.09.17)
- Simpson EA, Murray L, Paukner A, Ferrari PF. The mirror neuron system as revealed through neonatal imitation: presence from birth, predictive power and evidence of plasticity. *Philosophical transactions of the royal society* 2014. DOI: 10.1098/rstb.2013.0289
- Trevarthen C. The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants. I: *The social foundations of language and thought*. New York: W. W. Norton; 1980 (s.316–42).
- Lavelli M, Fogel A. Developmental changes in the relationship between the infant's attention and emotion during early face-to-face communication: the 2-month transition. *Developmental psychology* 2005; 41(1):265.
- Trevarthen C, Hubley P. Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts and meaning in the first year. I: A Lock A. (red). *Action, gesture and symbol. The emergence of language*. London: Academic Press; 1978.
- Cohn JF, Tronick EZ. Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child development* 1983; 54(1):185–93.
- Tronick EZ, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton T. The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry* 1978; 17: 1–13.
- Berg-Nielsen TS. Tidlig stress og senere helseurovekkende sammenhenger. I: Holme H, Olavesen, E S, Valla L, Hansen MB (red.). *Helsestasjonstjenesten: barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016
- Tamnes CK. Hjerneutvikling fra fosterlivet til voksen alder. Tidlige faktorer og erfarings betydning. I: Holme H, Olavesen ES, Valla L, Hansen M B. (red.) *Helsestasjonstjenesten: barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal akademiske; 2016.
- Ekas NV, Haltigan JD, Messinger DS. The Dynamic Still- Face Effect: Do Infants Decrease Bidding Over Time When Parents are Not Responsive? *Dev. Psychol* 2012. DOI: 10.1037/a0029330
- NRK-viten. Hva skjer med babyen din når du gir oppmerksomheten til mobilen? Tilgjengelig fra: <https://tv.nrk.no/serie/teknologien-som-for-andrer-oss/DMPV73001116/sesong-1/episode-3#t=1m44s> (nedlastet 16.10.16.)
- Anderson DR, Hanson KG. Screen media and parent-child interactions. I: *Media Exposure During Infancy and Early Childhood*. Springer International Publishing; 2017 (s.173–94).
- McDaniel BT, Coyne SM. Technology interference in the parenting of young children: Implications for mothers' perceptions of coparenting. *The Social Science Journal* 2016. DOI: 10.1016/j.sosocij.2016.04.010
- Ventura, AK, Teitelbaum S. Maternal distraction during breast-and bottle feeding among WIC and non-WIC mothers. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2017; 49(7):169–76.
- Kildare CA, Middlemiss W. Impact of Parents Mobile Device Use on Parent-Child Interaction: A Literature Review. *Computers in Human Behavior* 2017; 75: 579–593.
- Radesky J, Miller AL, Rosenblum KL, Appugliese D, Kaciroti N, Lumeng JC. Maternal mobile device use during a structured parent-child interaction task. *Academic Pediatrics* 2014. DOI: 10.1016/j.acap.2014.10.001.
- Radesky JS, Christakis DA. Increased screen time: Implications for early childhood development and behavior. *Pediatric Clinics of North America* 2016; 63(5): 827–39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2016.06.006>
- Braard HC. Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 2011; 48(10): 968–72.
- Skjøthaug, T Fedres rolle i barnets tidlige utvikling. I: Holme, H, Olavesen ES, Valla L, Hansen MB. (red.) *Helsestasjonstjenesten: barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal; 2016
- Braard HC, Nordanger DØ. Når vold og overgrep infiltrerer omsorgen for små barn. I: Holme H, Olavesen ES, Valla L, Hansen, MB. (red). *Helsestasjonstjenesten: barns psykiske helse og utvikling*. Oslo: Gyldendal akademiske; 2016.



PURAMINO* for de mest sårbare allergiske barna



Nytt varenummer: 819408

Nutramigen AA bytter navn til Nutramigen PURAMINO - Nytt navn og ny sammensetning.

Nutramigen PURAMINO - samme trygge, effektive^{††} og 100% sikre hypoallergene aminosyrebaserte morsmelkerstatningen for barn med alvorlig kumelkallergi eller multiple matallergier. Nå med:

- Tillsatt 33 % MCT-fett for å øke fettabsorpsjonen
- Nytt navn for å differensiere produktet fra våre hydrolysater Nutramigen 1 og Nutramigen 2
- Kosher og halal sertifisert

Nutramigen produktene: Førstevalg ved kostbehandling av kumelkallergi hos barn.² Det finnes gode grunner til dette.

Les mer: www.meadjohnson.no

Referanser 1. Burks W et al. J Pediatr 2008;153:266-271. [†]Studien ble utført med Nutramigen AA uten MCT-fett. 2. Nielsen market data, 2014

VIKTIG: Morsmelk er spedbarnets beste føde. Nutramigen PURAMINO er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål og bør brukes etter anbefaling fra helsepersonell.

*Varemerket tilhører Mead Johnson & Company, LLC. © Mead Johnson & Company, LLC. Alle rettigheter er forbeholdt.



Om selvfølelse og psykisk helse

God selvfølelse er avgjørende for god psykisk helse hos ungdom. Skolen er i så måte en viktig arena for å arbeide med dette i samarbeid med skolehelsetjenesten.

FAKTA

Av Unni Karin Moksnes, førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Ungdomstiden kjennetegnes av mange endringer og utfordringer, noe som gjør at en del opplever økt stress og psykiske plager; spesielt jenter. Selvfølelse er en sentral personlig mestringsressurs for mestring av stress og for psykisk helse hos ungdom. Skolen er en viktig arena for å arbeide med psykisk helse hos ungdom i samarbeid med skolehelsetjenesten. Imidlertid trenger man mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid for implementering av tiltak om psykisk helse i skolen.

Psykisk helse er en viktig ressurs for helse og livskvalitet i befolkningen og en viktig verdi i samfunnet. Verdens helseorganisasjon WHO (1) definerer psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, mestre normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.» Å «investere» i psykisk helse er viktig i alle deler av folkehelsearbeidet overfor mennesker i alle deler av

«Depresjon og angst ser ut til å være noen av de vanligste symptomene.»

livsløpet; men spesielt viktig er det i barne- og ungdomsårene. Psykisk helse i folkehelsearbeidet innebærer å rette innsats mot de faktorer som påvirker den psykiske helsen vår, hovedsakelig på arenaer der folk lever sine liv, fortrinnsvis utenfor helsetjenesten (2).

Overgangen til ungdomstiden er naturlig kjenne-

tegnet av psykiske, fysiske, sosiale og kognitive endringer; den unge skal leve et mer selvstendig liv og se seg selv i et nytt perspektiv. De fleste unge går igjennom ungdomstida på en «vellykket» måte og rapporterer god psykisk helse (3). Imidlertid er det fra starten til midten av ungdomsperioden en økende forekomst av psykiske helseplager, der omtrent 15–20 prosent av barn og unge i Norge har psykiske problemer som går utover den daglige fungeringsevnen. I 8 prosent av tilfellene oppfyller kriteriene for en diagnostiserbar lidelse (3,4). Depresjon og angst (5, 6) ser ut til å være noen av de vanligste symptomene, spesielt hos jenter (2:1 når det gjelder symptomer på depresjon) (3,6,7).

Årsakene til psykiske problemer i barne- og ungdomsårene er komplekse og forklares av personlige, biologisk/genetisk sårbarhet, samt sosiale, sosioøkonomiske og kontekstuelle faktorer (8, 9). Noe av forklaringene handler om økt opplevelse av negative stressorer, relatert til for eksempel skolemiljøet, jevnaldrende, kjæresteforhold, og vanskelige hjemmeforhold (5,10,11). I denne sammenhengen rapporterer jenter høyere stressnivå og er mer sårbare for psykiske problemer som følge av stress (spesielt negative relasjonelle stressorer), sammenliknet med gutter (5, 7, 12).

I forståelsen av hva som påvirker ungdommers psykisk helse er det ikke nok å ha kunnskap om og rette innsats mot å fjerne ulike risikofaktorer. Man må også ha kunnskap om personlige og kontekstuelle faktorer som virker beskyttende og helsefremmende for individets psykiske helse. En slik sentral personlig mestringsressurs er selvfølelse.

Selvfølelse er en viktig del av ungdoms selvforståelse (13) og defineres av Rosenberg (14) som indivi-



MEST UTSATT: Jenter er mest utsatt for emosjonelle symptomer som følge av stress. Illustrasjonsfoto: Scott Griessel/Creatista/Mostphotos



dets helhetlige opplevelse av å ha verdi som menneske. Betydningen av selvfølelse har i stor grad blitt sett på som en viktig ressurs og beskyttende faktor relatert til opplevelse av stress (15, 16) og symptomer på depresjon (15–18) og angst (17, 19). Dette gjelder både i voksen- og ungdomspopulasjonen. De fleste ungdommer rapporterer relativt stabil selvfølelse gjennom ungdomsårene (20). Imidlertid ser det ut til at gutter skårer høyere på selvfølelse enn jenter og at jenter rapporterer mer variasjoner i nivå av selvfølelse enn gutter (16,18). Sammenliknet med studier i voksenpopulasjonen, er det imidlertid mer uklareheter i hvilken grad selvfølelse relateres til ulike stressområder og psykisk helse hos ungdom og hvordan dette varierer mellom kjønn. Å identifisere betydningen av selvfølelse for ungdoms psykiske helse er viktig kunnskap for å kunne iverksette helsefremmende og forebyggende tiltak i ungdomspopulasjonen. Hensikten med dette studiet var derfor å undersøke:

1. Sammenhengen mellom stress, selvfølelse og emosjonelle symptomer, kontrollert for kjønn, alder og sosioøkonomisk status
2. Kjønnforskjeller på emosjonelle symptomer, stress og selvfølelse.

«Imidlertid ser det ut til at gutter skårer høyere på selvfølelse enn jenter.»

Metode

Deltakere

Studiet er basert på tverrsnittsdata med ungdom fra fem videregående skoler i Trondheim kommune. Totalutvalget på de fem skolene utgjorde 3 281 elever, der $N = 2\,145$ spørreskjema ble utdelt og $n = 2\,087$ besvarte (svarrespons på 97,3 prosent). Av dem som hadde besvart ble $n = 180$ ekskludert på grunn av manglende samtykke fra foresatte eller mangelfull utfylling av spørreskjema. I tillegg ble elever eldre enn 21 år ($n = 91$) og de som ikke hadde rapportert alder ($n = 74$) utelatt. Det endelige studieutvalget inkluderte $n = 1\,816$, der 934 (51,5 prosent) var jenter og 871 (48 prosent) var gutter (kjønn ble ikke identifisert for 11 personer). Aldersspennet på utvalget var fra 15–21 år og gjennomsnittsalder for totalutvalget var 17,02 ($SD = 1,04$). For gutter 17,00 ($SD = 1,14$) og for jenter 17,03 ($SD = 1,07$).

Prosedyre

Skoler ble rekruttert gjennom rektor, og informasjon ble gitt til alle elever gjennom et skriftlig informasjonsbrev og en informasjonsvideo presentert på skolens interne informasjonssystem «It's learning». Elever yngre enn 16 år måtte ha skriftlig samtykke fra foresatte for å delta mens elever fra 16 år og oppover samtykket ved å besvare spørreskjemaet. Spørreskjemaet ble administrert ved hjelp av lærere i løpet av en skoletime i september 2016. Prosjektet er godkjent i REK-midt (REK 2014/1996).

Instrumenter

Sosioøkonomisk status: Foreldres utdanning ble målt med et spørsmål: Hva er dine foresattes høyeste fullførte utdanning? 1) Grunnskole, 2) Videregående skole, 3) Høyskole/universitet opp til 4 år, 4) Høyskole/universitet mer enn 4 år. Foreldres yrkesmessige status ble målt med et spørsmål: Hva er dine foresattes yrkesmessige status? 1) I arbeid på heltid 2) I arbeid på deltid 3) Permittert/arbeidsløs 4) Hjemmeværende. Familieøkonomi ble målt med et spørsmål besvart på en 5-punkts skala: Hvordan har familiens økonomi vært de to siste årene? 1) Vi har hatt dårlig råd hele tida til 5) Vi har hatt god råd hele tida.

Emosjonelle symptomer: Hopkins Symptom Checklist (SCL-10) inkluderer 10 itemer om symptomer på angst og depresjon der respondenten rangerer symptombelastning fra 1) Ikke i det hele tatt til 4) Svært mye; høyere skår indikerer mer symptomer (21).

Stress: The Adolescent Stress Questionnaire (ASQ-N) ble benyttet for å måle ungdoms opplevelse av stressorer i hverdagslivet i løpet av det siste året (22). Instrumentet inkluderer 30 itemer med svaralternativ fra 1) Ikke stressende/ikke relevant til 5) Svært stressende. Høyere skår indikerer høyere stressopplevelse. Instrumentet består av sju stressdimensjoner: interaksjon med lærer, jevnalderpress, hjemmesituasjon, kjæresteforhold, tilstedeværelse/regler på skolen, skole/fritidskonflikt, skolekrav/press.

Selvfølelse: Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (13,14) består av 10 itemer og måler individets opplevelse av global selvfølelse/egenverdi, med svaralternativ fra 1) Sterkt uenig til 3) Sterkt enig; høyere skåre indikerer sterkere/høyere selvfølelse.

Statistiske analyser

Data ble analysert med bruk av frekvensanalyser og gjennomsnittsskåre og t-test for undersøkelse av forskjeller i gjennomsnitt for kjønn på skalaene.

TABELL 1: Gjennomsnittsskårer og standardavvik (SD) på emosjonelle symptomer stress og selvfølelse

Meningsenhet	Jenter Gjennomsnitt (SD)	Gutter Gjennomsnitt (SD)	Min/max-verdii	t-verdi
Emosjonelle symptomer	20.31 (7.48)	15.25 (5.56)		
Selvfølelse	26.53 (5.99)	30.46 (6.06)	10 - 40	-12.50***
Interaksjon med lærer	9.14 (4.74)	7.47 (4.19)	3 - 20	7.18***
Interaksjon med jevnaldrende	14.16 (5.48)	10.74 (5.03)	5 - 25	12.54***
Hjemmetilværelsen	12.49 (5.39)	9.87 (4.70)	5 - 25	10.01***
Kjæresteforhold	8.69 (5.22)	7.78 (4.74)	4 - 20	3.51***
Tilstedeværelse/regler på skolen	11.24 (4.04)	9.23 (3.85)	4 - 20	9.76***
Skole/fritidskonflikt	12.62 (4.53)	9.94 (4.51)	4 - 20	11.37***
Skolekrav/press	12.67 (4.20)	9.77 (4.19)	4 - 20	13.28***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; $n = 1113$

Pearsons korrelasjonsanalyse ble benyttet for å undersøke bivariate sammenhenger mellom skalaene. Lineær regresjon ble benyttet for å undersøke hvordan kjønn, alder, sosioøkonomisk status, stress og selvfølelse var relatert til emosjonelle symptomer. Analyser ble gjort med SPSS 24 og Stata 14.2.

Resultater

Ved undersøkelse av kjønnsforskjeller på gjennomsnittsskårer på skalaene, skåret gutter signifikant høyere på selvfølelse mens jenter skåret signifikant høyere på emosjonelle symptomer og alle stressdimensjonene (tabell 1). Korrelasjonsanalysen viste at alle stressdimensjonene korrelerte signifikant positivt med emosjonelle symptomer ($r = 0,31$ til $0,52$), og signifikant negativt med selvfølelse ($r = -0,27$ til $0,47$). Resultater fra regresjonsanalysen (tabell 2) som undersøker sammenhengen mellom stress, selvfølelse og emosjonelle symptomer, kontrollert for kjønn, alder og sosioøkonomisk status, viste at økende grad av opplevd stress som følge av tilstedeværelse/regler på skolen, skolekrav, interaksjon med jevnaldrende og hjemmesituasjon hadde signifikant sammenheng med høyere grad av emosjonelle symptomer.

Selvfølelse var sterkt relatert til lavere rapportering av emosjonelle symptomer kontrollert for de andre variablene i modellen. Funnene viste også at jenter rapporterte signifikant høyere skår enn gutter på emosjonelle symptomer, mens alder ikke var signifikant relatert til emosjonelle symptomer. Med tanke på sosioøkonomisk status var foreldres yrkesmessige status (der foreldre var mer utenfor arbeid) signifikant, men svakt relatert til mer emosjonelle symptomer, mens sterkere

familieøkonomi var relatert til mindre/lavere grad av rapporterte emosjonelle symptomer.

Diskusjon

Funnene i studiet viser hvordan opplevelse av ulike stressorer i ungdoms hverdagsliv relatert til å tilpasse seg regler, press og krav på skolen samt interaksjon med jevnaldrende og hjemmeforhold har sammenheng med høyere grad av emosjonelle symptomer hos ungdommer i videregående skole. Resultatene viser også betydningen av selvfølelse som en signifikant sterk ressurs for ungdoms psykiske helse til tross for opplevelse av stress når man kontrollerer for kjønn, alder og sosioøkonomisk status. Gutter rapporterte høyere/sterkere selvfølelse enn jenter, og jenter skåret høyere på alle stressdimensjonene og emosjonelle symptomer enn gutter. Alder var imidlertid ikke signifikant relatert til emosjonelle symptomer. Med tanke på sosioøkonomisk status hadde ungdom med foresatte utenfor arbeid og svakere familieøkonomi betydning for mer rapportering av emosjonelle symptomer.

Funnene om negative stressorer som relatert til høyere grad av emosjonelle symptomer på depresjon og angst (5, 10), og kjønnsforskjeller i stressnivå (12, 23, 24) er i tråd med tidligere studier. Selv om stress er en naturlig del av ungdomstida, er opplevelse av samtidige og kumulative stressorer – spesielt i mellommenneskelig kontekst (for eksempel venner, familie) – en risikofaktor for dårligere helse i form av mer rapportering av symptomer på depresjon og angst. I den sammenhengen ser jenter ut til å internalisere årsaken til stress og være mer sårbare for emosjonelle symptomer som følge av stress sammenliknet med gutter (5, 12, 25).



TABELL 2: Regresjonsmodell for sammenhengen mellom stress, selvfølelse og emosjonelle symptomer kontrollert for kjønn alder og sosioøkonomisk status

Emosjonelle symptomer				
	B	SE B	β	F
Konstant	37.95	2.75		93.92
Kjønn	-1.69	.33	-.12***	
Alder	-.10	.14	-.01	
Foreldres utdanning	.16	.09	.04	
Foreldres yrkesmessig status	.34	.14	.05*	
Familieøkonomi	-.77	.18	-.10***	
Interaksjon med lærer	-.09	.05	-.06	
Interaksjon med jevnaldrende	.14	.05	.11**	
Hjemmesituasjon	.09	.04	.06*	
Kjæresteforhold	-.02	.04	-.01	
Tilstedeværelse/regler på skolen	.34	.06	.20***	
Skole/fritidskonflikt	-.05	.06	-.04	
Skolekrav/press	.05	.06	.04***	
Selvfølelse	-.50	2.75	-.44***	
R2	0.52			

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; Kjønn: jenter = 0, gutter = 1; n = 1113

Krav og press relatert til skole er noe som ungdom i økende grad opplever når de kommer på videregående skole, der presset for å få gode karakterer og å generelt prestere har blitt mer anerkjent og viktig. Ungdoms høye krav til seg selv, samt fra omgivelsene, kan over tid gi ungdom en opplevelse av å ikke mestre tilfredsstillende, noe som over tid påvirker den psykiske helsa negativt.

En potensiell stressor trenger imidlertid ikke alltid være negativt; det kan snarere fremme motivasjon, mestring og utvikling og i så måte være helsefremmende. Stressorens betydning for helsa avhenger av individet sin opplevelse av situasjonen og vedkommendes evne til å identifisere og anvende mestringsressurser man har i seg selv og i omgivelsene. Selvfølelse er i tråd med tidligere studier funnet å være en viktig mestringsressurs relatert til stressopplevelse og psykisk helse (13, 15) og viktig for hvilken oppfatning og tanker ungdom har om seg selv og deres evne til å mestre ulike utfordringer og vanskeligheter de opplever i livet. I møte med stressende situasjoner kan de med høyere selvfølelse ha lettere for å vurdere å ha flere personlige mestringsressurser og søke hjelp og støtte fra omgivelsene for å løse en situasjonen sammenliknet med de med lavere selvfølelse. Funnene i studiet viste at lavere grad av selvfølelse var sterkt relatert til mer emosjonelle symptomer til tross for opplevelse av stress. Dette er

også i tråd med tidligere studier som viser at lav selvfølelse predikerer depresjon kontrollert for tidligere depresjon (16, 26). Også i tråd med tidligere studier rapporterte gutter høyere selvfølelse enn jenter (15, 16, 18). Selvfølelsen er en stor del av ungdoms selvforståelse og formes i interaksjon med omgivelsene og i samhandling med «signifikante andre», som foreldre, venner, lærere og personer man møter i ulike settinger. Det å ha et godt forhold til seg selv, vite hvem man er og hvor man hører til, er grunnleggende faktorer for menneskets selvforståelse. Å ha god selvfølelse betyr at man aksepterer seg selv sånn som man er også med sine mangler.

I dagens «prestasjonssamfunn» ser det ut til å bli stadig viktigere å bygge opp unges selvfølelse og mestringsressurser slik at de føler at de har en egenverdi uavhengig av prestasjoner på skolen, i idretten, sosiale media og andre områder. Skolen representerer en viktig folkehelsearena for ungdom med tanke på utvikling av personlige og sosiale mestringsressurser, forming av identitet, etablering av sosiale relasjoner og dannelse for videre liv (27, 28). Med tanke på kjønnsforskjellene som ble funnet på stressopplevelse og selvfølelse, kan det indikere behov for kjønns spesifikke strategier for hvordan man kan jobbe med selvfølelse og mestring av potensielle stressorer blant ungdom. Dette kan ses i

sammenheng med WHO's definisjon av en helsefremmende skole som en arena der helse er en integrert del av skolens verdigrunnlag, miljø og pedagogiske plan. I WHO's handlingsplan for mental helse (1) er videreutviklingen av skolebaserte programmer en av de nevnte strategier for generelt å implementere arbeidet med å fremme psykisk helse. I den forbindelse viser studier til betydningen av universelle psykisk helsefremmende tiltak i tillegg til målrettede tiltak som velfungerende framfor kun individuelle målrettede tiltak hvis implementeringen fungerer (1, 29). Det trengs imidlertid mer kunnskap om hvilke tiltak som har effekt og hvordan tiltak skal implementeres best mulig i skolen. En viktig forutsetning for å lykkes er samarbeid mellom skole og skolehelsetjeneste. Helsesøstre har en unik kompetanse i å drive folkehelsearbeid og med stort potensial for tverrfaglig samarbeid innad i skolehelsetjenesten og med skolen. En annen forutsetning er styrking av kunnskapsbasert folkehelsearbeid, med samarbeid mellom praksisfeltet, forskning og involvering av ungdom som vet hvor skoen trykker.

Konklusjon

Resultater fra studiet viste at stress som følge av krav og regler på skolen, interaksjon med jevnaldrende og hjemmesituasjonen var signifikant relatert til mer emosjonelle symptomer, kontrollert for kjønn, alder, sosioøkonomisk status og selvfølelse. Høyere grad av selvfølelse var relatert til mindre rapportering av symptomer, kontrollert for de andre variablene. Gutter skåret signifikant høyere på selvfølelse enn jenter og jenter skåret signifikant høyere på emosjonelle symptomer og alle stressorer enn gutter. Skolen er en viktig arena for implementering av psykisk helsefremmende tiltak i samarbeid med skolehelsetjenesten og helsesøstre i spissen som folkehelsearbeidere. ■

Studien er et samarbeidsprosjekt mellom NTNU og Trondheim kommune og er finansiert av Norges forskningsråd.

Referanser

- WHO (2013). Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014–2015). St.meld. 19 Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter.
- Folkehelseinstituttet (2014). Folkehelse rapporten. Rapport 2014:4.
- Wichstrøm, L., T. S. Berg-Nielsen, A. Angold, H. L. Egger, E. Solheim and T. H. Sveen (2012). «Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers.» *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53: 695–705.
- Charbonneau, A.M., Mezulis, A.H., & Hyde, J.S. (2009). Stress and emotional reactivity as explanations for gender differences in adolescents' depressive symptoms. *J Youth Adolesc*, 38, 1050–1058.
- Thapar A, Collishaw S, Pine D, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* 2012; 379:1056–1067.
- Hankin BL. Development of sex differences in depressive and co-occurring anxious symptoms during adolescence: Descriptive trajectories and potential explanations in a multiwave prospective study. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2009;38:460–472.
- Essau CA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Sasagawa S. Gender differences in the development course of depression. *J Affect Disord* 2010; 127: 185–190.
- Graber JA, Sontag LM. Internalizing problems during adolescence. I: Lerner RM, L. Steinberg L (red), *Handbook of adolescent psychology*. New Jersey: John Wiley and Sons, Inc 2009.
- McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML. Stressful life events, anxiety sensitivity, and internalizing symptoms in adolescents. *J Abnorm Psychol* 2009;118: 659–669.
- Moksnes UK, Moljord IEO, Espnes GA, Byrne DG. The association between stress and emotional states in adolescents: The role of gender and self-esteem. *Pers Individ Dif*, 2010; 49: 430–435.
- Moksnes UK, Espnes GA, Haugan G. Stress, sense of coherence, and emotional symptoms in adolescents. *Psychol Health*, 2014;29:32–49.
- Erol RY, Orth U. Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. *J Pers Soc Psychol*,2011;101: 607–619.
- Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
- Moksnes UK, Eilertsen MEB, Lazarewicz M. The association between stress, self-esteem and depressive symptoms in adolescents. *Scand J Psychol* 2016;57:22–29.
- Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J, Schmitt M. Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *J Abnorm Psychol* 2009;118:472–478.
- Bos AER, Huijding J, Muris P, Vogel LRR, Biesheuvel J. Global, contingent and implicit self-esteem and psychopathological symptoms in adolescents. *Pers Individ Dif* 2010;48: 311–316.
- Orth U, Robins RW, Widaman KF. Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *J Pers Soc Psychol* 2012;102: 1271–1288.
- Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Does adolescent self-esteem predict later life outcomes? A test of the causal role of self-esteem. *Dev Psychopathol* 2008;20:319–339.
- Birkeland MS, Melkevik O, Holsen I, Wold B. Trajectories of global self-esteem development during adolescence. *J Adolesc* 2012;35:43–54.
- Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry* 2003;57:113–118.
- Moksnes UK, Espnes GA. Evaluation of the Norwegian version of the Adolescent Stress Questionnaire (ASQ-N): Factorial validity across samples. *Scand J Psychol* 2011;52: 601–608.
- Byrne DG, Davenport SC, Mazanov J. Profiles of adolescent stress: The development of the adolescent stress questionnaire (ASC). *J Adolesc* 2007;30:393–416.
- Hankin BL, Stone L, Wright PA. Corumination, interpersonal stress generation, and internalizing symptoms: Accumulating effects transactional influences in a multiwave study of adolescents. *Dev Psychopathol* 2010;22:217–235.
- Shih JH, Eberhart NK, Hammen CL, Brennan PA. Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2006;35:103–115.
- Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull* 2013;139:213–240.
- Barry MM, Clarke AM, Jenkins R, Patel V. A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health* 2013;13: 835.
- Rampazzo L, Mirandola M, Davis RJ, Carbone S, Mocanu A, Campion J. et al. (2015). Joint action on mental health and well-being. Mental health and schools. Situation analysis and recommendations for action. Report EU.
- Weare K, Nind M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Prom Int* 2011;26:29–69.



Sykepleien Forskning er nå heldigital!

I 10 år utga vi Sykepleien Forskning på papir. Siden har Sykepleien Forskning spilt en viktig rolle for utviklingen av både faget og politikken.

Nå utgir vi Sykepleien Forskning kun i digitale kanaler. Samtidig har vi styrket oss redaksjonelt med egen forskningsjournalist. I bladet Sykepleien er det sammendrag av artiklene.

Lik Sykepleien Forskning på Facebook!

Lik oss på Facebook. Da kan du enkelt holde deg oppdatert og også se hva andre kommenterer. Vær med på å utgjøre en forskjell!

sykepleien.no/forskning

sykepleien
forskning



Prevensjon til unge jenter

Jenter under 16 år må få tilbud om gratis prevensjon hos helsesøster, på lik linje med jenter mellom 16 og 20 år.



Av Anne Kjersti Myhre Steffenak,
nestleder i LaHNSF

I løpet av sommeren har media debattert gratis prevensjon til unge jenter under 16 år. Landsgruppen av helsesøstre, Norsk Sykepleierforbund (LaH NSF) mener jenter under 16 år på lik linje med jenter mellom 16 og 20 år, må ha et tilbud om gratis prevensjon.

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

Tidligere seksuell debut

Diskusjonen i sommer har løftet frem flere spørsmål og dilemmaer. Seksuell lavalder her i landet er 16 år. Skal da jenter under denne alderen tilbys gratis prevensjon? Seksuell debutalder for unge jenter kan se ut til å være synkende. I perioden fra 2002 til 2009 sank den fra 17 til 16 år (SINTEF, Rapport, 2010). Det er blitt hevdet at lett tilgjengelig og gratis prevensjon vil oppfordre til tidligere seksuell debut og aktivitet. Det er ingen

forskning pr. nå som bekrefter påstanden. Uansett vil problemstillingen sette i gang en juridisk og etisk diskusjon. Helsesøstre kjenner lovverket og hvilke retningslinjer de har å forholde seg til. En diskusjon om ulike problemstillinger vi møter i hverdagen er til det beste for tjenesten og vi skal vi ikke være redde for å hive oss ut i slike diskusjoner.

«Kobberspiral, hormonspiral og p-stav gir høyest beskyttelse.»

Leger foreskriver hormonell prevensjon til alle aldersgrupper. Helsesøstre og jordmødre har forskrivningsrett til kvinner over 16 år. Helsesøstre og jordmødre som per 31. desember 2015 hadde rekvireringsrett i Helsepersonellregisteret til aldersgruppen mellom 16 år og 19 år fikk utvidet retten til å rekvirere all prevensjon til kvinner over 16 år fra 1. januar 2016. Hvorfor skal ikke de to sistnevnte gruppene foreskrive prevensjon til aldersgruppen under 16 år? Helsesøstre møter unge jenter langt oftere enn legene, de har et lavterskeltilbud, ingen timebestilling og ofte ikke lang vei. Det viktigste for ungdommene i dette spørsmålet er å

ha lett tilgjengelige og faglig kompetente personer i nærmiljøet som de kan oppsøke når de har gått og vurdert eget prevensjonsbehov. Dersom det er spørsmål om en forskrivning av prevensjon til en ung jente og helsesøster er i tvil, vil jentas fastlege i samråd med jenta bli kontaktet, uansett alder. Det samme gjelder om helsesøster under prevensjonsveiledning av en unge jente, mener foresatte bør kontaktes. Da diskuterer hun også dette med jenta. Yngre jenter kommer ofte i grupper når de skal luften ulike spørsmål med helsesøster. Det skaper nok en trygghet. Dette gjelder også spørsmålet om prevensjon, og jentene undrer seg når en av dem som fyller 16 år om en måned må oppsøke fastlegen sin.

Spiral og p-staver

Alle helsesøstre må tilby ungdommene den til enhver tid beste prevensjon for aldersgruppen. Helsedirektoratet og WHO anbefaler langtidsvirkende reversible prevensjonsmetoder (LARC) til unge jenter. Hormonelle prevensjonsmetoder gir høy beskyttelse mot graviditet. Langtidsvirkende reversible prevensjonsmidler (LARC) – kobberspiral, hormonspiral og p-stav er de metodene som gir høyest beskyttelse. Dette må vi helsesøstre ha oss på minne når vi kanskje anbefaler p-piller fordi vi synes det er en utfordring å legge inn spiraler og p-staver. ■



Helsesøster, hvor var du?

Jeg har et ønske til alle helsesøstre: At barn som i framtiden plutselig kjenner seg sterke nok til å fortelle en vond hemmelighet skal finne dere – på kontoret, på skype, på snapchat eller facebook eller et annet tilgjengelig sted. Hver dag!

Tekst «Lucy»

Volds- og overgrepsutsatte barn trenger dere der, og det er to av oss i hver eneste skoleklasse.

I mitt liv var helsesøster først en person som bare kom innom noen ganger for å gi oss sprøyter. Helsesøsteren kalte det vaksiner. Vi barna kalte det bare sprøyter. Vi dannet oss mange forestillinger om disse sprøytene; hvor store de var og ikke minst hvor vonde de ville være. Noen fortalte om sin sprøyteskrekke og om hvordan de tidligere hadde besvimt bare ved synet av en sprøyte. Til tross for våre forestillinger ble alt annerledes når helsesøster kom. Hun var ikke bare denne sprøyta. Hun var så mye mer. Hun spurte om jeg var redd, først og fremst for sprøyter da, men hun virket oppriktig interessert i å bli kjent med meg. Hun så meg der og da, i denne skremmende situasjonen hvor noen skulle stikke meg med en nål. Hun forklarte hele tiden hva hun gjorde og hvorfor hun gjorde det. Hun ba meg si ifra om jeg fikk vondt eller var redd. Hun var tålmodig, ventet til jeg var klar.

Jeg oppfattet absolutt helsesøster som en trygg voksen. En trygghet som plutselig kom, og så dro igjen. Hun var opptatt av at jeg hadde det bra, og hun så meg som et individ, helt for meg selv. Et helt eget og unikt menneske var jeg, i hennes øyne. Da ble jeg liksom litt det i mine egne øyne også. Den følelsen var veldig viktig, trygg og god. Jeg likte henne, hun ble som en fjern, men god storesøster som brydde seg om meg, og

om helsen min. Slik oppfattet jeg det.

Jeg husker ikke om overgrepene mot meg startet i barneskolen eller i ungdomsskolen, men overgrepene mot min søster skjedde mens vi gikk på barneskolen. Det husker jeg veldig godt. For det var meg hun valgte å fortelle det til. Ikke mamma, ikke en voksen. For lillesøster var jeg den som kunne tåle og kanskje hjelpe. Hun hadde rett. Jeg tålte og jeg handlet. Ved å gjøre det jeg med mine ressurser som 10–11-åring

«Jeg oppfattet absolutt helsesøster som en trygg voksen.»

hadde makt til; å fortelle det videre til mamma. Mamma gjorde også det hun kunne, med de forutsetningene og ressursene hun hadde fått utdelt. Hun varslet helsepersonell, og forbød overgriperen å komme inn i huset vårt. Så ble det liksom med det. Undersøkelser ble gjort og det ble konkludert med at min søster ikke hadde tatt noen skade. Derfor skulle ingenting gjøres videre.

Overgriperen bodde fortsatt i gata vår, og alle naboene kjente ham, men ingen sa noe åpent om det han hadde gjort. Det var liksom hemmelig, på en fæl måte. Det som skjedde utenfor

huset eller hjemme hos andre kunne ikke mamma gjøre noe med. Ingen andre heller, som jeg kunne se eller høre. Det var veldig rart å være liten og oppleve noe så fælt, og så var det ingen andre som syntes det var fælt. Det var rart og ensomt. Det var liksom viktig kun for meg, alene. Av dette lærte jeg at jeg måtte klare meg selv. Det hadde ingen hensikt å si noe. Ingen brydde seg likevel. For det man bryr seg veldig om, det snakker man jo om og uttrykker meninger om. Man krangler til og med om det hvis noe føles viktig. Slik gjorde man om økonomi, alkohol og røyking og andre viktige ting.

Ingen kranglet om overgrep, ingen sa noe om at «huff så dårlig gjort mot et barn». Ingen sa «sånt skal ikke voksne gjøre», slik de gjorde om mobbing, slåsning, stjeling, rydding og bordmanerer. Så jeg tenkte at hvis ingen andre syntes dette med overgrep var galt og fælt, så var det kanskje ikke så fælt som det følte? Kanskje jeg tok feil? Kanskje var det noe galt med meg? Kanskje var det til og med normalt at barn skulle ha det litt fælt? Så ble det galt at jeg følte at det var fælt. Med denne lærdommen gikk jeg videre i livet, fra grunnskole til videregående skole. Jeg fødte mitt første barn som 18-åring. Det var grusomt å føde et barn og jeg gråt mye. Jeg forstod ikke hvorfor jeg følte at noe var feil med barnet, med meg og med morsfølelsen som egentlig skulle være fantastisk.

Jeg har mange ganger som voksen




TILLITT: Jeg må først og fremst vite at den personen jeg velger å snakke med faktisk mener at jeg er viktig, at jeg betyr noe, sier Lucy. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

tenkt at hvis vi hadde hatt en våken lærer og en mer tilstedeværende helsesøster på skolen, så kunne hun kanskje tatt tak i dette. De kunne kanskje, i samarbeid med foreldrene, tatt opp temaet på skolen da vi fikk vite at overgrep skjedde i bygda vår. De kunne kanskje fortalt oss hva voksne hadde lov og ikke lov til å gjøre med en barnekropp. De kunne kanskje tatt samtalen med foreldrene i et foreldremøte eller hatt en fagdag med dem om seksuelle overgrep. Kanskje kunne trenden ha snudd og overgrepene stoppet der og da. Hvis noen bare hadde bekreftet for alle oss barna og foreldrene våre at overgrep er fælt og galt så hadde det kanskje stoppet.

Det er noe med at når barn føler noe, uansett hvilken følelse det er, så trenger følelsen en bekreftelse fra andre for å ha sin rett. Slik du ser spedbarnet speiler smilet ditt forsøker barn også å speile følelsene. Som barn lette jeg hele tiden etter bekreftelse på de følelsene som var inni meg, og jeg hadde veldig

«Det er viktig å ikke være redd for å snakke for mye.»

sterke følelser av hva som var rett og hva som var galt. Det kan jeg huske, men uten bekreftelse ble følelsene utrygge og grensene ble visket ut.

Overgrepene stoppet ikke. Nettopp fordi ingen tok på seg ansvaret for å stoppe det. Det handler ikke for meg om å dele ut skyld, men helt enkelt om å stoppe overgrep. Noen må gjøre noe når overgrep blir avdekket, og noen må gjøre noe for at overgrep skal kunne avdekkes tidlig. Her mener jeg at helsesøster er i en unik posisjon. Når hun er til stede, representerer hun trygghet og godhet som barn stoler på. 



SLUTT PÅ GAVER: Hvis jeg forteller om «hemmeligheten», blir det slutt på de gavene og pengene jeg har så fryktelig lyst på, skriver artikkelforfatteren. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Vi har gått gjennom en utvikling i samfunnet hvor kunnskap om overgrep når frem til dem som ønsker å ta imot slik kunnskap. Vi har fått en ny mulighet til åpenhet, og da gjelder det å benytte seg av denne muligheten. Det er viktig å ikke være redd for å snakke for mye! Men vi er helt avhengige av at voksne som jobber med barn velger seksuelle overgrep som tema.

For at jeg, som utsatt barn, skal klare å si noe er jeg helt avhengig av tryggheten som helsesøster representerer. Jeg må først og fremst vite at den personen jeg velger å snakke med faktisk mener at jeg er viktig, at jeg betyr noe, og at det er viktig at jeg har det så bra som jeg kan ha det. Vedkommende må signalisere at målet ikke er at jeg skal få toppkarakterer og god oppførsel. Vedkommende må også signalisere at hun/han tåler å høre hva som helst og at hun/han tror på meg. Jeg som utsatt barn er veldig nøye på å teste ut akkurat dette. Derfor kan det hende at jeg forteller alle mulige fæle ting til min trygge voksne for å se hvordan vedkommende takler det, før jeg kommer til saken. Jeg må vite at hun eller han ikke svikter meg når jeg for

eksempel har gjort noe galt. For når jeg blir utsatt for overgrep så føles det som jeg har gjort noe fryktelig galt, og når man har gjort noe galt, så sier man ikke noe til en som kan komme til å svikte eller forlate, gjør man vel?

Jeg, som utsatt barn, føler ofte at overgrep er galt og at det jeg er med på, er en hemmelighet som noen regner med at jeg ikke forteller videre. Jeg har enten lovet å ikke si noe, eller hørt at hvis jeg forteller denne hemmeligheten

«Når jeg røper hemmeligheten avslører jeg meg selv også.»

så blir livet ødelagt. Livet til overgriperens, i mitt tilfelle min bror, og livet til andre som jeg er veldig glad i og helt avhengig av. Noen ganger vet jeg at hvis jeg forteller hemmeligheten så blir det slutt på å få de gavene eller pengene som jeg har så fryktelig lyst på. Når jeg

røper hemmeligheten avslører jeg meg selv også. Jeg har jo vært med på det.

Det er en stor ting for meg å røpe denne hemmeligheten. Det kan få mange stygge konsekvenser. Jeg tenker mye på hvordan jeg skal røpe den uten at jeg får skylden for det jeg har gjort. Kanskje skrive avsløringen på lapper som egentlig ikke er en avsløring eller tegne tegninger som jeg legger rundt omkring som kanskje en lærer eller en helsesøster kan få øye på. Kanskje prøver jeg å få være mye alene med en voksen, slik at den voksne kan se på meg, og se at noe er galt og så stille spørsmål som jeg ikke kan nekte å svare på. Så til slutt har jeg røpet hemmeligheten uten at det er min skyld at den kom for en dag. Det blir liksom den voksnes skyld.

Det tar veldig lang tid for meg, som utsatt barn, å bestemme meg for at jeg skal si det til noen eller røpe noe som helst om det. Tankene handler mye om dette fra den dagen jeg kjenner at det er galt og frem til den dagen jeg forteller. Jeg grubler og føler veldig mye på nervene som er utenpå kroppen. Ser an hvem jeg har rundt meg som jeg kan stole på. Alt vurderes og måles og dagene går mens jeg teller. Skal, skal ikke. Skal, skal ikke. Jeg sliter med å tenke på noe annet i hele verden og jeg føler meg tynget, skamfull og verdiløs. Mer verdiløs for hvert overgrep som skjer. Overgriperen visker gradvis ut mine grenser og jeg går i ett med omgivelsene mine noen ganger. Plutselig en dag bestemmer jeg meg likevel. Noe i meg, og noe ved deg sier meg at nå er det trygt. Nå kan noen hjelpe. Så jeg går til døren din, men så har jeg glemt at du bare er her på tirsdager. Og i dag er det onsdag. Så går det 17 år før jeg møter deg igjen ... du som tåler å høre. Du som mener at jeg er viktig. Du som synes at jeg er noe helt eget, et unikt menneske som er verdifullt. Du som ikke synes at jeg har noe jeg skulle skamme meg sånn over at jeg aldri kan snakke om det.

Som utsatt barn, trenger jeg å finne deg når jeg er klar til å si noe. ■

NYE ANBEFALINGER OM PREBIOTIKA

WAO anbefaler nå prebiotiske kostfibre til alle barn som ikke fullammes.¹



Pepticate og Pepticate PLUS er de eneste hypoallergene melkeerstatningene på markedet som inneholder den unike prebiotiske kostfiberblandingen scGOS/lcFOS (9:1), som i kliniske studier viser en forebyggende effekt på allergiske symptomer.²⁻⁴ Pepticate og Pepticate PLUS er mysebaserte, høygradig hydrolyserte produkter som brukes til barn med kumelkproteinallergi.

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

Referanser: 1. Cuello-Garcia CA, et al. World Allergy Organization-McMaster University Guidelines for Allergic Disease Prevention (GLAD-P): Prebiotics. World Allergy Organ J. 2016;9:10. doi: 10.1186/s40413-016-0102-7. 2. Moro G, et al. A mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of atopic dermatitis during the first six months of age. Arch Dis Child 2006;91:814-819. 3. Arslanoglu S, et al. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidences of allergic manifestations during the first two years of life. J Nutr 2008; 138:1091-95. 4. Arslanoglu S, et al. Early neutral prebiotic oligosaccharide supplementation reduces the incidence of some allergic manifestations in the first 5 years of life. J Biol Regul Homestost Agents 2012; 26:49-59.



WWW.KUMELKALLERGI.NO

Nutricia Norge AS. Tlf: 23 00 21 00. E-post: nutricia@nutricia.no. www.nutricia.no

NUTRICIA
Pepticate



Styrker mødrenes psykiske helse

Blues Mothers er en mestringsgruppe for nedstemte spedbarnsmødre der også barna deltar på samlingene.

Tekst **Line Moldestad**, Avdelingsleder

Tromsø har vi et unikt tilbud til nedstemte mødre. Blues Mothers er en mestringsgruppe for nedstemte spedbarnsmødre der også barna deltar på samlingene. Det er et forebyggende lavterskeltilbud i regi av Familiens hus i Tromsø kommune. Gruppen møtes ukentlig over ti uker med to timers varighet på hver samling. Formålet med gruppetilbudet er å styrke kvinnenes psykiske helse og fremme tilknytningen mellom mor og barn.

I Blues Mothers møter kvinnene andre i samme situasjon. Ved å dele erfaringer, motta psykoedukasjon om nedstemthet og engstelse i forbindelse med svangerskap og fødsel, lære om kognitive mestringsstrategier og samspill, samt delta i aktiviteter som babysang, babysvømming og babymassasje, har vi erfart at kvinner som deltar i mestringsgruppen opplever stor nytte av lavterskeltilbudet.

Startet i 2012

Blues Mothers startet opp som et pilotprosjekt våren 2012. Åpen barnehage i Familiens hus hadde da vært i drift i litt over ett år, like lenge som første kommunepsykolog hadde vært ansatt i forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune. Helsestasjonene i kommunen hadde nettopp startet opp med EPDS-kartlegging ved seks ukerskontrollen etter fødsel, og ønsket flere tiltak å tilby mødre som var

nedstemte og hadde symptomer på depresjon. I tillegg viste erfaringene at denne gruppen av kvinner i mindre grad klarte å benytte seg av barselgrupper og Åpen barnehage. Det ble søkt om og innvilget prosjektmidler fra Regionalt Kompetansesenter for Barn og Unge i Nord (RKBU-Nord). I tillegg ble det raskt opprettet kontakt med Institutt for psykologi ved professor Catharina Wang. To psykologistudenter Anette Karlsen Dalseth og Kristin Valen Kristensen bidro i utformingen av innholdet i samlingene og evaluerte tilbudet som del av sin hovedoppgave. I april 2012 startet vi opp en pilotgruppe over seks uker med seks deltakere som var i målgruppen. Erfaringene etter dette medførte at vi økte lengden på tilbudet til ti uker. Prosjektet gikk etter hvert over i vanlig drift og det har til sammen vært gjennomført elleve Blues Mothers-grupper. Tilbudet gis hver høst og vår.

Kvinnenes erfaringer

Inga er andregangsfødende. Denne gangen håper hun at barseltiden skal bli lettere. Hun er godt etablert i forholdet til pappaen. Dette blir hans første barn mens hun har en gutt fra før. Hun er i full jobb som sivilingeniør og gleder seg til barnet skal komme. Det blir en jente. Far er utrolig stolt førstegangsfar, og gir mor masse støtte og avlastning. På tross av den gode støtten og fars gode humør

FAKTA

Manual på nett

Tromsø kommune har i samarbeid med Universitetet i Tromsø utarbeidet en nettside som kan være til hjelp for andre kommuner som ønsker å etablere et liknende tilbud. Siden skal fungere som en slags manual på nett. Sjekk siden: <http://www.bluesmothers.no/>

blir ikke barseltiden slik hun hadde håpet. Hver gang storebror har dratt på skolen og far dratt på jobb, sitter hun der med lille Lotte. Hun blir med i en barselgruppe på helsestasjonen. Hun blir med på første barseltreff men takker nei neste gang, og gangen deretter. Lotte kommer sikkert til å begynne å skrike, mens alle de andre babyene sover og mødrene kan drikke kaffe. Dessuten orker hun ikke å gå i dusjen. De andre mødrene babler om babylykke og virker som de er i en rosa boble. De virker hyggelige, men det blir bare slit. Hun har ikke så lyst til å dra på kafé sammen med venninnen sin heller, for lille Lotte våkner bare uansett, gulper ut klærne sine så da blir det ikke noe kos. Hun snakker med helsesøster og får vite om Blues Mothers. Etter en liten tenkepause melder hun seg på. Hun har hørt om dette tilbudet før, men er skeptisk. Hun kjenner likevel at dette kan være den

ene tingen som hun trenger for å komme seg ut – å få treffe noen andre mødre som ikke er på en rosa sky, noen hun kan snakke med om det som er utfordrende.

Gruppelederne tar kontakt og vil møte henne, de forteller at de kan møte henne hjemme eller at hun kan komme til åpen barnehage – hva ønsker mor? Inga syns det er tungt å komme seg ut, hun kjenner seg selv og vet at hun kanskje kommer til å avlyse hvis hun skal komme seg ut. Hun inviterer dem hjem til seg og de kommer. Gruppelederne virker hyggelige, de forklarer henne hva Blues Mothers er, at det er en gruppe for mødre som har hatt det tungt i svangerskapet eller barseltiden og at her er det lav terskel for å snakke om ting som er vanskelig. Dessuten skal det både være babysang og baby massasje der, i tillegg til at en psykolog skal ha undervisning om psykisk helse og hvordan man kan komme seg ut av denne negative spiralen.

Når mor og Lotte kommer første gang til Blues Mothers er Inga spent på hvem de vil møte, og om tilbudet blir bra. Etter den første nervøsiteten har lagt seg, kjennes det ut som om hun er kommet hjem. Her er det lov til å snakke om det som er vanskelig, om barnet som hun er så usikker på og som oppfører seg annerledes enn storebror, om hvor tungt det er å gå hjemme og det negative fokuset hun har. Men det er også lov til å smile og tulle litt. Her er det noen som forstår henne når de hører at hun noen ganger ikke får av seg pysjamasbuksa eller hentet posten enkelte dager. Barna ligger på gulvet og leker. Noen er små og andre er begynt å kripe. De andre mødrene hun møter er Silja, som er førstegangsmamma i godt voksen alder og som gikk rett i dørken da morslykken aldri kom og Vibeke som har et sykt barn som har hatt en kjempetøff start på livet. Alle mødrene er forskjellige og har ulike historier. Likevel blir det raskt en åpenhet og varme i gruppa som oppleves støttende. Nå har endelig Inga en plass å gå hver




FÅR HJELP: Mødre som føler seg nedstemt får hjelp til å mestre hverdagen. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

«Aktiviteter som babysang og baby massasje tilbys, andre ganger er temaet samspill.»

uke, og da blir i alle fall ikke alle dagene tilbrakt med pysjamasbukse på. Dagene kan fremdeles være tunge innimellom, men hun finner styrke i fellesskapet og mødrene etablerer kontakt også utenfor gruppa, og hun har fått seg nye venner.

Innhold og gjennomføring

Mestringsgruppen gjennomføres med ukentlige møter på to timer hver gang over ti uker. Det settes opp en plan der det er ulike tema eller aktiviteter for hvert møte. Aktiviteter som 



NYE VENNER: Noen av kvinnene får nye venner som de treffer også utenom kurskveldene. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

babysang og baby massasje tilbys, andre ganger er temaet samspill eller man lager avtrykk av babyens hånd/fot. Hensikten ved å introdusere disse aktivitetene på gruppemøtene, er å hjelpe kvinnene i gang med aktiviteter som fremmer et bedre samspill og positive opplevelser sammen med barnet. På fem av møtene deltar kommunepsykolog, og tema for samtalen blir psykisk helse basert på kognitiv teori. Psykologen underviser i sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger, og presenterer ulike strategier for å mestre nedstemthet og engstelse. Strukturen er løs. For utenforstående kan den løse strukturen fremstå som kaotisk eller uforutsigbar, men dette er nødvendig for å gjennomføre gruppen siden spedbarna har ulike behov og mødrenes primære oppgave er å møte disse. Dette betyr i praksis at det vil være forskjellig hvor mye hver enkelt mor klarer å delta i gruppesamtalen, undervisningen og de ulike aktivitetene.

I den grad det er mulig og ønskelig, kan gruppelederne avhjelpe mødrene ved å holde, bysse, trille eller aktivisere barna slik at kvinnene kan delta i aktivitetene som foregår. Ofte vil møteplanen for dagen se slik ut:

- Oppstart med kaffe/te, småprat
- Sang (avspilt fra CD, YouTube e.l. - som introduksjon til dagens tema)
- Aktivitet/Psykoedukasjon
- Lek og prat/helsesøster kommer innom og tilbyr individuell konsultasjon (siste halve timen)

Gruppelederne har en viktig rolle i tilrettelegging av tilbudet. De tilbyr avlastning til mødrene under møtene, da flere av mødrene som deltar kan være slitne og har behov for hjelp til å delta i gruppesamtalen eller andre aktiviteter. En annen viktig oppgave er å ha overblikket på mødrene i gruppen og se hvilke behov som oppstår. Det kan også være behov for ivaretagelse knyttet til reaksjoner på

tema som det samtales om i gruppen. Det er viktig å skape en god og ivaretagende atmosfære, der vi knytter mødrene sammen og prøver å se og ivareta den enkelte mor i gruppen. Når psykologen har undervisning/leder samtalen, deltar gruppelederne i samtalen samtidig som de kan bidra med hjelp og barnepass slik at mødrene får mest mulig med seg av samtalen.

Hvem deltar?

Å bli mamma kan gjøre en kvinne ganske sårbar. På de årene vi har hatt Blues Mothers har over 100 mødre deltatt, og utfordringene deres har vært ulike. Vi har valgt å fokusere på de mødrene som har barn mellom 0-12 måneder. Vi har ikke hatt spesielle inklusjonskriterier annet enn at mor selv kjenner at dette kan være godt for henne og gjerne har fått det anbefalt av fagpersoner eller personlig nettverk.

Mødrene som har deltatt har hatt en



vanskelig tid knyttet til svangerskap, fødsel eller barseltiden. Noen har hatt en vanskelig fødsel, andre har opplevd samlivsbrudd eller problemer i parforholdet. Noen er også ensomme og har lite familie eller sosialt nettverk å støtte seg til. En del kvinner som har hatt psykiske utfordringer tidligere har hatt ønske å forebygge symptomoppblomstring i barseltiden.

Mange kvinner blir rekruttert til Blues Mothers av helsesøster. Andre har fått det anbefalt av jordmor som har fulgt dem opp i svangerskapet eller venninner, mødre, søstre eller tanter har tipset dem om tilbudet. Leger og psykologer kjenner også til Blues Mothers og har anbefalt det. Enkelte ganger har kvinnene blitt fanget opp i Åpen barnehage.

Vi har erfaring med at kvinnene har ulik sosial bakgrunn og alder, fra høyt utdannete til hjemmевærende. De fleste er til vanlig i arbeid eller skole. Så vel mødre på 18 som de på 40+ har deltatt, og dette varierer fra gang til gang.

Betydningen av tilbudet

For hvert kurs har vi gjennomført en evaluering av brukerfornøydhed, der vi har spurt kvinnene om utbytte av de ulike aktivitetene og temasamtalene/undervisningen. De fleste kvinnene formidler at det viktigste for dem har vært samtalene om psykisk helse, samspill og det å møtes. Mange har også krysset at de ulike aktivitetene har vært viktige. Vi tror at det kan være viktig for rekrutteringen at man har lystbetonte aktiviteter å tilby.

Hver gruppe blir forskjellig, og mødrene og barna som deltar er med på å prege gruppen. Det er en overraskende åpenhet i forhold til å snakke om vanskelige tema, og dermed også kunne komme til kjernen av hvorfor de deltar på Blues Mothers. Ved å dele erfaringer kan mødrene i større grad støtte hverandre. Barna har stor glede av hverandre, der de ofte leker på gulvet og ser på hverandre. Gang på gang opplever vi at mødre får kontakt med hverandre og danner et nettverk, oppretter en facebookgruppe og treffer hverandre på fritiden. Etter endt gruppe oppfordres også mødrene til å delta i Åpen barnehage, og flere

«Å bli mamma kan gjøre en kvinne ganske sårbar.»

gjør det. Gruppelederne jobber i Åpen barnehage og dette kan gjøre terskelen lavere for å delta der. I åpen barnehage får de igjen muligheten til å utvide nettverket sitt. De fleste synes at varigheten på Blues Mothers (ti ganger) er bra, men mange skulle ønske det varte lengre. Vi har erfart at det kan bli vanskelig for noen mødre når tilbudet avsluttes, og at dette kan medføre fornyet/oppblomstring i nedstemthet. For å gjøre noe med dette begynte vi med å arrangere en reunion, der gruppen møtes igjen en gang etter ca. to måneder.

Tilbud til far

Vi har flere ganger fått spørsmål om vi ikke har et tilbud til far eller øvrig nettverk, da disse er viktige støttespillere for mor og kan være påvirket av mors nedstemthet og engstelse. Foreløpig har vi i Tromsø hatt nok med å etablere og drifte tilbudet for Blues Mothers. For å imøtekomme ønsket om involvering av nettverket, gjennomførte vi våren 2017 en «nettverkskveld». Her inviterte vi pappaer, medmødre og andre viktige støttespillere for deltakerne i Blues Mothers. På møtet informerte vi om tilbudet og inviterte til en dialog rundt hvordan mors nedstemthet og engstelse påvirket dem, og hvordan de kunne være en god støtte for hverandre. Det kom fem personer på nettverksmøtet, og de tilbakemeldingene vi fikk var positive. Vi har ikke bestemt om vi ønsker å tilby dette fast, men vi ønsker å prøve det ut flere ganger.

Start egen gruppe

I Tromsø kommune har vi valgt å prioritere dette tilbudet og få det inn i driften i Familiens Hus. Vi ser at tilbudet er viktig for mange mødre og at det får ringvirkninger for familier der mødrene sliter med nedstemthet. Å gjennomføre disse mestringsgruppene som har fokus på psykoedukasjon og samspillfremmende aktiviteter kan være ett viktig tiltak som for mødrene kan være med på å bryte isolasjon, fremme erfaringsutveksling, kunnskap om depresjon, redusere skam, samt å styrke kvinnes mestringsressurser. Tilbudet krever ikke de store ressursene, i tillegg til at vi kan gi mange kvinner tilbud. Vi kan på det sterkeste anbefale andre kommuner å lage slike eller liknende mestringsgrupper. For å lette oppstarten av en slik mestringsgruppe har Line Moldestad, avdelingsleder i Familiens Hus, Tromsø kommune og Catharina Wang, Professor ved Institutt for Psykologi ved UiT laget ett nettsted som kan fungere som en slags manual. For mer informasjon besøk siden: <http://www.bluesmothers.no/> ■



Fronter holdningskampanje

Over hele landet har sanitetskvinner besøkt videregående skoler for å snakke med russen om voldtekt. I 2017 har lokale sanitetsforeninger nådd minst 8 000 russ totalt.

Tekst **Trine Steien**, leder, Harstad Sanitetsforening

FAKTA



Norske Kvinners Sanitetsforening

- Norske kvinners sanitetsforening (N.K.S.) ble etablert i 1896 og er Norges største kvinneorganisasjon med 41.000 medlemmer, fordelt på 650 lokalforeninger.
- N.K.S. er livssynsnytralt og partipolitisk uavhengig, landsdekkende og demokratisk oppbygd med sterk forankring i lokalmiljøet.
- Mange forbinder N.K.S. med inntektsbringende aktiviteter som salg av mai-blomst og fastelavensris. Sammen med loddsalg, tombola og lignende aktiviteter skaffes inntekter til organisasjonens drift og aktiviteter.
- Sanitetskvinnene bidrar årlig med betydelige beløp til lokale formål og opptil 10 millioner kroner i årlige bevilgninger til forsknings- og utviklingsprosjekter.
- N.K.S. ser behovene og retter sin frivillige innsats dit behovet er størst. Formålet er å bidra til et trygt og inkluderende samfunn.
- Medlemmene er frivillige og hovedfokus er å bidra til å bedre kvinners livsvilkår i alle livets faser – lokalt, nasjonalt og internasjonalt.

Les mer på sanitetskvinnene.no

samarbeid med tidsskriftet for ungdom «under arbeid» setter N.K.S. fokus på grenser, samtykke og det å ta ansvar gjennom sosiale medier. Russen på Heggen videregående i Harstad var samlet for å få informasjon fra politiet, Harstad Sanitetsforening, helsesøster og administrasjon på skolen før årets feiring startet. Trine Steien fra Harstad Sanitetsforening fortalte om holdningskampanjen «Ja betyr ja».

Kampanjen «jeg tar ansvar – ja betyr ja»

For å trygge russetiden fronter Norske Kvinners Sanitetsforening «Under Arbeid»-kampanjen «Jeg tar ansvar – ja betyr ja» i samarbeid med tidsskriftet for ungdom. Kampanjen har som mål at russen skal være bevisst på at i forhold til sex er det kun et bevisst og begeistret ja som gjelder. Statistikk fra KRIPOS viser at festvoldtekt utgjør 48 prosent av alle voldtekter i landet og at både gjerningsperson og offer som regel er under 25 år. Vi vet at 1 av 10 kvinner blir voldtatt i løpet av livet og at 50 prosent av disse overgrepene skjer før jenta fyller 18 år (NKVTS 2015). Vi trenger flere og mer grundige debatter om voldtekt og samtykke, både i media og på skolene over hele landet. Både jenter og gutter har ansvar for at det foreligger positivt samtykke før sex. Et fravær av nei betyr ikke automatisk ja. Ved å fokusere på at «ja betyr ja» kan vi skifte ansvarsforhol-

det i en voldtektssituasjon. Det er viktig å understreke at ansvaret for overgrep aldri ligger hos offeret.

Russen på Heggen

Russen på Heggen fikk blant annet se en film om samtykke for å starte noen tankeprosesser rundt temaet samtykke. Kan en som sover samtykke? Russen fikk informasjon om kampanjen «Ja betyr ja» og de fikk høre innlegg fra ei som har vært utsatt for overgrep, hvordan dette påvirker hverdagen og hvilke konsekvenser det kan gi å være utsatt for seksuelt overgrep. Alle som var russ

«Festvoldtekt utgjør 48 prosent av alle voldtekter i landet.»

fikk goodiebag fra Harstad Sanitetsforening med blant annet informasjon om sanitetsforeningen, kampanjen «ja betyr ja», armband og informasjon fra Landsforeningen mot seksuelle overgrep (LMSO). Både gutter og jenter som ønsket fikk gensere med «ja betyr ja» og «jeg tar ansvar» for å fronte kampanjen i sosiale medier. ■



SAMLET RUSSEN: Sanitetsforeningen presenterer kampanjen «Ja betyr ja» for russeren. I tillegg holdt både en representant fra politi og helsesøster et innlegg.
Foto: Beate Framdal/N.K.S.

FAKTA

Etablering av helsestasjoner i 1914

- I 1898 åpnet N.K.S. sin første skole for utdanning av sykepleiere med krigsplikt. Krigen med Sverige ble aldri noe av, men oppgavene innen helse og omsorg sto i kø.
- I 1899 erklærte sanitetskvinnene krig mot tuberkulosen. Deres arbeidsmetode var enkel og effektiv. Først opplysning og så innsamling av midler.
- De jobbet blant annet med folkebad, helse for mor og barn, sommeropphold for barn og friluftsskolene.
- I 1914 ble den første kontrollstasjon for mor og barn åpnet. Dette var forløperen til dagens helsestasjoner.
- Etter sanitetskvinnenes årelange kamp ble det i 1970 lovpålagt at helsestasjoner var en kommunal oppgave.

FAKTA

Harstad Sanitetsforening

- Harstad Sanitetsforening ble stiftet i 1911.
- Straks etter etableringen satte man i gang med hjelpestasjon og det ble blant annet opprettet melkestasjon for underernærte barn.
- Etter 20 års drift hadde foreningen hatt 272 pasienter på sanatorieopphold eller i sykehus. Det var delt ut 125.000 liter melk, og regionens 34 skoler hadde fått drikkefontener.
- I 1932 medvirket foreningen til en fast ordning med helsemessige undersøkelser av skolebarn.
- Etter krigen sørget en gave for at foreningen fikk eget hus der de kunne drive kontrollstasjon for mor og barn inntil dette ble en kommunal oppgave.
- I dag har Harstad Sanitetsforening cirka 115 medlemmer og arbeider blant annet med integrering, har lørdagskafe for eldre og skal starte et spennende prosjekt rettet mot kvinner i barsel.



Kunnskap i endring

Etter mange år som helsesøster har jeg sett på hvordan faget har vært praktisert de siste 15 årene. I denne teksten deler jeg noen tanker om helsesøsterkunnskap, ansvar, fag og tradisjon.

FAKTA

Av Anne Clancy, professor i sykepleie og helsefag, UiT Norges arktiske universitet

Helsesøstertjenesten er en gammel tjeneste. De viktigste oppgavene for de første sykepleierne i distriktene var pleie av syke. Etter hvert presset distriktslegene på for å opprette helsesøsterstillinger. Disse stillinger skulle gi et bedre grunnlag for å drive sykdomsforebyggende arbeid. Selv om de offentlige legene trengte medhjelpere hadde sykepleiere i distriktene en selvstendig sykepleiefunksjon basert på grunnleggende sykepleieverdier, forut for denne medhjelperfunksjonen.

Mange samarbeidspartnere

Helsesøstrenes arbeidsfelt har gjennom årene skiftet karakter i takt med endringene i folkehelsen og er tilpasset nasjonale satsinger. Utdanningen og også lokale forhold har spilt en rolle i å forme helsesøstertjenesten. Helsesøster har alltid hatt en selvstendig funksjon, men har etter hvert fått mange samarbeidspartnere og inngår også som et medlem i støttende team for ungdom og barnefamilier. Helse-

som barmhjertighet, respekt og omsorg et fundament for helsesøsterutøvelse. Det er nettopp disse grunnleggende verdier satt opp mot standarder for fagutøvelse som fordrer bruk av og kompliserer helsesøsterskjønnet. Helsesøsters selvstendige funksjon, vide rammer for innhold i tjenesten, en del uforutsigbarhet og høye idealer påvirker hennes ansvarsforhold. Hvor langt skal helsesøster strekke seg for å hjelpe? Hvor går grensene for helsesøsteransvar? Når skal andre overta? I min doktorgrad undersøkte jeg spesielt forhold knyttet til ansvar og grenser samt synlighet og usynlighet i helsesøsterpraksis (1).

Håndtering av av ansvar

Kontinuiteten i helsesøsterjobben er annerledes enn for andre sykepleiere. Helsesøster har en selvstendig funksjon, jobber mye alene og har ikke de fellesskapsformer som andre sykepleiere har. Daglig rapportering inngår ikke som rutine mellom helsesøstrene. Hun kan ikke overlate ansvaret til neste vakt. Helsesøstrene er der over tid «med døra på gløtt» (2). Levinas omtale av ansvars enorme dimensjoner i et relasjonsetisk perspektiv blir tydelig i helsesøsteransvaret (3). Måleindikatorer som vanligvis brukes for helsesøstertjenesten fanger ikke helheten i jobben. De tause sidene er mange. Disse kjennetegn kan påvirke forhold som for eksempel tydeliggjøring og overføring av helsesøsterkunnskap og håndtering av ansvar i helsesøsters praksis.

Dilemmaer

Det kontekstuelle «det kommer an på situasjonen» kjennetegner helsesøsteransvaret (2). Levinas skriver

«Hvor langt skal helsesøster strekke seg for å hjelpe?»

søster kan allikevel oppleve å bli stilt overfor problemer som er vanskelig å håndtere og oppleve at hennes kunnskap og kompetanse ikke strekker til.

Grenser og ansvar

Selv om faginnhold har utviklet og endret seg danner fortsatt de grunnleggende etiske sykepleieverdier



at andres grenser avgjør hvor mye vi skal involveres (3). Der loven trer inn i barnevernssaker er grensene allerede satt. Helsesøster kan også ha behov for å sette grenser. Det kan oppstå dilemmaer når helsesøstrene skal markere egne grenser samtidig som andres behov skal ivaretas.

Selvbevissthet

Ifølge Neumann har helsesøstre et syn på normal oppvekst som er forankret i den norske middelklassens verdier (4). Å tilhøre et bestemt kjønn eller homogen sosialklasse kjennetegner også andre profesjoner. Det er dannelse gjennom utdanning og praksis der profesjonsverdier integreres som skal åpne opp og gi en videre forståelse for en komplisert praksis, ikke klassetilørighet. En omtale av at helsesøster styres av middelklasseverdier kan gi et inntrykk av manglende profesjonalitet og underminerer kunnskap ervervet gjennom utdanning og praksis. Helsesøstrene i Neumanns studie var bevisste på sin klassetilørighet, noe som vitner om et reflektert og bevisst forhold til praksis. Denne bevisstheten er en styrke og kan være et kjennetegn på helsesøsterfaglighet, ikke en mangel på dette. Personlig profesjonalitet er det som etterstrebes.

En synlig og usynlig tjeneste

Noe av helsesøsters virksomhet er tydelig og lar seg kvantifisere. De instrumentelle oppgavene er synlige. Mye av hennes funksjon ser ut til å unndra seg

beskrivelse. Innholdet i den enkelte konsultasjonen har mange tause sider som selv deltakerne i konsultasjonen ikke ser (1). Det er vanskelig for helsesøster å beskrive hva som skjer når kunnskap formidles og de personer hun møter i sin praksis får noe verdifullt med seg. Ringvirkninger av en støttende helsesøstersamtale og en personlig tilnærming er vanskelig å beskrive og fange i aksepterte måter for å beskrive tjenesten.

Taus og undervurdert

Det er noe mer enn faktaopplysning som skal til for å fremme god helse. At helsesøster bryr seg, viser omtanke og er der som mulig hjelper er et uttrykk for grunnleggende helsesøster- og sykepleieverdier. Når utgangspunktet er at helsesøster bryr seg om den hun samtaler med, kan en forløsende støttende samtale med utgangspunkt i den enkeltes behov være helsefremmende. Den kan bidra til større forståelse, empowerment og mestring enn fakta om helseskadelig atferd. Denne faglige tilnærmingen kan vanskelig måles og presenteres i statistiske presentasjoner og kan forbli taus og undervurdert.

Trygghet eller trussel?

Helsesøstrene stiller store kunnskapskrav til seg selv. Samfunnet er i endring. utfordringer knyttet til barn og unges psykiske helse og seksualitet kan nevnes spesielt. Behovet for spesialisert kunnskap øker. Kan spesialiseringstendenser i samfunnet og et ønske om spesialisering blant helsesøstrene undergrave den

SKIFTET KARAKTER: Helsesøster har alltid hatt en selvstendig funksjon, men har etter hvert fått mange samarbeidspartnere. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



spesialkompetansen som helsesøstrene allerede besitter? Allerede i 2004 skrev jeg følgende undring:

Vil spesialisering føre til en fremmedgjøring der som alle spesialiseringer? For å ha fellesskapsformer må helsesøstrene ha noe felles. Dersom spesialisering blir aktuelt innenfor helsesøstertjenesten er det nærliggende å tro at mangfoldet, helheten og det komplekse blir borte som felles plattform og at essensen i helsesøsterspraksis etter hvert blir visket bort dersom ansvarsområder blir oppdelt. Vil fremtidens helsesøstre være spesialister på ernæring, rus, på psykiatri og så videre? Kan helsesøstertjenesten like godt deles opp i arbeidsfelt som kan betjenes av andre faggrupper som allerede har spesialkompetansen? Vesentlige endringer i strukturen vil få konsekvenser for helsesøstertradisjonen. Spesialisering kan være en reel trussel dersom det fører til

imidlertid et risikabelt prosjekt dersom søken etter spesialkompetanse skaper tvil om og undergraver den erfarne helsesøsterens allmennkompetanse og helhetsforståelse. Anerkjennelsen av den tradisjonelle helsesøsters kunnskap må ikke svekkes i søken etter spesialistkompetansen. Helsesøstre må være bevisst på og tale om sin faglighet. Utfordringen er å styrke det skjøre helsesøsterfellesskapet og finne måter å støtte dagens helsesøstre i en mange ganger ensom jobb med diffuse grenser og mye utfordringer. Former for fellesskap og mulighet til veiledning kan bidra til å lette ansvarsbyrden.

Standardisering og helsesøsterskjønnet

Skal helsesøstre henvise videre eller spesialisere seg slik at hun har spisskompetanse til å følge opp dem som trenger det? Kan helsesøsterskjønnet påvirkes når standardisert verktøy utviklet av andre profesjoner brukes som kartleggingsverktøy? Helsesøsterskjønnet må ha et spillerom for å utvikle seg. Martinsen skriver at innsikt og klokskap vunnet gjennom reflektert praksis er fundamentalt (5). I kartleggingsverktøy blir standardiserte spørsmål brukt og det er underlagt en tro på at det som etterspørres kan uttrykkes klart og entydig. Evidensbasert standardiserte verktøy kan synes å forenkle helsesøsterhverdagen og gi trygghet for at de rette spørsmålene stilles og gjøre det lettere for helsesøstre å ta opp vanskelige temaer. Helsesøstre må ha et bevisst forhold til hvorfor og hvordan hun anvender kartleggingsverktøy. Det kan lette på ansvarsfølelse å lene seg på verktøy som er forsket på og utviklet av andre. Men det må ikke føre til at helsesøsterskjønnet koples ut og parkeres dersom standardene styrer og overtar for dømmekraft i situasjonen. En reflektert praktiker vil anvende skjemaet tilpasset situasjonen, ikke overordnet den. Helsesøsteren må ha et bevisst forhold til hvordan og hvorfor hun gjennomfører kartleggingen.

«Sykepleie og helsesøsterfaget består av mer enn vitenskap.»

en strukturendring der helsesøstre erstattes med en «rus-søster», en «spiseforstyrrelse-søster» og en «psykisk-helsesøster». Det skjøre og konsistente i hennes støttfunksjon i et mangfold av situasjoner kan smuldre bort. Kan helhetsforståelsen, tryggheten og tilliten forsvinne dersom en helsesøster erstattes av flere fagpersoner? Hvis dette skjer, hvem skal være der med «døra på gløtt» for alle? (2)

Spesialiseringstendenser

Nå i 2017 undrer jeg fortsatt over spesialiseringstendenser og at helsesøstre må ha et bevisst forhold til sin kompetanse og helsesøsterfaglighet. Helsesøstre skal ha tilgang til og muligheter for spesialisering, noe annet vil være uforvarlig. Det er



Valg og konsekvenser

Grimen problematiserer bruk av generalisert kunnskap som moralsk handling i enkeltsituasjoner (6). Grimen spør: Hva skjer dersom profesjonsutøveren velger slavisk å følge rådende kunnskapskilder og ignorerer egen dømmekraft i situasjoner der etiske verdier står på spill? Er det moralsk riktig å følge dømmekraft og skjønn i møte med et menneske dersom profesjonsutøveren mener det er den beste moralske handlingen i situasjonen, selv om den avviker fra rådende kunnskapsbaserte retningslinjer? Hvordan vil dømmekraft dømmes? Dersom handlingen viser seg å være et riktig valg vil det ikke få konsekvenser. Et slikt valg får konsekvenser for profesjonsutøveren dersom handlingen i ettertid viser seg å være en feilslutning og det viser seg i ettertid at vedkommende ikke skulle ha stolt på sitt faglige skjønn og dømmekraft.

Mer enn vitenskap

Harald Grimens problematisering gir grunn til ettertanke og burde oppmuntre til en diskusjon om anvendelse av helsesøsterskjønnet og bruken av standardisert verktøy. Freidson minner oss om at profesjonell kunnskap ikke er likestilt med vitenskapelig kunnskap (8). Sykepleie og helsesøsterfaget består av mer enn vitenskap. Kunnskap er viktig, men utgangspunkt for våre handlinger må alltid være etikken. Helsesøstre må ha et bevisst forhold til hvordan deres faglighet kommer til uttrykk når de anvender generalisert kunnskap og styres av standardiserte verktøy. Å stole blindt på «standarder» som sier noe generelt trekker ofte fokus vekk fra den enkelte situasjonen der helsesøsterskjønnet anvendes. Vi må være kritisk til en utvikling som kan få oss til å undervurdere helsesøsterkunnskap som ikke alltid lar seg artikulere. Helsesøstrenes kreativitet, situasjonsforståelse, fantasi og løsningsorientering kan ikke generaliseres. Det er viktig å rette blikket på særtrekk og kvaliteter i helsesøsters praksis og forsøke å sette ord på disse. Helsesøsteransvaret omfatter omsorg for nuet og for fremtiden for den enkelte og for de mange. Generaliserte standarder skal anvendes med klokskap.

Usynlighet

Det er vanskelig å beskrive hvordan en reflektert helsesøster handler faglig intuitivt. Når forholdet mellom kunnskap og handling går i ett og kunnskapen læres bort gjennom handlingen, kan uttrykket være taust. Helsesøstrenes støttefunksjon og

faglighet har ofte et taust og forsiktig uttrykk. De deltar ofte i hverdagsverden. Livsverden er den mest selvkclare og dermed usynlige delen av vår livsform. Helsesøsteren er i kulissene som støtteperson i en «tatt for gitt» taust og usynlig hverdag. Mye av helsesøsterkunnskap er uartikulert. Helsesøstrenes forsiktige uttrykk samt deltakelse i hverdagsverden gjør hennes støttefunksjon usynlig i dobbelt forstand. Hun er der i kulissene på en godt tilslørt scene. En spesialisering av kunnskapen kan gjøre

«Vesentlige endringer i strukturen vil få konsekvenser for helsesøstertradisjonen.»

helsesøstre kunnskapsrike i utvalgte sammenhenger, men stille forventninger til at løsningen på deres usikkerhet og brukernes problemer ligger i spesialisert kunnskap. Helsesøstre er spesialist i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Helsesøster er også spesialist på mangfold, variasjoner, og på å opptre på et utvalg av arenaer. Det ser også ut til at hun gjennom sin helsesøsterpraksis blir spesialist i å tåle usikkerhet. En av hennes primær oppgaver synes ikke å være kunnskapskilde, men å lytte og gi faglig begrunnet støtte. Helsesøsterfaget styres og styrkes av forhold utenfra. Helsesøsterkunnskap er i endring og det fordrer et bevisst forhold til egen praksis. Helsesøstre, snakk om dette! ■

Referanser

1. Clancy, A. (2010) Perceptions of public health nursing practice. On borders and boundaries, visibility and voice. Doctoral thesis at the Nordic School of Public Health, Gothenburg: Sweden.
2. Clancy, A. (2004) Hvordan forstå helsesøstrenes refleksjoner knyttet til opplevelser i egen praksis? Hovedfagsoppgave i helsefag, Universitetet i Tromsø
3. Levinas, E. (1996) Den annens humanisme, Thorleif Dahls Kulturbibliotek, Oslo: Aschehoug
4. Neumann (2012) Cecilie Basberg - Helsesøster har for mye ansvar, Sykepleien nr 6/2012.
5. Martinsen, K. (1997) Fra Marx til Løgstrup, om etikk og sanselighet i sykepleien, Oslo:Tano.
6. Clancy, A. (2008) Sett etikken før evidensen, Sykepleien nr. 01/2008
7. Grimen, H. og Terum L.I. (red.) (2009) Debatten om evidensbasering - noen utfordringer. kapittel i Evidensbasert profesjonsutøvelse Oslo: Abstrakt forlag
8. Freidson, E., Professionalism: the third logic. 2007, Cambridge: Polity Press.



Hjelp til barn i utsatte livssituasjoner

Prosjektet «Bare bekymring» har bidratt til å gjøre helsesøstrene i Årstad bydel i Bergen flinkere til å avdekke skadelige forhold for barn, samt å skrive gode meldinger til barnevernstjenesten.

FAKTA

Av Elisabeth Soulaire, helsesøster, Helsestasjon og skolehelsetjenesten i Årstad, Bergen kommune

Denne artikkelen bygger på erfaringer fra prosjektet «Bare bekymring» som fant sted i årene 2011–2014 og resultatene vi så i ettertid. Prosjektet var et samarbeid mellom helsestasjonstjenesten, barnevernstjenesten, Høyskolen i Bergen ved sosionom- og helsesøsterutdanningen og «Modellkommuneforsøket» i Årstad bydel. Hensikten med prosjektet var å øke helsesøstrenes handlingsberedskap i møte med barn i utsatte livssituasjoner. Målet var å gjøre de ansatte bedre i stand til å oppdage, kartlegge og gjøre noe aktivt for barn i risiko. Selv om prosjektet primært var rettet mot helsestasjonstjenesten, fikk det tydelige ringvirkninger for skolehelsetjenesten da alle helsesøstre fikk være med på kursene og fagdage.

«Noen hadde aldri sendt en bekymringsmelding.»

Hvert år møter helsesøstrene i Årstad over tre tusen barn fra nyfødt til fem års alder. I disse møtene ligger det mange muligheter for å observere, avdekke og forhindre skjevutvikling hos barn. Omfattende forskning viser hvor alvorlig det er å bli utsatt for vold og omsorgssvikt, oppleve vold mot en av foreldrene, eller selv å bli utsatt for vold eller seksuelle overgrep. «Vold mot barn og unge er en folkehelseutfordring. Vi skal ha kunnskap og mot til å se barns smerte – også når den ikke er lett synlig. Deretter skal vi handle, og vi skal vite hvilken hjelp som er den rette i hvert enkelt tilfelle» (1, Forord)

Årstad bydel i Bergen

Det bor rundt 40 000 mennesker i Årstad bydel. Det er to helsestasjoner med til sammen vel 700 fødsler i året. I rapporten Levekår og helse i Bergen (2) scorer noen levekårsoner i Årstad høyt på dårlige levevilkår. Det dreier seg om høy andel sosialhjelp, mange barn i barnevernet, høyt antall ikke-vestlige innvandrere, stor arbeidsledighet og høy kriminalitet. Bydelen har også den høyeste andelen kommunale utleieboliger i hele kommunen. Eide et al. (3) påstår at faktorer som virker inn på forekomst av vold, er traumatisering, marginalisering, fattigdom og arbeidsløshet. Det er nærliggende å anta at mange barn i Årstad er i en utsatt livssituasjon.

Manglet erfaring

Kvello (4) spør om helsesøstre trenger mer kompetanse til å se sped- og småbarns signaler. Han undres på om helsesøstre har en vent-og-se-holdning som hindrer at barn får rett hjelp til rett tid. Prosjektleder og –medarbeider gjennomførte et intervju av 23 ansatte for å kartlegge deres kunnskap om barn i risiko og holdninger til barnevernstjenesten. Svarene ble et godt utgangspunkt for prosjektet, ettersom de avdekket utfordringer og fikk frem ressurser hos ansatte.

Resultatet av undersøkelsen viste at flere helsesøstre hadde begrenset eller manglende erfaring i samarbeid med barnevernstjenesten. Noen hadde aldri sendt en bekymringsmelding og var usikre på hvordan de skulle gå fram, og hvordan de skulle forholde seg videre til de familiene de hadde meldt. Mange uttrykte et behov for veiledning og kompetanseheving.

Kompetanseheving

Det ble arrangert kurs og forelesninger. Gruppearbeid og rollespill ble viktige metoder for å utvikle kompetanse. Det ble utarbeidet praktisk metodehjelp for det daglige arbeidet, blant annet sjekklister for observasjon og dokumentasjon av samspill og kartlegging av risikofaktorer i omsorgssituasjonen. Disse sjekklistene var ment som hjelp til egen refleksjon, og til forberedelse til samtaler der man følte seg usikker.

Det ble også arbeidet med kvaliteten på bekymringsmeldingene. De skal være konkrete, detaljerte og tydelige i sin beskrivelse for å få frem det som gir grunnlag for bekymringen. Tidligere kunne meldingene være vage og inneholdt mye synsing, og det hendte saken ble henlagt før undersøkelsen. Helse-søstrene som følte seg usikre fikk veiledning og hjelp til skrivingen av prosjektlederen og –medarbeideren. Nå får vi gode tilbakemeldinger fra barnevernstjenesten for

kvaliteten på meldingene. I løpet av prosjektet innførte vi også oppstartsamtaler der melderer møter familien sammen med barnevernet som del av undersøkelsen. Dette møtet bidrar til en avklaring av grunnlaget for meldingen og legger til rette for et best mulig fremtidig samarbeid med barnevernet og familien.

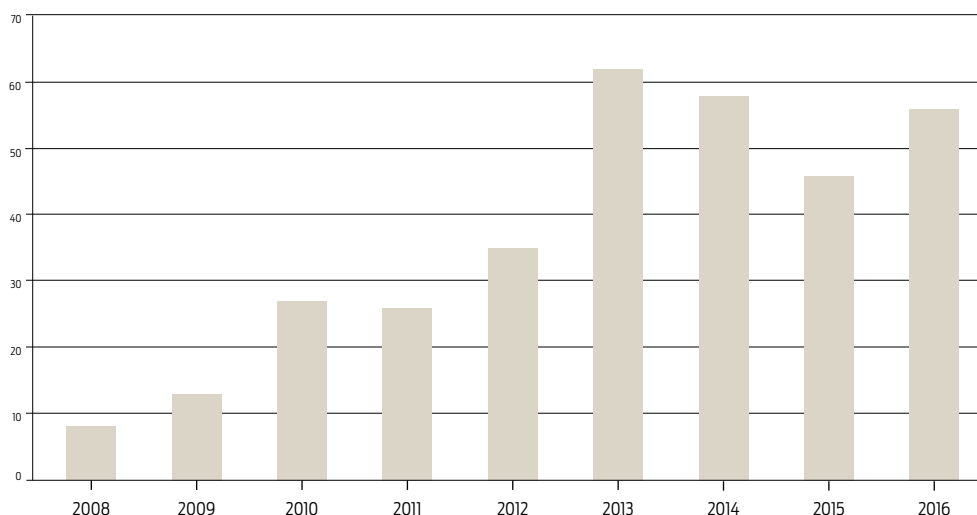
Én gang i måned har ansatte i helsestasjonstjenesten veiledning med helsestasjonspsykolog der de kan diskutere saker de er usikker på håndteringen av, og øve på kommunikasjonsferdigheter. Vi har veiledning med ansatte i barnevernstjenesten to ganger i året. Der kan de gi mer spesifikke råd i saker hvor omsorgssituasjonen er tema. Det finnes også ulike tverrfaglige team i bydelen hvor man kan drøfte saker.

God samtale

Det er en kjensgjerning at vold og omsorgssvikt er tabubelagte emner og at mange



ALENE: Barn som sliter blir ofte ikke oppdaget av fagfolk. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

TABELL: Antall bekymringsmeldinger fra helsestasjon og skolehelsetjeneste fra 2008 – 2016.


vegrer seg for å ta disse opp med foreldrene. En liste ble derfor utarbeidet med eksempler på gode formuleringer, åpne spørsmål for å starte en samtale, få i gang en tankeprosess hos foreldrene, avdekke samspillsvansker og eventuelt vold i nære relasjoner. Mange av formuleringene har helsesøstrene utarbeidet i gruppearbeid, og noen er inspirert av kurs og litteratur. De fleste ansatte fikk dessuten også opplæring i «Motiverende intervju» i 2014.

Journal og dokumentasjon

Parallelt med en økning av sendte bekymringsmeldinger økte også antall anmodninger om opplysninger fra barnevernstjenesten for barn meldt av oss eller av andre kraftig. Vi foretok en gjennomgang av journalene til barn meldt av andre for å undersøke om vi burde ha oppdaget noe bekymringsfullt tidligere. Det var som regel ikke dokumentert noe spesielt, men mange av disse familiene hadde påfallende hyppige avbestillinger eller «ikke møtt». På grunn av disse funnene begynte sekretærene å journalføre tidspunktet og årsaken til avbestillingen. Kommunen hadde allerede rutiner der vi fulgte opp familier som ikke møtte eller avbestilte avtaler flere ganger, men siden foreldrene kom en gang iblant utløste det sjelden tiltak. Mange avbestillinger i siste liten kan tyde på dårlig organisering, men det kan også være tegn på rus eller psykiatri. Disse familiene bør følges tettere opp av helsestasjonen.

God dokumentasjon i journalen, spesielt om samspill og omsorg, har vist seg å være svært nyttig når vi får en anmodning om opplysninger, og for å følge opp familien. Når vi avdekker risiko, bør vi også skrive vurderingene våre, hvorfor vi velger å melde en familie til barnevernet eller ikke. Vi kan bli bedt om å begrunne valgene våre i ettertid, og dokumenterte vurderinger gjør oppfølgingen lettere dersom en annen helsesøster skulle overta ansvaret.

En utfordring vi møter i vårt daglige arbeid er å

«Vi er blitt flinkere til å avdekke skadelige forhold for barn.»

Resultater

I vår bydel ble det allerede i 2007 rettet fokus mot barn i utsatte livssituasjoner gjennom Rådet, en formell møteplass mellom representanter fra helsestasjonstjenesten og barnevernstjenesten, og man så en beskjedent økning i antall meldinger. Under prosjektet Bare bekymring, som involverte alle ansatte, økte tallene betraktelig, og resultatene ser ut til å holde seg i etterkant. (Se tabell.)

Det er et kontinuerlig arbeid å holde oppmerksomhet på barn i risiko og våge å handle. Det krever mot å gå over terskelen det er å melde de første gangene.



finne tid til å skrive god dokumentasjon, tilby en ekstra konsultasjon eller skrive en bekymringsmelding. Knappt med tid kan gjøre det fristende å utsette en melding og se det an en stund, men vi må huske at barna kanskje ikke har tid til å vente på hjelpen!

Vold som tema

Gjennom «Bare bekymring» ble vold et mer naturlig tema på helsestasjonen. Helsedirektoratets nye retningslinjer for helsestasjonen, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom pålegger de ansatte å ta opp voldsproblematikken. «Helsestasjonen skal gjennom helsestasjonsprogrammet bidra til å avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt» (5). Allerede på hjemmebesøket snakker helsesøstrene om Shaken baby-syndrom, og vi viser filmen «Din fantastiske baby» på den første gruppekonsultasjonen. Målet er å bevisstgjøre de foresatte om farene med å riste babyen, men også å sette vold på dagsorden i konsultasjonene. Ved å ta opp temaet tidlig gjør man det lettere å bringe det opp igjen på et senere tidspunkt, og vold blir et mer naturlig samtaleemne. Foreldreveiledningspermen «Sammen foreldre og barn» blir

brukt i konsultasjoner, og vi inviterer psykologen til gruppene for å snakke om samspill når barna øker sin aksjonsradius og begynner å bli mer utfordrende ved 10 eller 15 måneder.

Åpne spørsmål

Det er hensiktsmessig å stille åpne spørsmål om strategier for oppdragelse for å fange opp familier som trenger ekstra veiledning. Ved å stille spørsmål som «hvordan takler du mangel på søvn?», eller

«Vold og omsorgssvikt er tabubelagte emner.»

«hvordan reagerer du når barnet ditt gang på gang gjør noe som ikke er lov?» får vi frem reaksjonsmønstre til foreldrene og kan gi tilpasset veiledning. Ved å spørre «har du opplevd noe i din barndom som du ikke vil at barnet ditt skal oppleve?», kan vi få frem forhold som kan ha stor betydning for barna. Ved å observere samspill mellom foreldre

HJELP: Helsesøster må si ifra hvis hun er bekymret for et barn, slik at barnet kan få et bedre liv. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

og barn får vi mye informasjon om hvordan foreldrene møter barnets behov. Bergen kommune har for tiden en stor satsing på voldsproblematikken, og samtlige helsesøstre får tilbud om seks dagers kurs om voldskartlegging, forebygging og samtale med barn om vold. Satsingen bidrar til å øke fokus på barn i utsatte situasjoner, og alle helsesøstre får en kompetanseheving på området.

Samarbeid med barnevernet

Samarbeidet med barnevernstjenesten er blitt drastisk forbedret de siste årene. Vi er blitt flinkere til å avdekke skadelige forhold for barn og skrive gode meldinger. De er blitt flinkere til å gi tilbakemelding på konklusjon på meldingene, og i det siste også

«Barn trenger våkne og modige helsesøstre.»

hvilke typer tiltak som er igangsatt. Det er viktig for den videre oppfølgingen av familien ved helsestasjonen. Men når saken blir henlagt vet vi som regel ikke om det er fordi saken ikke var alvorlig nok, eller om foreldrene takket nei til tiltakene de ble tilbudt. Vi ønsker at barnevernet innhenter samtykke hos foreldrene slik at vi kan bli informert om årsaken til henleggelsen. Dette lar seg dessverre ikke alltid gjøre.

I motsetning til det som omtales i media, skal det veldig mye til for at foreldrene mister omsorgen for barna. Vi har mang en gang vært frustrert over at barnevernet ikke fikk komme til med hjelpetiltak. Noen familier er takknemlige for å få tilbud om hjelp, men ofte skriver vi en melding mot foreldrenes vilje. De kan reagere på ulike måter, og ulempen kan være at vi mister kontakten med familien. De fortsetter å komme til avtalene, men tilliten er brutt og de forteller minst mulig til oss. Noen flytter fra bydel til bydel, eller flytter til en annen kommune i håp om å slippe tiltak fra barnevernet. Det er viktig å sende meldinger igjen og igjen dersom vi fortsatt er bekymret. Barnevernloven (6, § 4–4 tredje til femte ledd) gjør det nå mulig for barnevernet å pålegge tiltak til foreldrene uten at de mister omsorg for barna, men dette må gå via Fylkesnemnda, og terskelen er veldig høy.

Får barna hjelp?

Det er gledelig med en økning i antall meldinger, men får disse barna hjelp? Under nevner jeg noen ulike eksempler:

1. En mor som ble meldt til barnevernet på grunn av dårlig samspill med barna ble veldig sint på helsesøsteren. Hun fortsatte å komme på helsestasjonen vel vitende om at det ville bli en ny melding dersom hun lot være. Hun tok motvillig imot tilbudet om veiledning fra Familieveiledningscenteret i regi av barnevernstjenesten. Etter noen måneder spurte helsesøsteren henne om hun hadde hatt utbytte av den veiledningen. Ja, sa hun. Hun hadde lært nye måter å gjøre ting på. Ville hun anbefale tiltak til andre foreldre? Ja, det ville hun.

2. En utenlandsk mor som hadde så store problemer med å sette grenser for gutten sin at det gikk utover helsen hans, ble dypt krenket da hun ble meldt til barnevernet. Hun møtte med fem andre familiemedlemmer på oppstartsmøtet. De skulle vitne om at hun var en god mor. Hun hadde hørt rykter om at barnevernet tok barna fra familien og var naturlig nok veldig skremt. Da hun forsto hvordan barnevernstjenesten arbeidet, at hun fikk tilbud om hjelp, endret hun innstilling. Hun sa senere til helsesøsteren at hun fortalte alle sine landsmenn at barnevernet var ikke noe man skulle være redd for og at de var der for å hjelpe.

3. En annen mor ble meldt på grunn av psykisk sykdom som fikk konsekvenser for samspill og omsorg for barnet. Hun orket ikke å møte til oppstartsamtalet, men far kom. Han sa til helsesøsteren at meldingen gjorde moren til en dårligere omsorgsperson fordi sykdommen hennes ble forverret.



Det er alltid en avveining om en melding vil gagne barnet eller ikke. Vi kjenner etter hvert foreldrene godt, og det er lett å synes synd på dem. Noen av dem har en tragisk historie eller en traumatisk barn- dom bak seg. Men vi må huske at vi er der for barna! Vi skal alltid forsøke å ta vare på foreldrene, men det er barna vi skal ha fokus på og være talspersoner for. Oppgaven vår er å hjelpe foreldrene til å bli best mulig omsorgspersoner. Iblant er omsorgen likevel ikke god nok og barnevernstjenesten må involveres.

Alternative tiltak

Noen foreldre som selv søker hjelp, eller hvor saken ikke er av en slik alvorlighetsgrad at meldeplikten trer i kraft, kunne ha nytte av et lavterskeltilbud. Noen foreldre får tilbud om ICDP på helsestasjonen, men tilbudet er begrenset og er stort sett forbeholdt minoritetsspråklige foreldre. Noen kan få tilbud om familieråd. Andre henvises til samarbeidspartnere som familievernkontoret, BUP, Alternativ til vold, m.m. I dag må vi sende en bekymringsmelding for at foreldre skal få veiledning ved Familieveilednings- senteret som ligger under barnevernet i vår kom- mune. For noen foreldre blir dette en barriere som hindrer dem i å ta imot hjelpetiltak.

Bergen kommunen jobber nå med en omorgani- sering der et tverrfaglig ressurscenter – Barne- og familiehjelpen – skal tilby mer hjelp og behandling enn det som er mulig å få ved helsestasjons- og skole- helsetjenesten, og som skal inkludere Familievei- ledningssentrene. Et slikt tilbud er noe helsesøstre har ønsket seg lenge, og vi har stor tro på at flere familier vil ta imot et veiledningstilbud.

Barn trenger våkne og modige helsesøstre. Vi har ansvar for at barn som lever i utsatte livssituasjoner blir fanget opp og får rett hjelp til rett tid! ■

Referanser

1. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Rapport 24.10.13. Barndommen kommer ikke i reprise: Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017).
2. Bergen kommune (2011) Rapport: Levekår og helse i Bergen.
3. Eide, K; Quereshi, N.A; Rugkåsa, M & Vike, H (red.). (2009). Over profesjonelle barrierer. Et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge. Oslo. Gyldendal Akademisk.
4. Kvellø, Ø (2010). Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk.
5. Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for det helse- fremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. (IS 2582).
6. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Barnevernloven. Retningslinjer om hjelpetiltak. Rundskriv 06.04.2016. Nr Q-0982.



DOKUMENTERT
EFFEKTIV OG SKÅNSOM

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





Visualisering kan forbedre helsesamtalen

I en video lagt ut på YouTube er en kopp te brukt for å illustrere hvor selvsagt det er at et «nei» betyr «nei». Når vedkommende – i strekfigur – blir tilbudt en kopp te, og takker nei, er budskapet; ikke server te. Det samme gjelder for sex.

Tekst **Hilde Laholt**, helsesøster, universitetslektor, Norges arktiske universitet

Det er selskapet Blue Seat Studios som står bak det enkle – men kraftfulle – budskapet. Ved å bruke filmsnutter fra YouTube, og bilder tatt på mobiltelefonen, kan unge mennesker bli mer klar over hva som skal til for å ta vare på seg selv og andre. En kort animasjonsfilm om samtykke til te (som visualiserer grenser i forhold til seksualitet) – kan være en «døråpner» for å diskutere grenser og god seksuell helse. Ungdom synes det er spennende, og blir engasjerte, når de ser en filmsnutt om et tema de er opptatt av. Bruk av en kort film kan bidra til at ungdom blir mer i stand til å snakke om sensitive ting sammen med andre ungdommer i grupper i regi av skolehelsetjenesten, eller helsestasjonen for ungdom (1). Gjennom moderne teknologi kan barn og ungdom oppleve å bli tatt på alvor, og at samtalen skjer på deres premiser. Moderne teknologi er ungdommens arena (2).

Kjent plattform

Helsesøster treffer ungdom gjennom helsesamtalene i skolehelsetjenesten (3, 4). Helsesamtalen kan ha ulik form ved at de unge kommer spontant til helsesøsters kontor i åpen kontortid, gjennom gruppesamtaler, enkeltsamtaler med elevene, og gjennom helseundervisning

i klassene. Målet med helsesamtalene er å bidra til at barn og unge settes i stand til å ta vare på egen helse og er forberedt på å møte utfordringer i livet. Vi vet at ungdom er positive til samtalen med helsesøster, og at helsesamtalene først og fremst er fordelaktige for de mest ressurssterke og velformulerte (5–8). Erfaringer viser at de fleste som oppsøker helsesøstertjenesten er jenter. Sett i et folkehelseperspektiv er det derfor avgjørende at det helsefremmende og forebyggende arbeidet blir tilpasset både gutter og jenter (9).

Utnyttet potensial

Vi gjennomførte fem fokusgruppeintervjuer med 31 helsesøstre våren 2016 i Tromsø kommune (1). Helsesøstre ble spurt om hvilke typer visualisering de benytter seg av i sine samtaler. Vi fant at helsesøstre bruker tegning for å bli kjent med de unge – som avledning i vanskelige samtaler, og når de skulle samtale med mindre barn om skilsmisse og sorg. Metoder som psykologisk førstehjelp ble benyttet for å hjelpe ungdom med å takle problemer som mistrivsel på skolen og for å hjelpe dem å få det bedre.

«Det kan være viktig og nødvendig å bruke nye verktøy for kommunikasjon.»

Hovedideen med forskningsprosjektet vårt er å utforske hvordan visualisering kan bedre helsesøsters helsesamtale og å nå marginaliserte grupper på en bedre måte. Visualisering er bilder (tatt via mobiltelefon), filmsnutter, andre illustrasjoner, tegninger og gjenstander som dukker og matvarer (10, 11, 12). I samtalen kan helsesøster bruke moderne teknologi og gjenstander som allerede er kjent for barn og unge for å fremme deres helse (1).

«Hjelpemåter» i «psykologisk førstehjelp» kan hjelpe de unge og visualiserer strategier for å takle utfordringer i livet.

Blant konklusjonene som kom fram i prosjektet var at det finnes et stort utnyttet potensial for å bruke digitale billedverktøy og internett i enkeltsamtaler og i undervisningssammenheng. Det kan være viktig og nødvendig å bruke «nye» verktøy for kommunikasjon – også om intime spørsmål knyttet til helse. Smarttelefonen og iPad



KAN FREMME HELSE: Helsesøster kan bruke moderne teknologi og gjenstander som allerede er kjent for barn og unge når de snakker med dem. Illustrasjon: Mostphotos

FAKTA

Om prosjektet

Prosjektet «Visualisering i helsesøsters helsesamtaler» er tilknyttet forskningsgruppen «Pasientnær sykepleieforskning» og er et samarbeid mellom UiT Norges arktiske universitet (studieretning helsesøsterfag), Tromsø kommune og Universitetet i Melbourne og Universitetet i Tasmania, Australia. Prosjektet er et fireårig PhD-prosjekt med professor/filosof Geir Lorem som prosjektleder. Hilde Laholt (helsesøster) er PhD-student. Prosjektmedarbeidere er helsesøster/førstelektor Ellinor Beddari, universitetslektor Randi Elisabeth Olsen, førstelektor Anne Gerd Karlsen, professor og helsesosiolog Marylis Guillemin (University of Melbourne) og Kim McLeod PhD/helsesosiolog (University of Tasmania). Prosjektet er forventet og avsluttet i august 2019.

har endret måten vi kommuniserer på til daglig. Satt på spissen, kan vi spørre hvordan vi kan forvente at ungdom på en enkel måte skal kunne formulere seg muntlig – i kontortiden, i klasserommet

«Gutter i mindre grad enn jenter oppsøker skolehelsetjenesten.»

og gruppevis – slik man gjorde i den «analoge» tidsalderen?

Oppfordringen til helsesøstre som jobber med ungdom er å bruke mobilbilder og film fra YouTube mer systematisk i helsesamtalene med ungdom. Bilder tatt på mobiltelefon kan bidra til at guttene i større grad får muligheter til å samtale om og jobbe med utfordringer i

ungdomstiden. Dette er viktig fordi våre erfaringer viser at gutter i mindre grad enn jenter oppsøker skolehelsetjenesten. Det kan tenkes at digitale løsninger kan bidra til at både gutter og jenter kan kommunisere via nye verktøy, eller som et supplement til den tradisjonelle verbale helsesamtalen. ■

Referanser

1. Laholt H, Guillemin M, McLeod K, Olsen RE, Lorem GF. Visual methods in health dialogues: A qualitative study of public health nurse practice in schools. *J Adv Nurs.* 2017;n/a-n/a.
2. Medietilsynet. Children and media 2016 - Facts about children and youths' (9-16) use and experience of media. Fredrikstad: Medietilsynet; 2016.
3. Sosial- og helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450 [Local authority health promotion and prevention in health clinics and school health services. Guideline for the Regulation of 3 April 2003, No. 450]. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo2004.
4. Norwegian Directorate of Health. Nasjonale retningslinjer for helsestasjon (0-5 år) skolehelsetjenesten (6-20 år) [National guidelines for health clinics (0-5 years) and

school health services (6-20 years) Oslo2016 [Available from: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>].

5. Borup I, Holstein BE. Social class variations in schoolchildren's self-reported outcome of the health dialogue with the school health nurse. *Scand J Caring Sci.* 2004;18(4):343-50.
6. Borup I. The school health nurse's assessment of a successful health dialogue. *Health and Social Care in the Community.* 2002;10(1):10-9.
7. Borup I, Holstein BE. Does poor school satisfaction inhibit positive outcome of health promotion at school? A cross-sectional study of schoolchildren's response to health dialogues with school health nurses. *J Adolesc Health.* 2006;38(6):758-60.
8. Skre II, Friborg OO, Breivik CC, Johnsen LIL, Arnesen YY, Wang CECEA. A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health.* 2013;13:(873):1-15.
9. Olsen RE. Kjønnsforskjeller i bruk av helsestasjon for ungdom - Helsesøsters opplevelser av og erfaringer med gutters bruk av helsestasjon for ungdom [Master thesis]. UiT, Norges Arktiske Universitet2014.
10. Rose G. Visual methodologies: an introduction to researching with visual materials. 3rd ed. ed. Los Angeles: Sage; 2012.
11. Guillemin M. Understanding illness: Using drawings as a research method. *Qual Health Res.* 2004;14(2):272-89.
12. McLeod K. Wellbeing Machine: How health emerges from the assemblages of everyday life. 2017.



Aktuelle bøker

Omslagsfoto Forlagene



ANMELDELSE

Forfatter:
Kari Løvendahl Mogstad
Forlag: Capellen Damm AS
Anmelder: Åsa Karlsen,
helsesøster, Harstad

Kroppsklemma

«Hvordan har du det?»
«Jeg vet ikke, jeg har ikke sett meg i speilet ennå».

Slik begynner Kari Løvendahl Mogstad sin bok «Kroppsklemma - Hvordan være trygge og gode voksne for barn og unge i et kroppsfiksert samfunn». En bok som er høyst relevant i vår samtid. Hun skriver spesielt for foreldre som skal være gode og trygge rollemodeller for den oppvoksende generasjonen. Jeg tenker boken er svært aktuell også for fagfolk som arbeider med barn og unge og for de med samfunnsrettet makt. Vi bør lese og reflektere over det forfatteren skriver og vi burde alle ta stilling til hvilket samfunn vi ønsker å leve i og hvilke verdier vi ønsker å formidle til våre barn og ungdommer.

Hvordan er det å vokse opp i dag, og hvordan er det å leve i en verden der man forventes å være perfekt dag og natt, hele tiden? Hun tar leseren med inn i dagens kroppsfikserte samfunn der skjønnhetstyranni styres

av «the big business» som tjener rått og kynisk på at både barn, unge og voksne ønsker å forbedre seg selv til det ytterste. Der skjønnhetsidealet som råder kommer fra barbie dukkens glatte barnslige utseende, retusjerte usanne bilder og pornoindustriens glattbarberte filmstjerner. Kroppsklemmen er ikke bare et ønske om å ha en fin kropp - det dreier seg om mye mer. Det er ikke godt nok i dag å være god nok. Forfatteren ønsker å beskrive for oss voksne hvordan det er å vokse opp i dag for at vi skal bli bedre i stand til å veilede våre barn ut av kroppsklemmens urealistiske krav og forventninger, og ikke minst potensielle helsefarlige konsekvenser.

Boken er inndelt i tre deler der første delen forteller oss om de fysiske og psykiske konsekvensene av å alltid måtte være perfekt. Forfatteren skriver om møtepunkter med ungdom gjennom sin praksis som fastlege. Unge mennesker som sliter med depressive symptomer, angst, overdreven trening og spiseproble-

matikk. Forfatteren forsøker med hjelp av faggrupper som psykologer, sosiologer, psykiatere og filosofer sine forklaringer på hva det er som får ungdommene våre til å bli så utslitte, deppa og føle på meningsløshet.

Alle har vi behov for å føle at vi er en del av noe større enn oss selv, noe som gir mening til livet. Mening med livet viskes ut av et komplekst forbrukersamfunn, tap av fellesskap og tradisjoner og der produksjon og konsumpsjon er mål i seg selv. Individualitet og selvrealisering går så langt at det ikke lenger er frigjørende, men heller disiplinerte og begrensende. Forfatteren poengterer at det tross alt er veldig mange ungdommer som har det helt fint og er tilfreds med både kroppen sin og hvordan de har det. Hun spør seg selv hva det er som kjennetegner disse fornøyde ungdommene og gir et godt svar: «Man har simpelthen større respekt for kroppen sin, og en større grad av aksept for hva og hvordan kroppen ser ut og oppfører seg». Hun mener imidlertid at det bør forskes mer på nettopp positivt kroppsbilde.

I bokens andre del beskriver Mogstad viktige samfunnsfenomener som bidrar til jakten på en uoppnåelig perfektjon. Hun tar opp temaer som søvn, kost, slanking, treningstrender og overdreven trening. Hun skriver videre at det er stadig flere som gjør kosmetiske inngrep for å innfri skjønnhetsidealet. I alle tider har vi dyrket det vakre, men i dagens samfunn er dette idealbildet snevret inn og er for de fleste av oss uoppnåelig. Men med hjelp av internett blir vi alle eksponert for idealbildet overalt og hele tiden. Hun spør hvor kroppspresset kommer ifra og problematiserer samfunnets seksualisering. Til tross for økt likestilling lever gutter og jenter i en stereotypisk virkelighet der jenter skal være søte og deilige mens gutter skal være sterke og barske. Dette forsterkes på nett med rosa bloggerte, retusjerte bilder og medias enorme påvirkningskraft. Hun mener det er bortkastet å snakke

om seksualisering, kroppspress og overgrep om ikke pornoen løftes frem i lyset. Pornoen har enorm påvirkningskraft og skaper idealer og press for hvordan man skal se ut og oppføre seg for å bli attraktiv. Pornoen er bare et tastetrykk unna og for mange den første seksualundervisningen.

I bokens tredje og siste del kommer forfatteren til hva som kan gjøres for å rive seg løs fra kroppsklemmen og hvordan man kan være der som forelder for ungdommen. Hun mener at bevisstgjøring er en avgjørende faktor. Ikke bare for oss som er forelder, men politikere og enhver som har makt til å gjøre en forskjell, bør bevisstgjøres. Hun skriver om økt kunnskap, intervensjoner, om ulike skoleprogrammer som har effekt, livsmestring som skolefag, skolehelsetjenestens viktige tilbud, idrettslag og organisasjoner, kampanjer og lovendringer.

Jeg syns at Kari Løvendahl Mogstad har klart å skrive en meget viktig bok som traff meg hardt i magen. Den fikk meg til å reflektere over egne holdninger og til å løfte blikket å se nye og viktige sammenhenger. Hun skriver usminket men ikke moraliserende. Hun klarer å veve inn både forskning og andres tanker om tema på en lettlest, troverdig og spennende måte. Det er en bok som bokstavelig talt er skremmende og som Finn Skårderud psykiater og professor sier: «Dette er en bok om moderne ufrihet». Men forfatteren har også klart å gi en oppskrift på hvordan man kan ta seg ut av «kroppsklemma» og den gir håp om at vi til sammen kan løsne på korsettene - både på oss selv men fremfor alt på våre barn og ungdommer.

Kari Løvendahl Mogstad er lege og spesialist i allmennmedisin og idrettslege. Hun har også en stilling som universitetslektor ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU. Hun er en samfunnsengasjert debattant, og er en ivrig skribent. Kroppsklemma er hennes første bok.



Aktuelle bøker

Omslagsfoto Forlagene



ANMELDELSE

Forfatter:

Lisbeth Gravdal Kvarme

Forlag: Fagbokforlaget**Anmelder:** Hege A. Johansen, helsesøster og PMTO terapeut i Harstad kommune

Sårbare skolebarn

Boken «Sårbare skolebarn. Trivsel og helse for barn med psykososiale utfordringer» er skrevet av helsesøstre, psykologer, sykepleiere og lærere. Boken har 13 kapitler som hver tar for seg ulike tema. Tre av kapitlene har et påfølgende kapittel med samme tema, hvor man går enda mer i dybden på temaet og ser på metoder for å hjelpe barna. Boken belyser ulike sårbare skolebarn og viser til verktøy man kan bruke som kan være med på å bedre barna sin hverdag. Målgruppen er alle som har faglig interesse for skolebarns psykologiske helse. Boken er spesielt godt egnet til helsesøstre i barne- og ungdomsskolen. I tillegg til lærere og andre.

Sårbare barn er ikke en ensartet gruppe og det er mange tema og sykdommer man kunne ha tatt opp her. Redaktøren/forfatterne har valgt ut de litt «usynlige» barna. Barn som ikke gjør så mye av seg og som ikke gir så sterkt uttrykk for selv å trenge hjelp. Barn man som hjelpere kanskje må «lete» litt etter, barn som kanskje vil skjule at de sliter og har det vanskelig. Barn med sykdommer man ikke har hatt så mye fokus på og barna selv ikke sier så mye om? Hvordan kan vi se disse barna? Hvordan kan vi nå inn til dem? Hvordan kan vi hjelpe dem på best mulig måte? I tillegg har man tatt med seg kjente tema som barn med skilte foreldre og barn i sorg.

Boken starter med et kapittel om livskvalitet og vennskap. Man ser på viktigheten av vennskap for et barn, ulike vennskap, livskvalitet. Det å være et stille og sjenert barn blir gjennomgått, med løftgruppe (løsningsfokuserte samtaler) for stille og tilbaketrukkne elever i skolen som en måte å kunne jobbe med barna på. Videre går man inn på temaet mobbing og forebygging av frafall i skolen. Et kapittel handler om det å ha støttegrupper mot skolemobbing. Skolebarn og sorg tas opp, generelt, ved hjelpetiltak og ved sorggrupper. Grupper for elever med skilte foreldre omtales og gjennomgås. Så har forfatterne med temaet rus og det, for et barn, å ha en oppvekst med foreldre som ruser seg. Barn som vil skjule, og som har det vanskelig. Psykologisk førstehjelp er med i ett kapittel av boka, med hjelpehånda. Av sykdommer er skolebarn og astma, og skolebarn og epilepsi omtalt i hvert sitt kapittel. De litt skjulte sykdommene som barna kanskje ikke selv snakker så mye om. Til slutt ser man på viktigheten av å ha et godt samarbeid mellom skole, skolehelsetjeneste og foreldre.

Boken er oversiktlig og godt oppbygd med en god innholdsfortegnelse, referanser etter hvert kapittel og et oversiktlig stikkordsregister. De ulike forfatterne er også kort beskrevet. Det er lett å finne frem til det man ønsker å lese om og man kan også

bruke boken som et oppslagsverk når man har behov for å sette seg inn i de aktuelle tema man skal jobbe med. Boken er lettlest med et lettfattelig språk. Den er full av små historier og caser, og inneholder mange eksempler fra barn og flere direkte beskrivelser på hvordan man kan møte disse barna i gruppe eller ved samtale/annet. Dette gjør at boken er lettlest, interessant, variert og konkret.

Som helsesøster vil man kunne lese om det man til daglig jobber med i skolehelsetjenesten. Man vil kjenne igjen temaene og problemstillingene og noen av de gruppevirksomheter man allerede har i dag. I tillegg vil man kunne få inspirasjon til å se på annen mulig gruppevirksomhet og bli inspirert til å gå i gang. Finne motivasjon og engasjement til å sette enda mer fokus på de stille og sjenerte barna? Forfatteren ser at temaet sjenanse og tilbaketrukne elever er viktig å belyse, da disse barna kan trenge hjelp på lik linje med de utagerende barna. Vi lever i en verden med ekstroverte idealer, noe som kan by på utfordringer da det forventes at elever skal delta aktivt verbalt. Som boken sier: Forskning viser at sjenanse og tilbaketrukkenhet hos elever kan gi økt risiko for sosial angst, rusproblemer og frafall på skolen i tillegg til mobbing. Boken tar for seg hvordan vi kan hjelpe de som blir mobbet ved gruppe? Hvordan forstå og sette seg inn i det å leve med rusmisbrukende foreldre? Hvilke utfordringer kan barn med astma og epilepsi ha? Hvordan bør man legge opp en sorggruppe?

Redaktør og forfatter Lisbeth Gravdal Kvarme er helsesøster og har skrevet flere artikler om mobbing og bidratt som medforfatter og redaktør i forskjellige fagbøker. De andre forfatterne er også erfarne innenfor sine områder. Forfatterne har fått frem viktigheten av å ha fokus på nettopp disse utvalgte sårbare barn. Boken belyser og ser på hvilke konsekvenser det vil kunne få om barna ikke får den hjelp de trenger, og hvordan man på best mulig måte kan nå inn til og hjelpe barna. Boken «Sårbare skolebarn» er godt egnet til bruk i skolen og er spesielt godt egnet til bruk for helsesøster i skolehelsetjenesten.



ANMELDELSE

Forfattere:

John Kjølbli, Helene Eng, Sigrun K. Ertesvåg, Ivar Frønes (red.)

Forlag: Cappelen Damm

Anmelder: Mary-Line Mikalsen, helsesøster/fagkoordinator Tromsø kommune

Å mestre det vanskelige

Boken er en del av en serie på fire bøker om evidensbaserte intervensjoner for å styrke oppvekst og utvikling for barn og unge. Det å hjelpe barn med emosjonelle, atferdsmessige og sosiale problemer er fokuset i boken. Det er fire forfattere. De presenterer gjennom ni kapitler ulike intervensjoner. Disse er rettet mot å hjelpe barn og unge til å mestre ferdigheter og utvikle strategier for en best mulig psykisk utvikling. Arbeidsformene som presenteres er knyttet til å skape endring hos sårbare barn og unge. Flere av intervensjonene er rettet mot depresjon og angst.

Boka gir godt innblikk i intervensjonene. I hvert kapittel beskrives hvordan man jobber med metodene. I hvilken grad det er gruppe- eller individbasert. Når, og i hvor stor grad, foresatte involveres og hvorfor dette er viktig. Boka har mange referanser og sier noe om hvilken effektstudie man har på den ulike intervensjonen. Den beskriver hvilken kompetanse man må tilegne seg for å kunne utøve den enkelte intervensjon.

Noen av intervensjonene overlapper hverandre. En del av det som beskrives i forhold til de ulike utfordringer man ser hos barna, blir i flere kapitler repetert. Det er derfor mulig å lese ett kapittel alene dersom det er en spesifikk intervensjon man er spesielt interessert i.

Som helsesøster var det interessant å få en samlet oversikt over intervensjonene og hvilken effekt man har sett. Det var også fint å få en oversikt over ulike intervensjoner som er mulig å bruke når man skal jobbe med sårbare barn og unge.



Psykhjelpen – et lavterskeltilbud

For 14 år siden startet vi opp Psykehjelpen – et lavterskeltilbud i Tromsø kommune. Denne artikkelen skildrer våre erfaringer rundt det å føre psykologkompetanse inn i førstelinjen.

Tekst **Agnes Bohne**, Psykolog/PhD-stipendiat, praksiserfaring fra Psykhjelpen, **Kari Galaaen**, Psykologspesialist/universitetslektor, veileder Psykhjelpen, **Catharina E A Wang**, Psykologspesialist/professor, initiativtaker/daglig leder Psykhjelpen, Institutt for psykologi, UiT Norges Arktiske Universitet

Juni vedtok Stortinget å lovfeste at alle kommuner skal ha psykolog som del av sin kjernekompetanse. Psykologfaglig kompetanse skal dermed være en naturlig del av førstelinjetjenesten, men på hvilken måte dette skal foregå er fremdeles under utarbeidelse. Erfaringer som høstes nå er derfor viktige bidrag til utformingen av fremtidens kommunepsykologstillinger. I Tromsø driftes et lavterskeltilbud ved navn Psykhjelpen som et samarbeidsprosjekt mellom Forebyggende helse-tjenester i kommunen og Institutt for psykologi (IPS) ved UiT. Det er nå snart 14 år siden oppstart av tilbudet, og vi vil gjerne dele våre erfaringer fra hvordan vi i tett samarbeid med helsesøstre og jordmødre har ført psykologkompetanse inn i førstelinjen.

Hva er Psykhjelpen?

Psykhjelpen er et lavterskeltilbud som tilbyr psykologisk rådgivning, gitt av psykologstudenter under veiledning. Hos Psykhjelpen gis det hjelp til å kartlegge og sortere problemer, det gis støttesamtaler og fokusert korttidsterapi. Vi tilstreber å holde ventelistene nede, slik at det skal være mulig å få time innen en uke. Tilbudet startet med Psykhjelpen for ungdom (PSU) i 2003, utviklet i samarbeid med Helsestasjon for ungdom, for å gi et mer helhetlig helsetilbud til ungdom-

mer på deres egen arena (5). Tilbudet ble raskt populært, og PSU har nå vært driftet i snart 14 år og er et kjent tilbud for ungdom i Tromsø. Samtidig med et økt fokus på perinatal helse ved IPS startet vi i 2015 også Psykhjelpen for de minste (PSM), for å tilby psykologisk rådgivning til vordene foreldre og familier med barn fra 0–5 år (2).

Perinatal periode er en sårbar fase av livet, og tilbakemeldingene fra helsesøstre og jordmødre var at mange hadde behov for ekstra støtte, men at det var manglende tilbud å henvise videre til. IPS hadde tidligere utviklet mestringsgruppen «Blues mothers» i samarbeid med Forebyggende helsetjenester, og det var derfor naturlig å videreføre et sam-

«Psykhjelpen fungerer som en los, som viser vei til rett tilbud og bidrar til at overgangen blir god.»

arbeid omkring denne målgruppen (3). PSM ble også raskt populært, og det kom signaler fra Forebyggende helsetjenester

om at et tilbud til barn i skolealder også hadde vært nyttig. Dermed startet vi i fjor Psykhjelpen for barna (PSB), og fra høsten vil hele 10 psykologstudenter drifte Psykhjelpen i Tromsø.

Hvem går til Psykhjelpen?

Det er vanskelig å kategorisere menneskene som benytter seg av Psykhjelpen. Psykologisk rådgivning passer spesielt godt for dem med lette vansker og bekymringer. Noen trenger bare en eller to støttesamtaler for å havne på rett spor. Den nybakte mammaen som ikke vet hvordan hun skal be om mer deltagelse fra samboeren. Hybelboeren på 16 som lurar på om han er normal som har så mye hjemlengsel. Andre har litt mer å sortere, men nyttiggjør seg korte løp på 3–7 samtaler. Den gravide som har ambivalente følelser og mye bekymringer rundt det å bli mor, men som opplever seg klar etter noen samtaler. 14-åringen som ligger våken om nettene i forkant av en skolepresentasjon, men som etter noen samtaler og øving sammen med psykologstudent går seirende ut derfra.

Men på Psykhjelpen treffer vi også tobarnsmammaen som for første gang søker hjelp og forteller om sin oppvekst med vold og overgrep. 15-åringen med alvorlige selvmordstanker som har levd med en stefar som forgrep seg på henne.



VELLYKKET SAMARBEIDSPROSJEKT: Psykhjelp-modellen er et eksempel på en fremtidsrettet praksisarena, som absolutt kan overføres til andre kommuner med psykologstudenter. Illustrasjon: Mostphotos

Familien med omfattende sosioøkonomiske vansker og rusproblematikk. Psykhjelpen fungerer som et trollgarn, som fanger opp alt. Fra de minste problemer som er løst etter en samtale, til de som burde hatt omfattende oppfølging for lenge siden.

En viktig del av jobben i Psykhjelpen er derfor å gjøre vurderinger av alvorlighetsgrad, og sørge for at brukerne blir henvist videre til et passende tilbud. I alvorlige saker er spesialisthelsetjenesten et naturlig neste steg. Men vurdering og sortering innebærer også å se hvilke saker som fint kan følges videre av helsesøster.


Eksempelvis kan helsesøster henvise en jente med symptomer på spisevegring til Psykhjelpen. Etter noen samtaler hos Psykhjelpen kan konklusjonen være at dette ikke er av alvorlig grad, men at jenta bor sammen med mor og en søster som sliter, og har behov for en ekstra

voksenperson som ser henne og lytter til henne. Da kan jenta henvises tilbake til helsesøster som står klar til å følge henne videre. Psykhjelpen fungerer som en los, som viser vei til rett tilbud og bidrar til at overgangen blir god.

Samarbeid med helsesøstre

Vår erfaring er at helsesøstrene i Tromsø verdsetter samarbeidet med Psykhjelpen, både som drøftningspartner og som et godt tilbud å henvise videre til. Når helsesøstrene treffer noen med alvorlige psykiske vansker er det hensiktsmessig å henvise direkte til spesialisthelsetjenesten. Men dette er ikke alltid enkelt å vurdere, og i gråsonene fungerer Psykhjelpen som et utmerket alternativ. Mammaen med forhøyet EPDS-skår trenger nødvendigvis ikke mer enn 3–4 samtaler for å få troen på egne foreldreferdigheter og kjenne ener-

gien komme tilbake. Deretter fortsetter den normale oppfølgingen hos helsesøster, men nå med visshet om at helsesøster så behovet for ekstra støtte, sørget for at mammaen fikk det og er ekstra oppmerksom på hvordan familien har det fremover. Helsesøster fungerer som en trygg havn, som sender deg videre når behovet melder seg og som alltid tar i mot når du kommer igjen.

Lokaliseringen av Psykhjelpen har også vært viktig for et fruktbart samarbeid mellom studentene og helsesøstrene og jordmødrene. PSU er plassert på Helsestasjon for ungdom på ungdomshuset Tvibit, PSM på Sentrum helsestasjon hvor også jordmortjenesten holder til, PSB på to helsestasjoner utenfor sentrum. Psykhjelpen er i de samme lokalene som de andre faggruppene, noe som bidrar til tilgjengelighet og naturlige møtepunkt, slik at det er 



lav terskel for å dra nytte av hverandres kompetanse. Det er skapt et rom for å drøfte problemstillinger og luften tanker. Psykhjelpen har også telefontreffetid, slik at helsesøstre som sitter et annet sted kan ringe for å drøfte problemstillinger ved behov.

I fremtiden ønsker vi at samarbeidet skal bli enda tettere, gjerne gjennom felles konsultasjoner i saker hvor det kan være nyttig. Psykhjelpen vil etterstrebe sømløse overganger og helhetlige tilbud til brukerne.

Vårt mål med tiltaket

Psykhjelpen er et mellomstopp hvor ingen blir værende lenge, men det er likevel en viktig havn å seile innom. Målet fra vår side er at de som kommer til Psykhjelpen skal få en god erfaring med det å søke hjelp. Det er viktig for oss at de

Fremtidsrettet praksisarena

Psykhjelpen hjelper ikke bare sine brukere, men også studentene som drifter tiltaket. Gjennom praksis ved PSU, PSM eller PSB får psykologstudentene viktig praksiserfaring fra kommunalt nivå. Dette innebærer erfaring med rask kartlegging, rådgivning og korttidsterapi, samarbeid med andre faggrupper og god kjennskap til de tiltak og samarbeidspartnere som eksisterer i førstelinjen. Det innebærer også vurdering av tiltaksbehov og henvisning, samt øvelse i normaliseringsperspektiv og mestringsfokus. Denne erfaringen tenker vi gjør studentene godt egnet for fremtidens kommunepsykologstillinger.

Psykhjelpen samarbeider også med kommunepsykologene som er ansatt i Forebyggende helsetjenester, hvorav en av dem fungerer som veileder ved PSU.

derfor viktig, og på dette området har studentene med praksis fra Psykhjelpen en stor fordel. Vi opplever at studentene gjennom sin praksis erverver en kompetanse som gjør dem godt rustet til å seile ut på det åpne havet som ligger foran dem i førstelinjen.

Konklusjon

Psykhjelpen er et vellykket samarbeidsprosjekt mellom Forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune og Institutt for psykologi ved UiT. Modellen er et eksempel på en fremtidsrettet praksisarena, som absolutt kan overføres til andre kommuner med psykologstudenter. Den kan selv sagt også benyttes med utdannede psykologer. Tilbudet har lav terskel, både for dem som søker hjelp, og for tverrfaglig samarbeid og drøftning. De som søker hjelp blir møtt av et tilbud som er gratis, har maks en ukes ventetid, er lokalisert hvor målgruppene naturlig oppholder seg, og hvor store og små problemer blir møtt med et normaliseringsperspektiv og mestringsfokus. Brukerne møter også et psykologtilbud hvor det er reell samhandling mellom faggrupper, det være seg helsesøstre eller jordmødre, fastlegen, eller instanser i spesialisthelsetjenesten. Målet er at de som henvender seg til Psykhjelpen skal få en god erfaring med det å søke hjelp, og det tror vi at vi har lyktes med. ■

Referanser

1. Ajo, A., & Vik I. (2008). Psykologer ut i kommunen: Fra klinikk til åpent jorde. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 45(2), 151-156.
2. Bohne, A. & Wang, C. E. A. (2017). Fra praksis: Psykhjelpen for de minste. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 54(8), 745-752.
3. Kristensen, K.V., Dalseth, A.K., Moldestad, L., Wallan, S., Lorem, G., Jentoft, G., & Wang, C.E.A. (2015). Blues Mothers. Et gruppebasert mestringsstilbud ved fødselsdepresjon. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 52(5), 405-412.
4. Moldestad, L., & Wang, C. E. A. (2017). Blues Mothers. For fagfolk som hjelper nedstemte spedbarnsmødre. Hentet fra: <http://site.uit.no/bluesmothers/>
5. Wang, C. E. A., Berge, K., Johnsen, L. I., Arnesen, Y., Breivik, C., Hanssen, T. B., Jentoft, G., Skre, I. (2007). Psykhjelpen på Tivbit: Psykologisk rådgivningstjeneste på ungdommens kulturhus i Tromsø. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 44(3), 247-253.

«Psykhjelpen er et mellomstopp hvor ingen blir værende lenge, men det er likevel en viktig havn å seile innom.»

som jobber på Psykhjelpen anerkjenner den krevende livssituasjonen til de som kommer, det være seg overgangen det er å få et barn, få hverdagen til å gå rundt med småbarn eller håndtere pubertert og ungdomstid.

Psykhjelpen er opptatt av å normalisere fremfor å sykeliggjøre. Vi stiller ikke diagnoser, men forsøker å bidra til at de som kommer kan forstå seg selv og sine opplevelser bedre. Selv alvorlige tilstander kan møtes med et normaliseringsperspektiv. Dette innebærer ikke å bagatellisere problemer, men å forstå at under visse betingelser så er det normalt at vansker oppstår. Økt forståelse og aksept kan gjøre det lettere å mestre utfordringer i livet. Gjennom å møte noen som anerkjenner ens belastninger, kan belastningene bli lettere å bære, eller lettere å jobbe videre med.

De nåværende kommunepsykologene sitter selv sagt på erfaringer og kompetanse som er svært verdifull for psykologstudenter som kommer til å møte et arbeidsmarked hvor de er ønsket i førstelinjen. Kommunepsykologenes oppgaver må nok utformes særskilt etter behov i de enkelte kommunene, men erfaringen fra Psykhjelpen og andre kommunale psykologtilbud (1) er at arbeidet i førstelinjen er svært variert. Flexibilitet, tillit til egen kompetanse og evne til å ta det som kommer synes



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





Kartlegger ungdommers helse

De fleste unge i Tromsø og Balsfjord har god helse, selv om en stor andel er overvektige, lite fysisk aktive og har lav vitamin D-status. Det viser helseundersøkelsen Fit Futures.

FAKTA

Av Annelene Moberg, helsesøster og prosjekt-administratør i Fit Futures. Tromsø kommune

Helsesøstre var sentrale i gjennomføringen av undersøkelsen Fit Futures og bidro til en deltakelse på hele 93 prosent. Alle elever som gikk vg1 på videregående skole ble invitert til å delta og alle klasser ble besøkt. Undersøkelsen ble gjennomført skoleåret 2010–11 og gjentatt skoleåret 2012–13. Undersøkelsen har bidratt til ny og oppdatert forskning om ungdoms helse.

Ungdomshelse

Ungdomsårene er en periode hvor den enkelte gjennomgår store fysiske, biologiske og sosiale endringer. Det er også en periode hvor levevaner som kan ha betydning for senere helsetilstand etableres. Hensikten med helseundersøkelsen Fit Futures er å

gen over 25 år og er Norges mest omfattende og best besøkte befolkningsundersøkelse gjennom 40 år. Undersøkelsen inkluderer spørreskjema med omfattende spørsmål om liv og helse, kliniske undersøkelser og intervju. Forskningen har gitt viktig kunnskap om helse og sykdom i befolkningen og har bidratt til bedre pasientbehandling lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Oppslutningen om undersøkelsen har hele tiden vært stor. I de fleste aldersgrupper har mer enn 75 prosent av de innkalte møtt til undersøkelse. Dette har sikret høy kvaliteten på undersøkelsen og de vitenskapelige resultatene. Den siste Tromsøundersøkelsen ble gjennomført i 2015–16 og hadde 21083 deltakere i alderen 25 til 85 år (1).

Fit Futures

Helseundersøkelsen Fit Futures ble gjennomført i et samarbeid mellom Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT Norges arktiske universitetet, Universitetssykehuset Nord-Norge og Folkehelseinstituttet. Fylkesutdanningssjefen i Troms og rektorene støttet prosjektet, og det ble etablert samarbeid med hver enkelt videregående skole i regionen. Forskergrupper med prosjekter i tidligere Tromsøundersøkelser samarbeidet om Fit Futures. Selve undersøkelsen inkluderte kartlegging av forekomst og risikofaktorer for kronisk smerte, vitamin D-mangel, diabetes og pre-diabetes, kolonisering av gule stafylokokker og hudsykdom, lav beintetthet, nivå av fysisk aktivitet og fysisk form, immunologiske reaksjoner mot transgene proteiner fra kosten, jernmangel, øresus, overvekt, miljøgifter i hår og blod, karies, samt frafall i videregående opplæring. Til sammen 13

«Fit Future er den første ungdomsundersøkelsen av sitt slag i Norge.»

studere langtids helseeffekter av disse endringene i ungdomsperioden. Denne kunnskapen om ungdommers helsetilstand vil gi oss oppdatert kunnskap som grunnlag for utvikling av nye og bedre sykdomsforebyggende tiltak tidlig i livet.

Tromsøundersøkelsen

Helseundersøkelsen Fit Futures bygger på samme modell som Tromsøundersøkelsen og er en del av denne. Tromsøundersøkelsen inkluderer befolknin-



forskningsgrupper var med på å samle inn data fra ungdommene og forsker nå på dette datamaterialet.

Overvekt

Fit Futures er den første ungdomsundersøkelsen av sitt slag i Norge. Mange av testene har ikke vært gjort i stor målestokk hos ungdom tidligere. Foreløpige

resultater fra Fit Futures 1 viser at de 508 jentene og de 530 guttene var i gjennomsnitt 17 år ved undersøkelses tidspunkt (2). I gjennomsnitt var jentene 165 cm høye og veide 61,4 kg noe som ga en BMI på 22,6. Guttene var i gjennomsnitt 177 cm høye og veide 70,6 kg og hadde en BMI på 22,5. 5,3 prosent av jentene og 7,5 prosent av guttene var undervektige for alderen. På den andre side var 15,4 prosent av jentene og 16,4 prosent av guttene overvektige for alderen. 7,1 prosent av jentene og 7,7 prosent av guttene hadde sykelig overvekt. Den samlede overvekten på 22,5 prosent hos jenter og 24,1 prosent hos gutter er blant den høyeste overvekten målt i Norge hittil.

PRØVETAKING: : Bildet viser hvordan en prøvetaking kan foregå i Fit Futures. Illustrasjonsfoto: Universitetssykehuset i Nord Norge, kommunikasjonsavdelingen

FAKTA

Hva forskes det på?

- Kroniske smerter
- Vitamin D-mangel
- Diabetes og pre-diabetes
- Bakterier og hudsykdom
- Beintetthet
- Fysisk aktivitet
- Kost
- Jernmangel
- Øresus
- Overvekt
- Miljøgifter
- Karies og tannsykdom
- Frafall i videregående opplæring
- Astma og allergi

Røyk og snus

75 prosent av ungdommene rapporterer at de aldri røyker og kun 5,5 prosent av jentene og 3,8 prosent av guttene rapporterer daglig røyking. Dette vurderes som lav forekomst. Dessverre er forekomsten av snusing høyere, da 18,9 prosent av jentene og 28,1 prosent av guttene rapporterer daglig snusing. I tillegg er det godt og vel 10 prosent som rapportere at de bruker snus av og til. En stor del av ungdommene, 23,4 prosent av jentene og 30,4 prosent av guttene





Spørreskjema	Intervju	Kliniske undersøkelser
<p>Spørreskjema inneholdt spørsmål om: Familie, kostvaner, fysisk og psykisk helse, søvn, fysisk aktivitet, skolegang, sykdom og medisinerbruk, sosialt nettverk, pubertet og kroppsfasong, alkohol og nikotinbruk, kroniske smerter, hudproblemer, tannhelse, øresus, hodepine og magesmerter, fjerning av mandlene, personlig hygiene og soling, farging av hår, sykehusinnleggelse, allergier og egenvurdert helse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuell akutt sykdom og symptomer (eks. pågående infeksjon) • Kroniske sykdommer • Bruk av legemidler • Tid siden siste måltid • Sosialt nettverk • Menstruasjon og graviditet (kvinner) 	<ul style="list-style-type: none"> • Blodprøver • Vekt, høyde, hoft- og midjemål • Hvileblodtrykk og puls • Hårprøve for analyse av kvikksølvnivå • Mikrobiologisk nese- og halsprøve for påvisning av <i>Staphylococcus aureus</i> • DEXA-scanning: beintetthet i hofter og total kropp, samt kroppssammensetning • Smertefølsomhet (kulde, varme, trykk) • Total fysisk aktivitet over en uke med ActiGraph • Glukosebelastningstest (etterundersøkelse) • Tannundersøkelse

rapporterer at de aldri smaker alkohol. 30 prosent av begge kjønn rapporterer at de smaker alkohol to eller flere ganger i måneden.

Fysisk aktivitet

Når det gjelder fysisk aktivitet viser funnene noen interessante kjønnsforskjeller. Blant jenter er 15 prosent inaktive, 41 prosent moderat aktive, 28 prosent rapporterer at de driver med sport og 16 prosent driver hard trening. Fordelingen blant guttene er annerledes da 30 prosent er inaktive, 25 prosent er moderat

høy skjermtid har betydelig lavere beinmasse enn de aktive guttene på samme alder (3).

Nivå av vitamin D

Vitamin D status er også en viktig helsemarkør. Her fant vi en signifikant kjønnsforskjell; gjennomsnittsnivået på vitamin D blant jenter var på 54,2 nmol/l og blant gutter var gjennomsnittet 40,5 nmol/l. Anbefalt grense for vitamin D er på 50 nmol/l. Av jentene hadde 51,3 prosent et nivå som lå over anbefalt grense mens hos guttene hadde bare 29,7 prosent verdier over anbefalt nivå. I forhold til de nasjonale retningslinjene hadde totalt 60,2 prosent vitamin D mangel (serum 25 (OH) D <50 nmol/l), 16,5 prosent hadde lave nivåer (<25 nmol/l) og 1,6 prosent hadde alvorlig underskudd (<12.5 nmol/l). Blant de med lave nivåer, var det høyere forekomst av snusbruk, lavere inntak av tran, vitamin-tilskudd, lavere aktivitetsnivå og mindre soling (4). Forskerne tenker at den høye forekomsten av lave vitamin D nivåer, særlig blant guttene er bekymringsfullt. Vi vet ikke om det lave nivået vil vare, og vi kjenner ikke de helsemessige konsekvensene.

Lite om kosthold

Til tross for et omfattende spørreskjema med over 200 spørsmål, var det kun få spørsmål om kosthold. Det vil være ønskelig med en mer grundig kartlegging av dette ved en ny undersøkelse. Til tross for at mye data ennå ikke er analysert kan vi ut fra det publiserte materialet slutte at ungdommene generelt har god helse, men en stor andel er overvektige, lite fysisk aktive og har lav vitamin D status, faktorer som kan bidra til helsemessige utfordringer senere i livet. Det interessante er at alt dette er sentral tematikk i helsesøsters forebyggende

«30 prosent av begge kjønn rapporterer at de smaker alkohol to eller flere ganger i måneden.»

aktive, 23 prosent driver med sport og 22 prosent med hard trening. Dette viser at aktivitetsnivået hos guttene varierer mer enn hos jentene ved at en større andel er inaktive og er en større andel er svært aktive. Det blir interessant å studere hvordan dette vil påvirke helsetilstanden fremover – hvor store helseforskjeller blir det mellom de inaktive og de aktive guttene? I dette øyeblikksbildet som Fit Futures gir, ser vi ikke de store forskjellene og de fleste av ungdommene rapporterer at de har svært god helse. Men, flere av ungdommene rapporterer høy tidsbruk foran skjerm. Igjen er det slik at jentene balanserer tiden foran skjerm med andre aktiviteter, mens guttene gjør det i mindre grad. At dette får helsemessige konsekvenser ser vi allerede, ved at de inaktive guttene med



arbeid i barne- og ungdomsårene og vil være viktig for helsesøstre å kjenne til og følge opp. Det samme gjelder den lave fysiske aktiviteten, særlig blant guttene.

Helsesøsters rolle

Helsesøster ble ansatt i studien og fikk hovedansvar for rekruttering og oppfølging av elevene. Hun hadde også ansvaret for all logistikk med timer og transport av elevene mellom skolen, sykehuset og universitetet. Hun ivaretok den regelmessige kontakten med sykepleiere på Forskningsposten hvor undersøkelsen ble gjennomført, samt tannleger og tannpleiere på universitetets tannklinikk. Etter avtale med skoleledelsen ble det etablert et samarbeid med en kontaktperson på hver skole. Rekrutteringen foregikk klassevis med muntlig presentasjon av undersøkelsen på skolen og skriftlig informasjonsbrosjyre som elevene tok med seg hjem. Elever som var interesserte i å delta, bekreftet deltakelse på internett via lenke sendt til elevens e-postadresse. Deltakere som hadde fylt 16 år, undertegnet skriftlig samtykke selv, når de møtte til undersøkelsen ved Forskningsposten. For yngre deltakere krevdes skriftlig samtykke fra foresatte som eleven tok med til undersøkelsen. Alle som deltok

fikk et gavekort til butikker i Tromsø sentrum på 200 kr. Kjennskap til ungdom, skolen og skolesystemet i kombinasjon med inngående kjennskap til sykehuset, Forskningsposten og de kliniske undersøkelsene gjorde at helsesøster ble et viktig bindeledd mellom de ulike enhetene. Det er vanskelig å tenke seg at en annen faggruppe kunne innehatt denne samlede kompetansen. Fremover blir det viktig at helsesøster ikke bare er med på denne type undersøkelse, men også oppnår kompetanse for å initiere, utvikle og drive en slik undersøkelse selv – på egne faglige premisser.

BEINMASSE: Undersøkelse av beinmasse og kroppssammensetning ved DEXA-Scan. Illustrasjonsfoto: Universitetssykehuset i Nord Norge, kommunikasjonsavdelingen

«75 prosent av ungdommene rapporterer at de aldri røyker.»

Forebygging og nytte

Kartlegging av helse og livsstil i overgangen fra barn til voksen åpner for verdifull kunnskapsutvikling og forskning i forhold til sårbarhet for sykdom og sykdomsutvikling. Fit Futures vil gi økt kunnskap om utsatte grupper og livsløp. Med dette vil forskningen støtte tiltak i forhold til forebygging og tidlig





diagnostikk av kronisk sykdom som er et av hovedverktøyene i regjeringens samhandlingsreform for å sikre bærekraftig helsetjeneste til befolkningen.

Frafall i videregående opplæring er definert som et folkehelseproblem fordi fullført grunnutdanning er et avgjørende utgangspunkt for god helse gjennom livet – Fit futures vil gi ny kunnskap om hva som er suksessfaktorene for en god utdanningsbasis.

For mange lidelser, især de som påvirkes av livsstil, legges grunnlaget for fremtidig helse i ungdomsårene. Kroniske sykdommer med tidlig sykdomsdebut har dessuten ofte mer alvorlig forløp og større sosiale og økonomiske konsekvenser enn med sykdomsdebut i høyere alder. Ungdom har generelt tettere og mer dynamiske sosiale nettverk, noe som innebærer et annet mønster for blant annet smittespredning enn i den voksne befolkningen. Slike forhold gjør at forskning på helse og helseatferd hos ungdom er

vesentlig for å støtte tiltak i forhold til forebygging og tidlig diagnostikk av sykdom som er et av hovedverktøyene i samhandlingsreformen (5). ■

Takk til styringsgruppa for Fit Futures ved professor Nina Emaus og førsteamanuensis Anne-Sofie Furberg for innspill til artikkelen og samarbeid over flere år.

Referanser

1. https://uit.no/forskning/forskningsgrupper/sub?p_document_id=367276&sub_...
2. Winther, Anne m.fl., The tromsø Study: Fit Futures: a study of Norwegian adolescents' lifestyle and bone health, Arch Osteoporosis 9;185 2014
3. Winther, Anne m.fl., Leisure time computer use and adolescent bone health—findings from the Tromsø Study, FitFutures: a cross-sectional study, BMJ Open, June 11, 2015
4. Øberg, Johanna m.fl., Vitamin D deficiency and lifestyle risk factors in a Norwegian adolescent population, Scandinavian Journal of Public Health, 1–10, 2014
5. <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

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 å 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 barneutstubsbutikker



Hjelp til tenåringsforeldre

Helsestasjon for ungdom (HFU) i Tromsø er og har vært en ressurs for ungdom og deres foreldre gjennom mange år. I 2015 utvidet HFU sin aktivitet med et gruppetilbud til tenåringsforeldre.

Tekst **Merete Nypan**, avdelingsleder, Helsestasjonen for ungdom, Tvibit og **Randi Elisabeth Olsen**, helsesøster, Helsestasjonen for ungdom, Tvibit

Foranledningen til gruppetilbudet var mange telefoner fra bekymrede foreldre. Samtidig meldte en ungdomsskole behov for en arena hvor foreldre kan møtes og utveksle erfaringer knyttet til ungdomstiden. Et daværende prosjekt inviterte til tverrfaglig samarbeid, hvor blant annet Helsestasjon for ungdom var involvert. Dette inspirerte til fortsatt fokus på tenåringsforeldre og utfordringer de står i og deres behov for støtte.

Tromsø kommune arrangerer regelmessig ICDP-veilederutdanning som ledd i satsingen på foreldrestøttente tiltak – hovedsakelig til sped- og småbarnsforeldre. Vi så muligheten for å ta for oss tenåringsforeldres behov og tilbud. Og med ICDP-veilederutdanning i kofferten kunne Helsestasjon for ungdom våren 2015 for første gang gjennomføre et gruppetilbud til tenåringsforeldre.

Utfordringen var å videreføre dette tilbudet med utdannede veiledere og nok ressurser. Familiens hus søkte derfor om prosjektmidler for å styrke tilbudet. I 2016

ble flere veiledere utdannet, og våren 2017 ble det kjørt to fulle ICDP-grupper til tenåringsforeldre i Tromsø kommune.

Ensom situasjon

Vi synes det er positivt at det satses på ungdommers foreldre. Helsesøster-tjenesten er et tjenestetilbud til barn og

«Vi så for oss muligheten for å ta for oss tenåringsforeldres behov.»

unge (0–20 år), og det innbefatter de foresatte. Samtidig er kontakten, foresatte imellom og mellom foresatte og helsesøstertjenesten, ofte redusert når barna etter hvert blir ungdom. Mange voksne vet heller ikke hvem de kan kontakte når de har behov for å rådføre seg om det store barnet.

Boka «Storbarnsliv» av Guro Hoftun Gjestad har nok slik sett gitt gjenklang hos mange foreldre til de store «barna». Det oppleves for mange som en ensom situasjon, og det kan være både utfordrende, skambelagt og uvanlig å diskutere hverdagsutfordringer med andre. I motsetning til sped- og småbarnstiden hvor alt er tillatt å samtale om: gulping, gråt, nattevåk og annet. På samme måte som vi beroliger foreldre med barn som ennå ikke har tatt bena fatt på 12-månederskontroll eller ikke alltid spiser opp grøtporsjonen sin, må også ungdomsforeldre støttes og styrkes til trygghet. Også de kan trenge et klapp på skulderen iblant.

Storbarnsliv

«Når ble Maria stor? Barnet jeg hadde fulgt gjennom dagene og nettene. Hånd i hånd til barnehagen. Til og fra skolen. Hun som hadde krøpet opp i sengen vår når hun var redd for troll og tyver – når begynte hun å slippe taket? Det skjedde gradvis slik en skog gror igjen, lydløst som når en knopp brister.» (1, s. 40).





Slik beskriver Guro Hoftun Gjestad i sin bok «Storbarnsliv» (2015) barnets overgang til ungdomstiden. Når det lille barnet blir større, er det mye som blir endret. Foreldre kan betrakte dette med forundring og fasinasjon.

Noen endringer kan utfordre foreldre mer enn andre. Ungdoms behov for selvstendighet kan utfordre foreldres behov for omsorg og kontroll. Dette kan påvirke relasjonen mellom foreldre og ungdom. Foreldre må kunne tåle å stå i

«Foreldre må kunne tåle å stå i avvising og konflikt.»

avvisning og konflikt og samtidig være en trygg base i livet for den unge. På samme måte som man er der for det lille barnet.

God kommunikasjon

Prosjektet knyttet til ICDP-kurs for ungdomsforeldre tar mål av seg å fremme god kommunikasjon og relasjon mellom ungdom og foreldre. Her ligger en anerkjennelse av at ungdomsforeldre kan oppleve usikkerhet i egen rolle og at de kan ha behov for å dele erfaringer med andre.

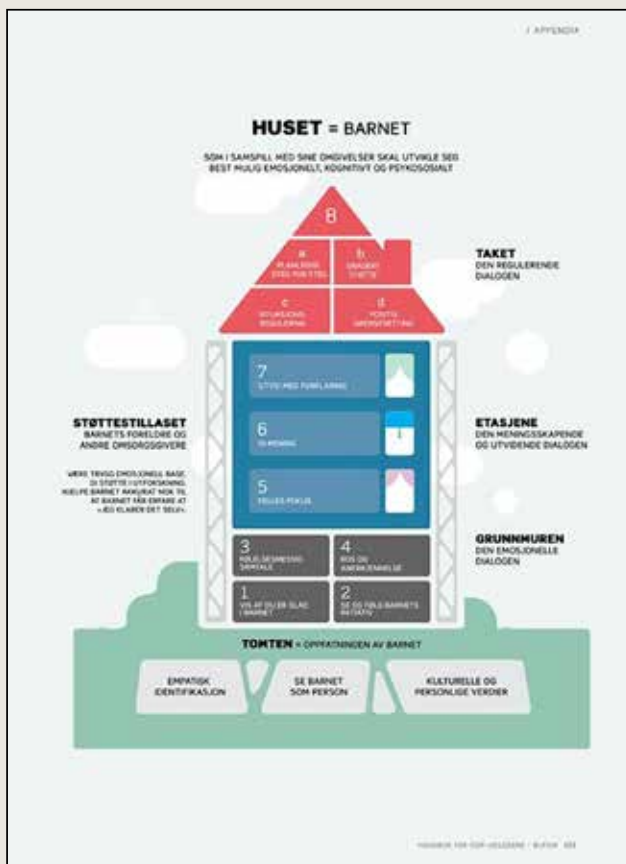
Gruppeprosessen og møter med andre foreldre er et viktig element i ICDP.

ICDPs verdigrunnlag bygger på den internasjonale konvensjonen for menneskerettigheter og barnekonvensjonen. Konvensjonene gjenspeiler den humanistiske verdiorienteringen som representerer etiske og moralske syns-

FAKTA

ICDP

- International Child Development Program (ICDP) er basert på utviklingspsykologiske teorier og er et helsefremmende og forebyggende psykososialt tiltak som er utviklet av Karsten Hundeide og Henning Rye.
- Målgruppen er foreldre og andre omsorgsgivere til barn i alderen 0–18 år. Tiltaket ledes av veiledere som er sertifisert. Standardversjonen retter seg mot foreldre generelt. I tillegg finnes versjoner som er tilpasset spesielle målgrupper som foreldre med minoritetsbakgrunn, foreldre som sitter i fengsel og foreldre til barn med funksjonsnedsettelse.



Illustrasjon: Marianne Fletland/Håndbok for ICDP-veiledere, Bufdir, 2016



punkter på hva som er menneskeverd og menneskers rett til et verdig liv (2).

Overordnet målsetting for ICDP er:

- Å fremme den positive oppfatning av og holdningen til barnet/ungdommen
- Å påvirke omsorgsgivers forståelse av hvor viktig samhandlingen mellom omsorgsgiver og barnet/ungdommen er for barnets/ungdommens utvikling
- Å fremme omsorgsgivers oppfatning av seg selv som kompetent og mestrende.

Håndbok for ICDP-veiledere

Våre erfaringer med gruppetilbud til ungdomsforeldre har vært av udelte positive karakter. Det å skape en trygg atmosfære i gruppen opplevde vi som vesentlig og noe som bidro til at gruppemøtene bar preg av raushet og omsorg. Detaljert agenda for gruppetreff (standardversjon) ble fulgt og bidro til en klar kjøreplan for åtte gruppetreff. (2, s. 157).

Håndbok for ICDP-veiledere bærer preg av primært å være rettet mot foreldre til de små barna. Mye måtte av den grunn justeres for å passe til tenåringsforeldrene. Det er derfor positivt at det nå utarbeides et eget opplegg tilpasset ungdomsforeldre.

ICDP-programmet inviterer til forskjellige metoder for å jobbe med de ulike temaene. Sensitiveringsbidrag som musikk, videosnutter og dikt bidro til å tune foreldre inn mot tema og hjemmeoppgavene. Dette var viktig for å holde temaene varme og for prosessene foreldrene gikk inn i. Refleksjoner rundt egen oppvekst var viktige bidrag i forståelsen av egen foreldrerolle. For

eksempel: Hvem hadde vært de betydningsfulle voksne? Og hvorfor?

De som ønsket det, delte minner fra egen oppvekst. En annen metode var dette med redefinering av ungdommen i huset. Gjennom «bollemannen» (2, s.

«Klarer man å holde rosen ren, eller sniker det seg inn litt kritikk?»

96) kan man eksemplifisere negativt ladete beskrivelser på den ene siden og redefinere på den andre siden. Slik kan en negativ beskrivelse av en ungdom få en positiv valør. For eksempel kan hissig bli til temperamentsfull og kraftfull, sur til alvorlig og tankefull, sta til utholdende, og rampete til oppfinnsom. Videre ble fastlåste mønstre og oppfatninger tematisert og prøvd ut i rollespill.

Hverdagsutfordringer

Innleder man, som forelder, alltid med en kritisk røst, eller er man bevisst på å korrigere uten å kritisere? Og klarer man å holde rosen ren, eller sniker det seg inn litt kritikk?: «Så fint at du har støvsuget, men kunne du ikke gjort noe med rommet ditt samtidig?». Dette er eksempler på hverdagsutfordringer foreldre og ungdom står i og som kan påvirke relasjonen og forsure hjemmemiljøet.

Ikke overraskende hadde ungdomsforeldrene stort behov for å få snakke om hverdagslivet og hverdagsutfordrin-

ger med sine store barn. Vi opplevde at gruppetilbudet var betydningsfullt for foreldrene. Gjennom åtte kurskvelder ble de styrket i troen på at de var viktige som foreldre og at det de gjorde var bra. Vi opplevde at det å bli møtt med sine ulike erfaringer, tanker og bekymringer og det å få spørre: «Er jeg god nok foreldre, er det jeg gjør godt nok?», var viktig for dem. Positive foreldrestrategier ble aktivert og foreldrene opplevde større trygghet i foreldrerollen. ICDP som metode bidrar til å fremme omsorgsgivers oppfatning av seg selv som kompetent og mestrende forelder. Dette er i tråd med empowermentideologien, som er grunnpilaren i det helsefremmende arbeidet.

Nye kurs er planlagt, og det er venteliste med foreldre som ønsker å delta. Håpet er at det vil være ressurser til fortsatt drift når prosjektperioden er over i 2018. Vi avslutter med et sitat av Guro Hoftun Gjestad:

«Jeg trodde det var en umulig samtale. At vi ikke kunne snakke om de store barna. Jeg oppdaget at det ikke var sånn. Å snakke om dem, virkelig samtale om dem, er å ta dem på alvor. Men vi skal ikke le av dem, ikke himle med øynene og fortelle hvor håpløse de er, ikke klage og syte over rotet deres, bråket deres og alle reglene de hele tiden bryter – men snakke skikkelig om dem. Barna våre.» (1, s. 336). ■

Referanser

1. Guro Hoftun Gjestad (2015). Storbarnsliv. Om å vokse opp med barn. Oslo: Forlaget Oktober AS
2. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2016) Håndbok for ICDP-veiledere. International Child Development Programme. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.





Utdanningskrisen må løses nå!



Av Eli Taranger Ljønes,
helsesøster

Styrking av helsestasjon- og skolehelsetjenesten kan ikke skje uten at utdanningskapasiteten økes. Her har både nasjonale myndigheter, utdanningsinstitusjonene, kommunene og LaH NSF en jobb å gjøre.

Det utdannes altfor få helsesøstre i dag til å kunne følge opp myndighetenes satsing på helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Jeg frykter det vil gå utover kvaliteten på tjenestetilbudet. I tråd med opptrappingsplan for tjenesten må det på plass en strategi for å utdanne flere helsesøstre. Nasjonale og lokale myndigheter, utdanningsinstitusjoner og kommuner må gå sammen om jobben som må gjøres.

I artikkelen vil jeg trekke frem dokumentasjon på hvorfor jeg mener vi nå står i en utdanningskrise for tjenesten, og gi noen innspill på hvordan vi kan møte utfordringene. Jeg vil bruke eksempler fra egen kommune på grep som er tatt for å møte utfordringene, og håper det kan inspirere andre kommuner i arbeidet med å rekruttere kvalifiserte helsesøstre.

Jeg arbeider med kvalitetssikring i Helsesøster- og jordmørtjenesten i Bodø kommune, og har blant annet oppgaver i forhold til plan og utvikling av tjenesten.

Bodø kommune har de siste årene opprettet 10–15 nye stillinger i enheten. Dette er gjort mulig ved hjelp av regjeringens opptrappingsplan for å styrke helsestasjon- og skolehelsetjenesten og kommunepolitikere som har prioritert barn og unge. Totalt har vi nå 40 helsesøsterstillinger i kommunen.

Vi opplever at det etter hvert er stadig vanskeligere å få kvalifiserte søkere til våre helsesøsterstillinger. Myndighete-

nes satsing på tjenesten fører til stadig hardere konkurranse om mulige søkere. Samtidig har Nord-Norges eneste utdanningsinstitusjon for helsesøstre, Universitetet i Tromsø, redusert kraftig på inntaket av studenter etter overgang til masterstudie.

Når vi tar med i beregningen at 1/3 av alle helsesøstre som arbeider i Bodø kommune i dag, vil gå av med pensjon i løpet av de ti neste årene – er vi bekymret. Satsingen fra myndighetene og ny vurdering av normtall som muligens kan bli bindende, betyr at antall stillinger vil øke i tiden som kommer. Det er selvsagt svært positivt og en utvikling vi imøteser med glede, men vi har bekymring for om vi skal kunne klare å fylle disse stillingene med kvalifisert personell, slik situasjonen er i dag.

«Det utdannes altfor få helsesøstre i dag.»

På årsmøtet for LaH Nordland tidligere i år, kom denne bekymringen opp. Representanter fra flere mindre kommuner meddelte da at «hvis Bodø kommune begynner å bli bekymret – hva da med oss?». Det er kommuner som i årevis har slitt med å få søkere.

Dagens situasjon

I 2016 var det i underkant av 2600 helsesøsterårsverk i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. De siste tre årene har en fått 418 nye stillinger. Det betyr ikke at 418 helsesøstre er ansatt. Går en nærmere inn på tallene fordeler de seg slik på yrkesgrupper: Helsesøstre (+117,6), Jordmødre (+38,8), andre sykepleiere (+163,9), annen fagutdanning (+61,7), uten fagutdanning (+7) (1). Den største veksten kommer altså i kategorien «andre sykepleiere». Dette tyder på at det utdannes for få helsesøstre og at sykepleiere ansettes midlertidig i helsesøsterstillinger.

Gjennomsnittsalderen for ansatte helsesøstre i dag er høy, og det forventes stor avgang i de nærmeste årene. Dette er blant annet dokumentert i helsedirektoratets status-, trend- og behovsanalyse som kom ut i 2012(2).

Ansettelse av annet personell

Mangel på helsepersonell gjør at tjenester ikke får nok kvalifiserte søkere, og en velger i en del tilfeller å tilsette noen med lavere eller annen formell kompetanse i stillingene (3).

I Nordland kjenner jeg til kommuner der de har konstituert sykepleier i helsesøsterstilling og sluttet å søke etter kvalifisert personell. Etter mange års forsøk mener de å vite at de ikke får søkere og slutter å bruke penger på prosessen.



Hvem kan instruere en liten kommune til å prioritere ressurser på stimulerings-tiltak og nye utlysninger?

I andre kommuner fortviler de fordi de har sykepleiere som er motiverte til å ta videreutdanning som helsesøster, og som ville gitt kommunen en forutsigbar tjeneste over år, men der vedkommende ikke kommer inn på utdanningen tross mange forsøk.

Jeg mener vi mangler gode oversikter som skal følge utviklingen når det gjelder helsesøsterstillinger som står vakant eller tilsatt av personell med annen eller lavere kompetanse. Verken KOSTRA eller Helsedirektoratets tall gir klare oversikter på dette.

Lisbeth Normann, statssekretær i Helsedepartementet mener vi ikke vet nok til å si om rekrutteringen av sykepleiere skyldes mangel på helsesøstre (4). Hun mener det er uheldig hvis det forholder seg slik, og vil be helsedirektoratet se nærmere på situasjonen. Det bør LaH NSF følge opp.

Hva er behovet?

Helse- og omsorgsdepartementet har mål om 3000 årsverk for helsesøstre i den norske skolen. I valgkampen ble dette trukket frem som at vi mangler 400 helsesøsterstillinger i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Noe jeg mener er misvisende. Behovet er atskillig større.

Tall fra Helsedirektoratets kartleg-

ging av årsverk i helsestasjon- og skolehelsetjeneste (5) viser at vi har 765,9 årsverk for helsesøstre i barneskolen totalt i Norge. Legger vi anbefalt minimum til grunn må dette tallet doubles, det vil si det må etableres nærmere 800 nye stillinger bare i barneskolen.

Normtall for helsestasjon- og skolehelsetjeneste er til vurdering i Helsedirektoratet. Det er vanskelig å tenke seg til at de skal komme frem til tall som ligger under dagens norm. Strømninger i samfunnsdebatten tyder på store forventninger til tjenesten. Blant annet har elevorganisasjonen gått ut

for ressurser i tjenesten, så som økte krav til ledelse, flere tema inn i veiledning og konsultasjoner på helsestasjonen, individuelle samtaler på 8. trinn, undervisning for alle ungdomsskoleelever på HFU med mer, betyr det tall langt over de anbefalte normtallene vi har i dag.

Utdanningskapasitet

Det tilbys i dag helsesøsterutdanning ved ni høyskoler/universiteter i Norge (8). Tre av disse tilbyr mastergradstudier i helsesøsterfag. Ved Høgskolen i Oslo/Akershus, Høgskolen i Bergen og Høgskolen i Sør-Trøndelag er studiet lagt

«Gjennomsnittsalderen for ansatte helsesøstre i dag er høy.»

med anbefaling om maks 200 elever pr. helsesøster i videregående skole, mens Arbeiderpartiets skoleløfte har mål om at hver eneste skole skal ha tilgjengelig helsesøster hver dag. En studie fra 2015 viser at bare 1,4 prosent av landets skoler hadde helsesøster til stede hver dag (6) og at antall helsesøstre i barneskolen må økes med 125 prosent for å nå normtall. For ungdomsskolen må økningen være 34,4 prosent og for videregående skole 21,1 prosent.

Trekker en så inn konsekvensene de nye nasjonale retningslinjene (7) vil ha

opp som heltidsstudiet og studenten er ferdig utdannet etter ett år.

Diakonova, Høgskolene i Telemark, Ålesund og Hedmark, Universitetet i Stavanger og Tromsø tilbyr helsesøsterutdanning som deltid. Det tar da to til tre år før studenten er ferdig utdannet helsesøster.

I 2011 gjorde LaH NSF en nasjonal kartlegging av utdanning og etterutdanning for helsesøstre. Dette året var det 2516 søkere til 330 studieplasser (9). Antall studieplasser er ikke endret siden 2011.



Overgang til master

Ved helsesøsterutdanningen i Tromsø ble antall studieplasser redusert fra 50–60 og helårsstudie – til 13 det første året etter at de hadde gjort om studiet til masterutdanning. Nå tar de opp 22 studenter to år på rad, og ingen studenter det tredje året. Jeg kjenner ikke til om samme utvikling har skjedd på de andre masterutdanningene, men mener det er urovekkende at det ikke blir kompensert med mer ressurser for å holde utdanningstakten ved like når slik utvikling skjer.

Større desentralisering

Et to- til treårig løp for å videreutdanne seg til helsesøster er krevende. På grunn av stort press på få plasser er helsesøsterstudenter ofte voksne folk med familie og arbeid ved siden av, når de kommer inn. Det er en høy terskel

personell til sine helsesøsterstillinger. Høgskolen i Bergen har inntil fem studieplasser reservert for studenter fra slike kommuner. Det tenker jeg er en ansvarlig ivaretagelse av samfunnsoppdraget, og finner det merkelig at ikke andre høyskoler/universitet i fylker med spredd bosetting gir samme tilbud. Flere av utdanningene gir ekstrapoeng for å få flere menn og sykepleiere med flerkulturell bakgrunn til å søke. Det er også viktig, men jobb nummer én er å sikre kvalifiserte helsesøstre i alle kommuner.

Obligatorisk praksis

Frem til for få år siden var det obligatorisk praksis i forebyggende helsearbeid for sykepleierstudenter i grunnutdanningen. Det var 14 dagers praksis på helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og for mange studenter et første møte med et ukjent fagområde. Dessverre er

ledelse og gode fagmiljø. Her er mye opp til kommunene.

I 2015 fikk vi primærhelsemeldingen (10) som blant annet er opptatt av kvalitet og kompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Kompetanseløft 2020 skal inneholde langsiktige strategier og konkrete tiltak for kompetanseheving og fagutvikling. Målet er å bidra til en faglig sterk tjeneste og sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Et konkret tiltak er et lederutviklingsprogram for den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgssektoren. Utdannelsen er gratis og et samarbeid med BI (11). Kommunene må legge til rette for at ledere for helsestasjon- og skolehelsetjeneste også får delta i kompetanseutvikling.

Gode fagmiljø får en blant annet med en offensiv holdning til etter- og videreutdanning. Bodø kommune har i flere år med stort hell søkt på Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd (12). Vi har fått støtte til utviklingsarbeid gjennom masterutdanning, midler til etterutdanning for å få utvidet rekvireringsrett for prevensjonsmidler, lederutdanning og stimuleringsiltak for å støtte sykepleiere som ønsker å ta helsesøsterutdanning. Dette er midler som i altfor liten grad blir søkt på fra helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

I små kommuner med få stillinger, er det helt nødvendig å søke samarbeid og nettverk over kommunegrensene for å utvikle gode og attraktive fagmiljø innen helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Her har lederne en viktig rolle, gjerne med støtte og hjelp fra fylkesmannen. LaH Nordland har drevet et nettverk for ledende helsesøstre i flere år, og prioriterer eget møte for disse hvert år i forbindelse med fagdage sine. Det er en viktig arena for inspirasjon og utvikling.

Nyansatte

For å tiltrekke seg nye søkere på ledige stillinger er det viktig å ta godt imot nyansatte. Det gir kommunen et godt

«Vi står over store utfordringer i forhold til å skaffe nok helsesøstre i kommunene fremover.»

å flytte eller pendle til en annen del av landet for å gjennomføre løpet. Jeg mener vi hadde vært tjent med flere desentraliserte studieplasser rundt om i fylkene. Om vi beholdt de etablerte studieinstitusjonene, kunne samarbeid med lokale høyskoler/universitet gitt studieplasser nærmere der folk bor. Hvis dette kombineres med økning av antall studieplasser vil vi sikre søkere og forebygge at studenter ikke fullfører på grunn av stort press på privatlivet. Når vi etter hvert får utdannet flere helsesøstre med mastergrad, burde dette være en aktuell strategi.

Kvotering

Det er kun én helsesøsterutdanning som kvoterer inn søkere fra kommuner som har problemer med å få kvalifisert

denne praksisen tatt bort, og det kan ha uheldige konsekvenser på sikt i forhold til å gjøre helsesøsterutdanning aktuell som alternativ videreutdanning for sykepleiere. Jeg vil slå et slag for at den obligatoriske praksisen kommer tilbake.

Hva kan kommunene gjøre?

Opprettelse av studieplasser og stimulering til nye helsesøsterstillinger via statsbudsjettet er et ansvar som ligger på nasjonalt nivå. Kommunene kan likevel være med å etterspørre utviklingen og selvsagt ta i bruk de virkemidlene staten gir. I tillegg er det mye som er avhengig av kommunene for at helsesøstre skal finne det interessant å søke stillinger.

Ifølge Helsedepartementet er de viktigste rekruteringsfremmende faktorene

omdømme som kan tiltrekke søkere også i fremtiden.

I Bodø har vi satt fokus på hvordan vi tar imot nye ansatte i tjenesten. Det er utarbeidet rutiner som tydeliggjør ansvarsfordeling og sikrer en god oppfølging av den ansatte. Alle som starter hos oss skal få tildelt en «fadder». Det er en erfaren ansatt i samme rolle som den nyansatte, som skal hjelpe den nye inn i arbeidsoppgavene. Målet er at den ansatte skal kjenne seg velkommen og raskt komme i gang med oppgavene, samt kjenne seg trygg i sin nye tilværelse. Dette håper vi skal føre til trivsel, tilhørighet og at arbeidstakeren vil bli i jobben over tid.

Praksissteder

Rekruttering av helsesøstre handler også om hvordan kommunene tar imot helsesøsterstudenter og legger til rette for praksissteder. Primærhelsemeldingen skriver at for å rekruttere, dyktiggjøre og beholde studenter og ansatte må kommunene bli en mer attraktiv praksisarena og arbeidsplass. Oppfølging av studenter og ansatte må settes bedre i system (10).

I LaHs rapport «Trygg, Tydelig og Tilgjengelig» (8) kommer det frem at mangel på praksissteder er en stor utfordring for høyskoler og universitet som utdanner helsesøstre. Helsesøsterstudenter skal ha ti ukers praksisstudier (13). Kommunene er pålagt å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av studenter i videre- og etterutdanning, men har ikke et selvstendig ansvar for dette slik som i spesialisthelsetjenesteloven. Her kan mye gjøres.

Helsedirektoratet sier at kvaliteten på praksisstudier bør rustes for å møte fremtidens helse- og omsorgstjeneste (3). Et forslag til løsning er å utvikle kvalitetsindikatorer i praksisstudier og utvikle felles samarbeidsavtaler om praksisstudier mellom blant annet utdanningsinstitusjoner og kommuner. Helsedirektoratet tar også til orde for

like krav i primær- og spesialisthelsetjenesten når det gjelder forpliktelse til å ta imot studenter samt finansiell uttelling.

Her tenker jeg større kommuner med mange ansatte i helsestasjon- og skolehelsetjeneste har et særlig ansvar. Det burde være en selvfølge at de tok imot

står over store utfordringer i forhold til å skaffe nok helsesøstre i kommunene fremover. Går myndigheter, utdanning, kommune og fagforening sammen om et felles løft, vil vi kunne sørge for gode likeverdige helsetjenester i alle landets kommuner også i fremtiden. ■

«Jeg mener vi hadde vært tjent med flere desentraliserte studieplasser rundt om i fylkene.»

og la til rette praksissteder for både jordmor- og helsesøsterstudenter. Dette viser ansvar for fremtiden og må også betraktes som et rekrutteringsarbeid.

I Bodø ønsker vi å kvalitetssikre oppfølgingen av jordmor- og helsesøsterstudenter. Vi vil forplikte oss på et viss antall studenter hvert år, og slik være forutsigbar overfor utdanningsinstitusjonen. Fremfor alt er det viktig at ledelsen har en positiv holdning til det å ha studenter i praksis, og at de legger til rette for tid til veiledning og oppfølging. Vi mener det er viktig at helsesøstre og jordmødre som påtar seg veiledningsansvar får tilbud om kompetanseheving. Gjennom systematisk planlegging og evaluering sammen med studenter og veiledere prøver vi å stadig utvikle kvaliteten på praksisstudiet.

Jeg oppfordrer LaH NSF gjennom sitt utdanningsutvalg, å ta kontakt med KS for å komme i gang med et konkret samarbeid omkring utvikling og kvalitetssikring av praksissteder for helsesøsterstudenter.

Avslutningsvis vil jeg peke på at vi også har en stor utfordring i å få utdannede helsesøstre som arbeider i andre yrker tilbake på helsestasjonen. Her er det rom for flere undersøkelser for å få oversikt over hvor mange dette gjelder, og hva som skal til for at en stilling i helsesøstertjenesten blir attraktiv. Vi

Referanser

1. Statistikk for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 21.06.2017 Available from: <https://http://www.nsf.no/vis-artikkel/3435005/17036/Statistikk-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>.
2. Helsedirektoratet. Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030. 2012.
3. Helsedirektoratet. Nasjonal personellbilde – personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgssektoren. 2014.
4. Shaghayegh Yousefi m.fl. Det verste vi vet, er å henge lappen utenfor kontordøren... Aftenposten. 17.aug.2017.
5. Helsedirektoratet. Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2016 IS-2543.
6. Kristin Sofie Waldum-Grevbo og Trude Haugland. Hvor er helsesøster?
En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. Sykepleien Forskning 2015;2015 10(4) (352-360).
7. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom 2017.
8. Landsgruppen av Helsesøstre NSF. Trygg, tydelig og tilgjengelig – Rapport om helsestasjon- og skolehelsetjeneste. 2015.
9. LaH NSF. Utdanning og etterutdanning for helsesøstre. Nasjonal kartleggingsundersøkelse av tilbud ved utdanningsinstitusjoner og andre aktuelle instanser. 2011.
10. Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
11. Handelshøyskolen. Helseledelse <https://http://www.bi.no/studier-og-kurs/kurs/masterprogram/helseledelse/2017>.
12. Helsedirektoratet. Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd Available from: <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/kommunalt-kompetanse-og-innovasjonstilskudd>.
13. Forskrift til rammeplan for helsesøsterutdanning. (2005).

**Britt Margareth Simonsen**

Enhetsleder for Forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune.

Tydelig, modig og stolt

Britt Margareth Simonsen er tydelig som leder, modig som tenker nye samarbeidsformer og stolt av Forebyggende helsetjenester i Tromsø.

Intervjuet av **Randi Elisabeth Olsen** og **Merete Nypan**

Britt Margareth Simonsen var ferdig utdannet helsesøster i 1989 og begynte å jobbe i Tromsø kommune i 1990. I 1997 ble hun avdelingsleder for helsestasjonene Kroken og Tromsdalen. Etter hvert fikk hun en bistilling som IT-ansvarlig for Forbyggende helsetjeneste med kontor plass på Rådhuset sammen med daværende leder. Dette ga innsikt og deltakelse i organisering av tjenesten. Høsten 2015 ble hun ansatt som enhetsleder for Forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune. En tjeneste med 80 ansatte.

Tromsø kommune har over år vokst. Det samme har Forbyggende helsetjenester. Byen har 73400 innbyggere. Etter at universitet kom i 1972 er Tromsø blitt en by med en ung og internasjonal befolkning.

«Helsesøstre har lange tradisjoner for å jobbe tverrfaglig.»

Forebyggende helsetjenester rommer i dag fem helsestasjoner 0–5 år, skolehelsetjeneste for 50 skoler, vaksinasjonskontor, flyktinghelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, Familiens Hus, jordmortjeneste og psykologtjeneste.

Ikke alene

Når Britt trådte inn i lederrollen for Forebyggende helsetjenester var det viktig for henne å ha flere medarbeidere i ledelsen. Med seg på laget har hun derfor

fått to erfarne helsesøstre og dyktige fagkoordinatorer, hver i 80 % stilling. I tillegg har hun rustet opp merkantil bemanning til 70 %. For å gjøre en god jobb mener hun at det er viktig å ikke sitte alene. Man trenger flere støttespillere fordi det er viktig å være et lag som kan dra lasset sammen. Hun beskriver avdelingslederne på de enkelte helsestasjoner og andre virksomheter i tjenesten som sentrale medspillere. Regelmessige møtepunkter hver fjortende dag inviterer alle involverte til å påvirke tjenesten og til å være delaktig i prosesser rundt faglige spørsmål, drift, budsjett, prosjekter med mer. Britt er positivt avhengig av avdelingslederne på de ulike stasjoner og hun mener at de utgjør et betydningsfullt bindeledd til alle medarbeiderne i tjenesten. For henne er det viktig med en transparent virksomhet som knytter ledelse og de øvrige ansatte sammen og slik sett bidrar til åpenhet rundt drift og faglig utvikling.

Tverrfaglig samarbeid

I henhold til Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er det en invitasjon til at flere faggrupper kan inkluderes i tjenesten. Bemanningen av tjenesten skal bestå av helsesøster og lege, fysioterapeut bør være inkludert, mens tjenesten også kan ha andre faggrupper som psykolog, ergoterapeut med flere (1).

Helsesøstre har lange tradisjoner for å jobbe tverrfaglig. Britt jobber aktivt for at tverrfaglig samarbeid i kommunen skal styrkes. Gjennom nye prosjekter



inkluderes for eksempel pedagog i Psykologisk førstehjelp i skolehelsetjenesten og fysioterapeut og ernæringsfysiolog i et prosjekt for barn og ungdom som sliter med overvekt. Gjennom sju år har Familiens Hus i Tromsø fått verdifull erfaring med samarbeid med flere tjenester for barnefamilier. Her er flere tjenestetilbud samlet under ett tak. Dette kan gjøre det lettere for brukerne å ta kontakt med andre etater (2).

Helsefremmende og forebyggende arbeid er noe som eksplisitt ligger i helsesøsters mandat og utdanning. Samtidig bifaller Britt Folkehelsemeldingen 2015 (3) som viser til at helse skal tenkes i alle ledd og på alle nivåer.

Brukers innflytelse

Hun mener det er å viktig å anerkjenne andres kompetanse og dra veksler på hverandres kunnskapsområder. Samarbeid må bygge på respekt for hverandres kjerneområder og anerkjennelse av de respektives bidrag for å gi gode tilbud til barn og unge (2). Sammen gir vi et bedre tilbud til brukerne våre, mener Britt. Den aller viktigste samarbeidspartneren for oss er likevel våre brukere. Britt er klar på at brukerundersøkelser er viktige verktøy

for tjenesten. Det er et ledd i kvalitetsarbeidet for å sikre en faglig god tjeneste som setter bruker i sentrum. Dette er i tråd med Helsedirektoratets strategidokument som vektlegger brukers innflytelse på tjenester de bruker og at de får en tjeneste som fremmer helhet (4).

Hun er videre opptatt av de minste barna og det å komme tidlig inn. Med fokus på helsefremming og forebygging for det lille barnet og familien er samarbeid med barnehagen viktig. Derfor er det nå under utvikling samarbeidsavtaler mellom barnehage og forebyggende helsetjenester. Slik formaliseres samarbeidet og blir satt i system til beste for både tjenesteutøvere og brukere.

Tydlig tjeneste med klare mål

Love, forskrifter og retningslinjer gir sentrale føringer for virksomhetens aktivitet (1). En virksomhetsplan eller et styringsdokument er et konkret kart å navigere etter og et verktøy for organisering og handling.

Britt snakker varmt om å være tydelig og ha klart formulerte mål å styre etter for alle deltjenester i Forebyggende helsetjenester. Redigering av virksomhetsplanen er en kontinuerlig prosess som hun

LEDER: Britt Margareth Simonsen er enhetsleder for Forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune. Foto: Privat



og fagkoordinatorene jobber med. Britt sier at den skal ha klart formulerte mål og at den skal være et redskap som virksomheten skal styres etter. Det skal være som en paraply over virksomheten vår. Under paraplyen kommer planer for deltjenestene. Slik kan Britt som leder sikre en god og tydelig ansvars- og oppgavefordeling i helsestasjon, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, Familiens Hus, psykolog- og jordmortjenesten. Dette i tråd med ledelsesansvaret som skisseres i våre retningslinjer (1).

Britt sier videre: «Som enhetsleder med ansvar for både økonomi og fag, vet jeg at fag og fagutvikling ofte styres av økonomi. Likevel er det en faglig begrunnelse for de økonomiske valg som gjøres».

Faglig ansvarlig leder

Tromsø kommune har lang tradisjon på at helsesøster er den personen som har ledet tjenesten. Britt mener det er viktig med både faglig og administrativ kompetanse i sjefsstolen. Det er ikke et eksplisitt krav i henhold til våre retningslinjer. Der står det at faglig leder skal være helsesøster, jf. forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommune § 3, fjerde ledd, mens administrativ leder ikke behøver å være helsesøster (1).

«Den aller viktigste samarbeids-partneren for oss er våre brukere.»

Britt mener at for å lede må man forstå hva man skal lede. Hun sier at dersom man har faglig forståelse er man i sterkere posisjon til å argumentere politisk for ressurser, faglig kompetanse og i hvilken retning tjenesten skal gå. En leder som har kompetanse i faget kan lettere sikre ivaretagelse av brukernes behov. Når det gjelder økonomiske prioriteringer, mener hun at det er en klar fordel å ha kunnskap om tjenesten. Britt er klar på at leder for fag, personal og økonomi bør være en og samme person og at det bør være helsesøster. Noe som er i tråd med NSF's rapport fra 2015 om helsesøstertjenesten «Trygg, tydelig og tilgjengelig» (2).

Omorganisering

Som mange andre kommuner er Tromsø kommune i en omorganiseringsprosess. Etter et politisk innspill i 2015, om å samordne tilbud til utsatte barn og unge, kom et vedtak om å samle tjenestene i en Barne- og familieseksjon. Forebyggende helsetjenester ble



LANG ERFARING: Britt Margareth Simonsen har jobbet i Tromsø kommune siden 1990. Foto: Privat

involvert i denne prosessen med både lederteam og avdelingsledere. Det kom forslag om å splitte opp Forebyggende tjenester i nye organisasjonsformer med ulik ledelse. Det ble viktig for Britt og de andre involverte å løfte det arbeidet som Forebyggende helsetjenester gjør i forhold til alle barn, unge og familier i kommunen.

Resultatet ble at Forebyggende helsetjenester består som før, med et bredt tilbud på det universelle nivå til alle barn og unge i Tromsø kommune. Prosessen var viktig da den bidro til økt forståelse og kunnskap mellom de involverte tjenester som jobber med barn og unge, samtidig var det viktig at Britt som faglig ansvarlig leder holdt retningen på vårt mandat som handler om det helsefremmende og forebyggende arbeid.

Vi konkluderer med at Britt Margareth Simonsen målbærer NSF's slagord; tydelig, modig og stolt. Hun er tydelig som faglig ansvarlig leder, hun er modig som tenker nye samarbeidsformer med flere faggrupper og hun forteller at hun er utrolig stolt av Forebyggende helsetjenester som hun mener har et godt fundament for å levere gode tilbud til barn, unge og deres familier i Tromsø kommune. ■

Referanser:

1. Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglige retningslinje for helsefremmende og det forebyggende arbeidet for helsestasjons, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.
2. Landsgruppen av helsesøstre, NSF (2015). Trygg, tydelig og tilgjengelig. Rapport om helsestasjon- og skolehelsetjenesten.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. (2014-2015). Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter.
4. Helsedirektoratet. (2005). Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015.



Å endre på kroppen kan være et smerteuttrykk

Grunnen til at ungdom velger å endre på kroppen kan være at vi har opplevd noe vondt som vi ikke har fått pratet om, skriver KroppsProffer i Forandringsfabrikken.

Tekst **Johan, Ayla og Iselin**, KroppsProffer i Forandringsfabrikken

Media skriver ofte om ungdom som endrer på kroppene sine. Noen ganger intervjues ungdommer om hvordan det kjennes ut. Forskere og fagfolk sier gjerne noe om statistikken, Instagram, Kardashians eller retusjering. Vi opplever at voksne tror at vi endrer kroppene våre bare på grunn av reklame og sosiale medier.

Men vet dere voksne hva som egentlig er grunnen til at ungdom endrer på kroppene sine? Hvor er kunnskapen fra de unge?

For dem som har det greit inni seg trenger ikke kroppspress å bety så mye. Vi påvirkes mer om vi allerede har en usikkerhet inni oss. Og den usikkerheten kommer fra et sted. Det kan være flere forskjellige grunner til at vi har lyst til å endre hvordan vi ser ut. Noen har opplevd mobbing eller blitt holdt utenfor fellesskap. Andre har opplevd å ha foreldre som ikke strekker til. Vi kan også ha opplevd vold, overgrep eller hjem preget av rus.

Foreldre påvirker mye

Foreldre, andre voksnes meninger og kommentarer, betyr mye. Mange har hatt foreldre som har hatt mye fokus på kropp. Når de snakker dumt om sin egen kropp og vi likner på dem, så gjør det noe med hva vi tenker om oss selv. Det er også noen som har vokst opp i hjem der de voksne

har snakket ned kroppene våre. Om vi får høre at vi er stygge, spinkle eller feite ofte nok, tror vi til slutt på det.

Å gjøre endringer på kroppen kan føles som at vi møter verden med en maske. Folk tror liksom ikke at du sliter om du ser perfekt ut. Vi kan bli «hun brune med store pupper» eller «han store og sterke», i stedet for den som har blitt sveket.

Hva kan helsesøstre gjøre?

Vi proffene tenker at det viktigste er å kunne være glad i seg selv, på ekte. Og å være glad i andre, på ekte. Det ønsker vi å prate om. Vi kan ha timer hvor vi snakker om kropp, media og hvordan man kan ha en god selvfølelse selv om man ikke har en kropp som er «perfekt».

I tillegg er det viktig at vi kan få prate med en voksen om det som er vondt. Hvis du som helsesøster ser at en ungdom er lei seg, har mye fravær, har blitt veldig tynn eller stor eller har endret på kroppen – ta tak i det. Det er godt for oss å ha en helt egen person vi kan snakke med om noe er vanskelig. For at vi skal åpne oss opp, er det viktig at dere helsesøstre skaper et trygt bånd med eleven og at dere bryr dere på ekte. Vi synes det er smart med en synlig helsesøster som kommer på besøk til alle klassene. Forteller hun litt om seg selv og hva vi kan komme til henne med, blir det lettere å komme.



SKJULER USIKKERHET: Ungdom kan tro at det blir mindre synlig at de ikke har det så bra, når kroppen ser trent ut. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

FAKTA

KroppsProffer

Forandringsfabrikken har snakket med 80 «KroppsProffer» i prosjektet «Kloket om kropp». De kalles «proffer», fordi de vet hvordan det kjennes å endre på kroppen. De unge, som er mellom 16 og 25 år, har fortalt hvorfor de har endret kroppene og gitt råd om hvordan voksne kan møte dem klokt. Se gjerne kloketomkropp.no for mer informasjon.

Det er på tide at Norge får vite at å endre på kroppen kan være et språk for noe som gjør vondt inni oss, på samme måte som selvskadning, slåssing, spiseforstyrrelser, rus, det å være helt stille og usynlig, og mange andre ting. Vet Norge det, vil vi unge få helt annen hjelp tror vi. Da vil vi kanskje bli møtt på måter som nytter. ■



Stå på for små barns sunne søvn



Artikkelforfatterne utviklet en informasjonsbrosjyre om små barn og søvn i 1985. Informasjonen har blitt bekreftet og støttet av senere forskning – mangel på søvn hos små barn kan få konsekvenser for deres helse på sikt.

FAKTA

Av Nina Misvær,
helsesøster/førstelektor

Elsbeth Flood,
helsesøster

Små barns søvn er et hett og omstridt tema – både blant foreldre og fagfolk. Foreldrerådets lydpodkast fra 14.8: «Søvn med helsesøster Nina Misvær» kom nr. 2 plass på iTunes toppliste og innholdet i podkasten er utfyllende for denne artikkelen: <https://www.acast.com/foreldreradet/sovnmedhelsesosterninamisv-r>

I helsestasjonsprogram fra 2004 var ikke søvn anbefalt å ta opp som tema ved hjemmebesøket og konsultasjonene ved 6 måneder, 7/8 måneder og 17/18 måneder. Og alle er de tidspunkter hvor veiledning om søvn er svært viktig, våger vi påstå. Nå er søvn anbefalt som foreldreveiledning/helseopplysning på hvert alderstrinn i det nye basisprogrammet (1). Det har imidlertid alltid stått forslag til hva helsesøstre kan si om søvn på hver eneste konsultasjon i Håndbok for helsestasjoner 0–5 år (2).

Mangel på kunnskap

Som nyutdannede helsesøstre (Elsbeth i 1982 og Nina i 1984) begynte vi å interessere oss for små barns søvn, søvnmønster og forebygging av søvnproblemer. Nina hadde den gang erfaring med egne små barn og søvn, hvilket Elsbeth først fikk noen år senere. Vi var gamle venner og fant ut at vi burde gjøre noe med mangelen på kunnskap om temaet. Det viste seg at det ikke var mye litteratur tilgjengelig, verken blant helsesøstre, leger, psykologer eller i tilgjengelige databaser. Noen artikler fra USA og

Canada fant vi, men lite fra Norge eller andre skandinaviske land. Det er sannsynlig at det fantes mer om emnet, men vi hadde jo ikke samme tilgang på informasjon som vi har i dag. Nå finnes for eksempel oppdaterte forskningsbaserte råd om behandling av barns søvnproblemer på UpToDate via Helsebiblioteket <https://www.uptodate.com/contents/behavioral-sleep-problems-in-children?sourceprevie&search=%2Fcontents%2Fsearch&anchorH25>.

Informasjon er lett tilgjengelig også for foreldre, og det kan være vanskelig å skille mellom kunnskapsbaserte råd gitt av fagpersoner og annen informasjon som ikke nødvendigvis er like godt underbygget. Rådene behøver ikke være dårlige, men helsesøstres mulighet til å gi veiledning, basert på samtaler og kunnskap er etter vår mening bedre enn dr. Google.

Støtte fra Helsetilsynet

Vi besluttet altså, i 1985, å lage en enkel brosjyre til hjelp i arbeidet vårt. Den skulle bidra til at foreldrene bedre husket veiledningen vi ga om søvn på helsestasjonen. Ofte kunne barnet være sutrete og mor ukonsentrert på grunn av søvnmangel. En brosjyre var også nyttig å ta med hjem for å informere far, som den gang sjeldnere var med på helsestasjonen. Vi søkte om støtte fra Helsetilsynet og måtte jobbe en del for å overbevise dem om at helsesøster var den mest betydningsfulle helsefagarbeideren i

forhold til å lære foreldrene gode søvnvaner. Faktisk ble vi sterkt anmodet om å la «en fagperson», som for eksempel en jordmor, kvalitetssikre innholdet før brosjyren gikk i trykken – selv om rådene våre kun gjaldt barn som var mer enn seks måneder gamle.

Brosjyren vår ble illustrert av Elsbeth og håndskrevet av Nina for at den skulle virke personlig på leseren, samt trykket på rødt papir så den skulle synes godt og ikke kunne glemme seg bort. Den ble utgitt første gang i 1985 og da distribuert til alle landets helsestasjoner via fylkeslegene. Siden ble innholdet revidert flere ganger og brosjyren gjengitt i originalformat over to sider i Håndbok for helsestasjoner 0–5 år (3), slik at den lett kunne kopieres på den enkelte helsestasjon.

Forberedelse og motivasjon

Innholdet i brosjyren baserte seg på vår kunnskap og erfaringer, samt tips vi fikk fra psykolog Aage Kaurin Johnsen. Han drev søvngrupper på Sagene helsestasjon i Oslo, og det var et nyttig og populært tilbud. Noe han hadde erfart var at mange av foreldrene som hadde meldt seg på søvngrupper trakk seg før de kom i gang. Det gjorde de fordi barnet plutselig begynte å sovne selv og sove uten oppvåkninger. Han forklarte dette med at i det øyeblikk foreldrene bestemte seg for at nå måtte det skje en forandring, «merket» barnet det og både sovnet greit og sov godt hele natten. Dette forsto vi senere handlet om forberedelse og motivasjon for endring (jf. endringsfokuset rådgivning; med før-overveielse, overveielse og handling), noe vi innser er den aller viktigste faktoren for å lykkes å lære barnet sitt å sove godt.

En ny foreldrebrosjyre om søvn ble gitt ut i regi av Norges Apotekforeningens første gang i 2009 i serien: «Gode råd når barnet ditt ...» og er siden blitt revidert flere ganger. Disse brosjyrene er alle kunnskapsbaserte med tilhørende fordypningsstoff for helsepersonell og er utarbeidet av en tverrfaglig forfattergruppe, deriblant Nina. Ansvaret for brosjyrene er fra 2017 overtatt av Farmasøytisk institutt, UiO og kan leses på nettet: <http://www.mn.uio.no/farmasi/forskning/grupper/pharma-safe/foreldrebrosjyrer/18-nettfolder-sovn.pdf>

Anbefalingen i vår første brosjyre har vist seg å bli bekreftet og støttet av senere forskning – mangel på søvn hos små barn kan få konsekvenser for deres helse og utvikling på sikt. Sivertsen et al (4) fant i en oppfølgingsstudie med drøyt 32 000 nor-



GODERÅD: Illustrasjon fra foreldrebrosjyren. Illustrasjon: Elisabeth Moseng

ske mødre at barn som sov mindre enn 10 timer i døgnet eller våknet ofte i løpet av natten, hadde større sannsynlighet for å ha problemer med følelser og atferd ved 5-årsalder. Hysing et al (5) bekrefter dette; å sove mindre enn 11 timer per natt var assosiert med en femdobling i oddsen for sosial-emosjonelle problemer. Ved 18 måneders alder sov rundt 60 prosen av barna 13 og 14 timer i døgnet (4). Gjennomsnittlig søvnvarighet i en studie med 2014 norske toåringer var 12 timer og 27 min; de fleste (54 prosent) hadde 1–2 oppvåkninger

«Små barn lærer å sovne av seg selv for å oppnå god søvn.»

per natt, mens 10 prosent hadde innsøvningstid på mer enn 30 min (5). Hvor mange av barna som var avhengig av foreldrenes tilstedeværelse og hjelp for å sovne, vet vi ikke. Men vi vet at det er grunnleggende at små barn lærer å sovne av seg selv for å oppnå god søvn gjennom hele natten. Hvordan foreldrene tenker at de best kan gå frem for å få til



dette, er hensiktsmessig å drøfte med dem i første levehalvår – både individuelt og i grupper.

Opplæring om søvnmønstre

Tikotzky og Sadeh (6) fant ved gjennomgang av forskning at spedbarn som sovner ved hjelp av betydelig bidrag fra foreldre (mates, bysses eller koses med), har høyere antall oppmerksomhetskrevenende nattlige oppvåkninger sammenlignet med spedbarn som sovner av seg selv eller med minimal foreldrehjelp. De konkluderer med at det er viktig at helsepersonell tidlig påvirker foreldres kunnskap og oppfatning av barns søvn ved å legge vekt på opplæring om søvnmønster og søvnproblemer. I en norsk studie med 55 831 mødre og barn fant man for eksempel at samsoving økte risiko for nattlige oppvåkninger i senere alder, mens amming ikke hadde påvirkning på dette (7). Forskning som dette kan være hensiktsmessig å videreformidle til foreldrene for å motivere dem til å lære barnet gode søvnvaner tidlig, og forebygge senere søvnproblemer. Boken *Sove hele natten – en håndbok for foreldre om barn og søvn* (8) kan eventuelt lånes ut på helsestasjonen til foreldre som er veldig usikre.

Barn sover lengre alene

Små barn sover gjerne roligere og våkner sjeldnere om natten når de ligger alene. En ny studie viste at barn som sov alene fra fire måneders-alder, sov 45 minutter lenger med sammenhengende søvn enn de som fortsatt sov på foreldrenes rom (9). Ved ni måneders-alderen ble forskjellen enda større. De som hadde lært å sove alene ved fire måneder, sov gjennomsnittlig 100 minutter lenger enn dem som stadig sov på forelderrommet. Og to og et halvt år gamle sov barna som hadde delt rom ved foreldrene da de var ni måneder, 45 minutter mindre enn de som sov alene fra de var fire og ni måneder gamle. Forskerne anbefaler at barn bør flyttes ut av foreldres soverom ved seks måneders alder, og mener at dette også vil gi tryggere søvn i forhold til SIDS (9).

Vanlig med protest

Når barnet er blitt seks måneder og har begynt med fast føde, er det mange mødre som kan tenke seg å redusere på nattammingen. Det er først nå det kan kalles et søvnproblem om barnet sover lite og/eller urolig. Erfaringsmessig er det mest gunstig å lære barnet å sovne selv og sove gjennom natten før utviklingsperioden med separasjonsangst setter inn. Kanskje kan det hjelpe på foreldrenes motivasjon og



berolige dem noe om vi konsekvent avviser begrepet «skrikekur» og heller omtaler søvnarbeid som en «trøstemetode» – for det er jo det det er. Og det er naturlig for barn å protestere med gråt når samværet med foreldrene må avsluttes for at søvnbehovet skal kunne bli dekket. Foreldre må formidle til barnet sitt i ord og handling at det er trygt og godt å sovne. Kanskje bør vi oftere forsiktig påminne foreldre om at nok søvn også er av betydning for voksnes helse og livskvalitet, og ikke minst: mestring av foreldrefunksjoner? For helsesøster må aller først lykkes med å motivere foreldrene og deretter må hun samarbeide med dem for å kunne endre barnets dårlige søvnvaner. Og til sist – hun må sørge for oppfølging av familien, enten per telefon etter noen dager eller ny konsultasjon etter en uke. Lykke til videre med dette uhyre viktige folkehelsearbeidet. Nemlig å bidra til å sikre både små og store tilstrekkelig søvn! ■

Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom; 2017 <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf>
2. Misvær N, Lagerløv P. (red.) Håndbok for helsestasjoner 0–5 år. Oslo: Kommuneforlaget; 2013
3. Misvær N, Oftedal G. (red.). Håndbok for helsestasjoner 0–5 år. Oslo: Kommuneforlaget; 2006.
4. Sivertsen B, Harvey AG, Reichborn-Kjennerud T, Torgersen L, Ystrøm E, Hysing M. Later Emotional and Behavioral Problems Associated With Sleep Problems in Toddlers. A Longitudinal Study. *JAMA Pediatr* 169(6): 575-582; 2015
5. Hysing M, Sivertsen B, Garthus-Niegel S, Eberhardt-Gran M. Pediatric sleep problems and social-emotional problems. A Population-based study. *Infant Behavior & Development* 42: 111-118; 2016
6. Tikotzky L, Sadeh A. The role of cognitive-behavioral in behavioral childhood insomnia. (Review) *Sleep Medicine*, 11, 686–691; 2010
7. Hysing M, Harvey AG, Torgersen L, Ystrøm E, Reichborn-Kjennerud T, & Sivertsen B. Trajectories and Predictors of Nocturnal Awakenings and Sleep Durations in Infants. *J Dev Behav Pediatr* 35:309-316; 2014
8. Misvær N, Svaton B. *Sove hele natten – en håndbok for foreldre om barn og søvn*. Oslo: Cappelen Damm; 2014
9. Paul IM, Hohman E, Loken E, Savage JS, Anzman-Frasca S, Carper P, Marini ME, Birch LL. Mother-Infant Room-Sharing and Sleep Outcomes in the INSIGHT Study. *Pediatrics* 140 (1):e20170122; 2017

Er du faglig oppdatert?

Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring er helsestasjonens verktøy for å gi riktig informasjon og veiledning til gravide og nybakte foreldre.

Anbefalingene i retningslinjen:

Det er trygt og bra å gi bare morsmelk med tilskudd av vitamin D de første seks månedene. Barn bør, om mulig, få morsmelk hele det første leveåret. Rådene tilpasses hvert barn og hver familie.

Helsemyndighetenes mål er å **øke andelen spedbarn som fullammes og ammes** innen 2021.



Vandrer for et trygt nærmiljø

Et trivelig nabolag kommer ikke alltid av seg selv. Noen ganger må det litt arbeid til for å skape et nærmiljø som føles trygt. Å gjennomføre trygghetsvandring er en måte å skape det nabolaget du selv ønsker, samtidig som du forebygger skader og ulykker.

Tekst **Karoline L. Sandvold**, kampanjerådgiver, Risikorydding.no
Tina Hveem, kampanjerådgiver, Risikorydding.no

Over en halv million nordmenn skader seg hvert år. Mange av disse ulykkene er unødvendige og kunne enkelt vært unngått. De fleste av skadene skjer i hjemmene våre eller i nærområdet. Vi har alle et ansvar om å skape et nærmiljø vi selv ønsker å leve i. Det finnes mange måter å skape et trygt

nærmiljø på. Et av verktøyene – kampanjen «Risikorydding» har utarbeidet – er «Trygghetsvandring». Dette er en vandring som kan gjennomføres individuelt eller med en gruppe mennesker.

Det hele starter med å velge ut et område som skal undersøkes nærmere. Her ser man etter potensielle farer og

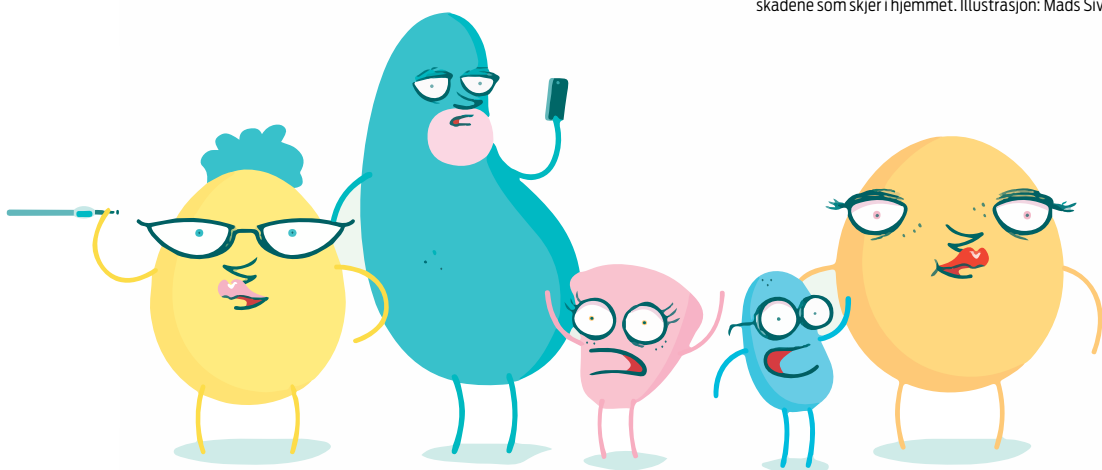
risikoforhold som kan endres. Disse faremomentene noteres ned og forslag til løsninger blir gitt.

Trygghetsvandring er et medvirkningsverktøy, og det kan brukes som en sosial møteplass, brobygger, samlingspunkt og er egnet for inkludering og integrering. Alle kan utføre en trygghetsvandring.



BARN PÅ VANDRING: Barn kan også bli med på trygghetsvandring. Her undersøker 6. klassinger fra Sande om kaianlegget er trygt og trivelig. Foto: Tina Hveem

FAMILIEN KLOMSEN: På www.risikorydding.no kan du se filmen om familien Klomsen og de vanligste skadene som skjer i hjemmet. Illustrasjon: Mads Sivertsen



Vandring i Ski sentrum

Det er allerede blitt utført mange trygghetsvandring rundt omkring i landet. En av dem fant sted i Ski. I Ski kommune jobbes det for at det skal være færre biler i sentrum. For at innbyggerne skal kunne forestille seg et Ski-sentrum uten biler, har kommunen satt i gang et prosjekt kalt Skiliv. Hvert år tar Skiliv vekk deler av en parkeringsplass i sentrum, gjør den bilfri og inviterer folk i alle aldre til aktivitet. I år skal plassen fylles med blant annet boder, cafébord, hengekøye, minibibliotek og et ønsketre.

Folkhelsekoordinatør i kommunen, Liv Marit Bølset, er opptatt av med-

virkning og trygghet. Hun inviterte fire ulike grupper til å gjennomføre en trygghetsvandring på torget for å si noe om sine behov, ønsker og tanker for det kommende Skiliv-prosjektet.

Ungdom, pensjonister, ansatte i kommunen og medlemmer i rådet for funksjonshemmede fikk alle komme med innspill om hva de mener gir økt trygghet. Det var tydelig at de ulike gruppene hadde ulike synspunkter og perspektiver på hva som burde gjøres. Alle gruppene fikk presentert et kart over hvordan det er planlagt at torget skal se ut under Skiliv, før de vandret ut og inspiserste torget.

Ulike grupper – ulike innspill

Ungdommene var opptatt av at det burde være mulighet for strømmuttak ved bordene, mens pensjonistene var opptatt av at de bilene som fortsatt skal parkere på plassene rundt torget må ha nok plass slik at ingen blir påkjørt. De nevnte også viktigheten av at ikke det som er stilt opp står så tett at folk som trenger litt mer plass enn andre, ikke kommer frem. Dette kan for eksempel være noen med krykker eller i rullestol.

De ansatte i kommunen prøvde å sette seg inn i de ulike gruppens behov og

kom frem til mye av det samme som de andre. Blant annet at det er viktig med nok sykkelparkering, og at kantene rundt torget er universelt utformet.

«Dette var svært nyttig, og jeg blir gjerne med på trygghetsvandring igjen et annet sted», sa en av pensjonistene etter at vandringen var ferdig. Pensjonistene var enige i at det var godt å bli hørt av kommunen, da de ikke alltid føler at de når frem.

Alle kan starte en vandring

Hvem som helst kan iverksette en trygghetsvandring. Det kan være kommunen som inviterer frivillige til å gjennomføre en vandring i et område som de ønsker skal utbedres. Eller den kan startes av det lokale idrettslaget, bydelen, politiet eller ildsjeler som ønsker et godt nærmiljø.

Det som er viktig å tenke på er at trygghetsvandring skaper forventninger. Kommuner eller andre aktører som tar initiativ til en vandring bør være forberedt på å følge opp med tiltak og innsats. Trygghetsvandring kan også være en måte å legge press på andre som kommunen, politiet, skolen, vegvesenet – for å gjennomføre tiltak.

God trygghetsvandring! ■

FAKTA

Trygghetsvandring – nå på mobilen

Det er nå blitt mulig å registrere funnene dine på mobilen, mens du gjennomfører trygghetsvandringen. På www.trygghetsvandring.no kan du samle alle funnene dine og videregjøre dem til de som måtte være ansvarlig – eller printe de ut for din egen skyld. Verktøyet er gratis og svært enkelt å ta i bruk.

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

...MEN VI VET HVA DE BØR SPISE I DAG!

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

Styrke starter et sted.



NYHET - GLUTENFRI!



En glutenfri og lettere postei



Originalen siden 1949



Mild postei av kylling



En grovere postei med mer smak

Fri for melk og gluten



En saftig og smøremyk ovnstekt postei



Portionspakninger er praktisk og lettvinnt til matpakken

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





NYSJERRIGE BLIKK: Nærmere ett hundre sigøynere kom til Oslo våren 1968. De ble tildelt plass på Gassverktomta i Oslo øst. Hver dag kom det folk som ville se på dem. To barn leker utenfor en campingvogn. Sverre A. Børretzen/Aktuell/Scanpix

