



Tidsskrift for helsesøstre

NR. 1-2013

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF



Selvtillitskurs:
**Stille jenter
blir modige
jenter**



LEDER:
Astrid Grydeland Ersvik

Flere helsesøstre – fordi barn og unge fortjener det!

Når vi peker på behovet for flere helsesøsterstillinger, får vi tidvis beskjed om at vi driver profesjonskamp eller kun kjemper vår egen sak. Dette er feil. Vi ønsker flere helsesøsterstillinger og en generell styrking av både helsestasjon og skolehelsetjeneste «fordi barn og unge fortjener det» – for å si det med reklamebransjens ord.

Barn og ungdom har en like sterk lovfestet rett til forebyggende som kurative helsetjenester. Det er en vedtatt satsing fra norske myndigheter at man ønsker mer forebygging, tidligere innsats og tiltak der folk lever og bor. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har tre klart definerte formål: Å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader. Dette er et direkte svar på helsemyndighetenes bestilling. Som helsesøstre har vi en jobb å gjøre med å opplyse vår målgruppe om deres faktiske rettigheter. Det er når man kjenner sine rettigheter man kan klage når rettighetene ikke blir innfridd.

Tilliten fra brukerne til tjenesten er stor. Det gir grobunn for godt samarbeid, både med barn, unge og foreldre og med samarbeidende tjenester. Barn, ungdom og foreldre kommer til helsesøstre med et mangfold av utfordringer – fra dagligdagse, normale livsplager til store, komplekse og alvorlige problemer. De trenger både noen som bryr seg og noen med profesjonell kunnskap som kan bidra til å finne en vei ut av en vanskelig situasjon. Kompetanse og kvalitet er to stikkord i så måte, tilgjengelighet et tredje. Helsestasjonen må ha tid til både de planlagte og de uforutsette kontaktene. Skolehelsetjenesten skal være i og på skolen i elevenes skoletid. Taushetsplikten skal ivaretas, også i et utstrakt tverr- og flerfaglig samarbeid. Slik opprettholdes tilliten.

Det gjøres mye godt arbeid! Når man påpeker feil og mangler, kan det lett skapes et inntrykk av at alt er

dårlig. Slik er det selvfølgelig ikke. Daglig legges det ned en stor innsats for at våre barn og ungdommer skal få god helse, god trivsel og gode oppvekstvilkår. Utfordringen er at misforholdet mellom oppgaver og ressurser øker. Med samhandlingsreformen ser dette ut til å forsterke seg. Tilsyn etter tilsyn, rapport etter rapport peker på en tjeneste som drives på sparebluss og med manglende styring i mange kommuner. Resultatet blir at tilgjengelighet, kvalitet og service ikke er god nok, barn og unge får ikke de tjenester de har krav på – og fortjener. Det burde uroe kommunale ledere som vil tilby gode tjenester til innbyggerne sine.

Vi går inn i et valgår, og flere politiske partier har allerede sagt at de ønsker å styrke forebyggingsinnsatsen overfor barn og unge, og spesielt helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Venstre og SV har foreslått å opprette 1000–1500 nye helsesøsterstillinger, KrF vil styrke skolehelsetjenesten, AP vil styrke helsestasjon og skolehelsetjenesten for å kunne behandle barn og unge på et tidlig tidspunkt. Høyre mener at helsestasjonene må rustes opp, men at vi i stedet for å måle alle, bør bruke tiden på de familiene som har de største utfordringene. Dette og mer til ønsker vi å høre mer om, og har derfor invitert sentrale helsepolitikere til årets debattforum under helsesøsterkongressen i Tromsø.

Vi har hørt løfter og fromme ønsker om satsing på helsesøstre, helsestasjon og skolehelsetjeneste også i tidligere valgår. På vegne av 1,2 millioner barn og ungdommer forventer vi resultater, ikke enda flere løfter – fordi barn og unge fortjener det!

Astrid T. Grydeland Ersvik
LEDER AV LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

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

ANSVARLIG REDAKTØR:

Astrid Grydeland Ersvik
Tlf: 98 85 34 96
lah@sykepleier.no

ANNONSER:

Bente Gunn Håtuft
Tlf: 48 10 88 50
E-post: bente.gunn.haatuft@helse-bergen.no

ABONNEMENT:

Astrid Grydeland Ersvik

HJEMMESIDE:

www.sykepleierforbundet.no/helsesostre

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN:

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

DESKJOURNALIST:

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

LAYOUT

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

Nina Hauge
nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

Monica Hilsen
monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

REDAKSJONSKOMITÉ:

Styret i LaH Hordaland har hatt ansvaret for denne utgaven av Tidsskrift for helsesøstre. Følgende har vært med i redaksjonen:

Britt Darlington
Bente Gunn Haatuft
Kristi Nilsen
Inger Wergeland
Gro Elisabeth Brudvik
Gerd Anne Wincentsen
Åse Sivertsen
Linda Øye



72 TRIM: Lærer bergensere gode vaner.



42 HJEMMEBESØK: Utvidet hjemmesøk forebygger problemer.

Innhold

NR.1-2013



«2013 skal være
et år med bare
gøy på jobben!»

Bente Gunn Håtuft, side 62

18 RØYKING: Nyttig informasjon på mange språk.

- 3** **LEDER:** Astrid Grydeland Ersvik
- 8** Selvtillitskurs for jenter
- 12** Hvordan få til en god relasjon til foreldre?
- 18** Nye brosjyrer på mange språk
- 21** Delta i debatt!
- 22** Fokus på helse, seksualitet og rus
- 26** Først ut med babyprogrammet
- 27** LaHs styre og lokale faggrupeledere
- 30** Letter å snakke med en mann
- 32** På kurs for å bli bedre samfunnsaktører
- 35** Positiv røynsle med spørjeskjema
- 38** Program Helsesøsterkongressen 2013
- 40** Har du snakket med helsesøster?
- 42** Får bedre oppfølging
- 48** Nyttig skjema om elevers livskvalitet
- 53** Sammen skal vi forebygge overvekt
- 54** Krever mer penger
- 56** Tisseskolen gir barn et bedre liv
- 59** Å jobbe med familierapi
- 64** Lærer å bli trygge foreldre
- 66** Rask hjelp til unge med psykose
- 68** Krav til statsbudsjettet 2014
- 72** Hjelper bergensere å leve sunt
- FASTE SPALTER**
- 6** Smånytt
- 16** Aktuelle bøker
- 36** Tilbakeblikk
- 62** **LEDERSTAFETTEN:** Gøy på jobben

Ungdom vil ha helsesøstre

Elever i Asker kommune i Akershus vil ha flere helsesøstre, skriver lokalavisen Budstikka. Da De unges kommunestyre i Asker møttes rett før jul, sto blant annet trygt og sunt oppvekstmiljø på dagsorden. Elever fra grunnskole og videregående skole kom med mange forslag til hvordan Asker kan bli et bedre sted å vokse opp. Flest stemmer fikk kravet om å ha en helsesøster å gå til når elevene trenger det, skriver Budstikka. Avisen har tidligere skrevet at både Asker og Bærum ligger langt under den nasjonale normen for antall helsesøstre i grunnskolen.

53 elever sitter i De unges kommunestyre i Asker. De møtes to ganger i året, med ordføreren som møteleder og diskuterer saker som er aktuelle for barn og unge.

Mer sovemedisin

Unge i alderen 15 – 16 år bruker mer beroligende medisiner enn før. Fra 2006 til 2010 økte bruken av sovemedisiner, medisiner for angst og depresjon fra 14 til 22 per tusen gutter, og fra 20 til 25 per tusen jenter. Sovemidlene sto for den største økningen. Det viser en studie i regi av Høgskolen i Hedmark og Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Kilde: Forskning.no

SMÅNYTT

Mange blir sykmeldt

I en undersøkelse av gravide i Akershus svarte 75 prosent av kvinnene i uke 32 at de hadde vært sykmeldt i løpet av graviditeten. De viktigste grunnene var søvnproblemer og trøtthet (34,7 prosent), bekkenløsning (31,8 prosent) og kvalme (23,1 prosent). Undersøkelsen ble utført av Regionalt forskningsnettverk for stemningslidelser og Nasjonalt Kompetansesenter for Søvn sykdommer.

Kilde: Helse-bergen.no



«Skriv fornærmelser i støv, men riss godhet i marmor.»

Platon

Få med alle i gymtimen



En dansk forsker har skrevet en doktoravhandling om hvordan man skal legge opp kroppsøvingstimerne for at alle elevene skal få størst mulig utbytte av dem. Han mener at fotball og andre ballspill hvor elevene konkurrerer, kan ekskludere de mindre sportslige elevene. I avhandlingen kommer han med forslag til hvordan gymlærere kan skape plass for alle barna. Her er noen av dem:

- fokuser på taktikk og teknikk i stedet for seier og nederlag
- del inn elevene etter nivå
- varier aktivitetene
- modifier klassiske ballspill og skap nye spill
- la elevene være med på å bestemme

Forskeren heter Jesper von Seelen og han har en hjemmeside hvor du kan lese hele avhandlingen: www.idrætfolkeskolen.dk.

Trafikkstøv skader babyen

Babyer som bor ved en trafikkert vei har større risiko for dårlig lungefunksjon senere. Barn er spesielt sårbare for trafikkforurensning i det første leveåret, konkluderer forskere fra det svenske Karolinska Institutet etter å ha fulgt utviklingen til over 1900 barn i Stockholmsområdet.

Ungene som hadde vært mest utsatt for partikler fra veitrafikk i spedbarnstida hadde lavere lungevolum i åtteårsalderen. De som hadde vært aller mest eksponert hadde også høyere risiko for kraftig nedsatt lungefunksjon, altså mer enn 20 prosents senkning av lungevolumet. Det virket imidlertid som om barnas sårbarhet overfor forurensning avtok etter det første leveåret. Unger som først var blitt eksponert for trafikkforurensning senere i barndommen så ikke ut til å ha fått dårligere lungefunksjon.

Kilde: Forskning.no



Dansker drikker mest

Over halvparten av 15–16-årige dansker har vært fulle i løpet av de siste 30 dagene. Det fremgår av Den europeiske skolebarnundersøkelsen om rusbruk (ESPAD). Til sammenligning drikker bare halvparten så mange norske 15–16-åringer seg jevnlig fulle, ifølge Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) i Danmark.

Kilde: Forskning.no

Eldre får oftere fete sønner

Menn som ble født da fedrene var 50 år eller eldre har 55 prosent høyere sannsynlighet for fedme, enn menn som var født da fedrene var tenåringer. Det viser en studie fra Folkehelseinstituttet. Forskerne kan ikke med sikkerhet si hvorfor det er slik. En mulig forklaring er at punktmutasjoner hopper seg opp i sædcellene med alderen.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Godt språk gir mindre frustrasjon

Småbarn med godt utviklede språkkunnskaper håndterer frustrasjon bedre og viser mindre sinne, viser en studie fra USA.

– Bedre ferdigheter innen språk kan hjelpe barn å uttrykke behovene sine med ord istedenfor sinne, sier studieforfatter Pamela Cole ved The Pennsylvania State University.

Språket kan også hjelpe barna til å bli flinkere til å vente. Ifølge Cole kan de bruke fantasien sin til å underholde seg selv mens foreldrene sitter opptatt.

I et av forsøkene fikk barna en gave, men de måtte vente med å åpne den til moren var ferdig med å fylle ut et spørreskjema. Noen underholdt seg selv ved å telle, mens andre spurte moren hvor lenge hun hadde igjen.

Forskerne studerte barn som var mellom halvannet og fire år gamle. Familiene i studien var over fattigdomsgrensen, men under gjennomsnittsinntekten.

Kilde: Forskning.no



Økt fare for tidlig rusdebut

Hyperaktivitet og impulsivitet hos barn i åtte-niårsalderen gir økt risiko for tidlig debut med rusmidler i tenårene, antyder en ny tvillingstudie fra Sverige. I studien, som omfattet 1480 tvillingpar, undersøkte forfatterne om spesifikke ADHD-symptomer økte risikoen for tidlig bruk av rusmidler, og om risikoen var større hos tenåringer med symptomer som vedvarte.

Symptomer på ADHD omfatter blant annet konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet, impulsivitet og atferdsvansker.

Studien antyder at hyperaktivitet og impulsivitet, men ikke konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker, kan være viktige predikatorer for tidlig rusdebut.

Kilde: PsykNytt

Gir jenter bedre selvtillit

De siste tre år har ungdomsskolejenter i Fyllingsdalen fått tilbud om selvtillitskurset «The best me». Kurset er en videreføring av et flerårig prosjekt for «stille» jenter.



■ Av Siv Elin Ryan, helsesøster og kursleder

I 2005 startet planleggingsarbeidet med å lage et gruppetilbud for de stille og sjenerte jentene. Vi starter opp første gruppe på nyåret i 2006. De første årene ble gruppene drevet på kveldstid. Jentene møttes tre timer ukentlig over et helt skoleår. Hovedhensikten med tilbudet var å jobbe for å styrke selvfølelsen. I denne gruppen vekslet man mellom aktiviteter som la til rette for uhyøytidelig sosialt samvær og aktiviteter som spesifikt rettet seg mot bevisstgjøring og trening på eget sosialt mot og styrking av selvbildet.

God planlegging er en viktig nøkkelfaktor for å få til et vellykket tilbud. God planlegging krever at det settes av tid til dette. Vi er to helsesøstre som har utarbeidet og videreutviklet konseptet. Vi har hentet inspirasjon og elementer fra ulike aktører innenfor dette feltet. I tillegg har vi hatt tett samarbeid med fysioterapeut.

Sett fra et samfunnspsykologisk perspektiv forstås mennesker og deres problemer i lys av de sosiale settinger og systemer de er en del av over tid. Dette inkluderer både mikrosystemer som familie, arbeid og andre uformelle grupper, men også systemer av høyere orden fra naboskap og vennskap til sosio-kulturelle grupper. Det er en sammenheng mellom mikronivået og makronivået og hvordan intervene-

andre. Vi la vekt på å gi dem utfordringer for å skape bevissthet rundt egne ressurser og utvidelse av eget sosiale mot. Vi fulgte dem over tid og oppmuntret og støttet dem til å utfordre seg selv på arenaer utenom gruppen også. Vi vet at mestring på en trygg arena vil skape positive innvirkninger også på andre arenaer. Vissheten om at en behersker noe er med på å styrke selvbildet. I gruppen kunne selvfølelsen styrkes gjennom relasjoner ved å omgås andre mennesker, våge å være nær andre og utveksle erfaringer. Det at en har fått til noe som en annen strever med, kan være med på å styrke selvbildet ved at man får bekreftelse og anerkjennelse.

I tre år hadde vi slike grupper. Gruppen startet om høsten og varte hele skoleåret. Deltakelsen var forpliktende. Dette for å skape trygghet innad i gruppen.

«Forebygging nytter» er Bergen kommunes visjon for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Men det vi også vet er at forebygging koster. Etter tre år var det økonomien som satte en stopper for



■ Av Vigdis Landmark, helsesøster, koordinator for ungdom og kursleder

«Kun handling gir forvandling!»

ring på individnivået gir positive, kollektive effekter sett fra et makroperspektiv. Jentegruppen fungerte som et lite mikrosamfunn der det ble lagt til rette for muligheten til å teste seg selv i relasjoner med

■ The best me

- Kurset «The best me» bygger på positiv tenkning og elementer fra kognitiv psykologi.
- I hver gruppe deltar omlag ti motiverte ungdomsskolejenter som vil jobbe med eget mot.
- Helsesøstrene Siv Ryan og Vigdis Landmark har mange års erfaring som kursledere for usikre jenter.
- Arbeid med egen selvfølelse er forebyggende og helsefremmende prosessarbeid.



gruppene. Foreldrene og noen av jentene engasjerte seg i kampen for videre drift. De klarte å skape engasjement blant lokale politikere som så nytten i dette tiltaket. Så i 2010 fikk vi igjen noen midler til å starte på nytt.

Fra jentegruppe til selvtillitskurs

De siste årene har vi omarbeidet gruppetilbudet fra «jentegruppe» til selvtillitskurs for jenter: «The best me». Jentene i de tidligere jentegruppene møttes cirka 30 ganger à tre timer i tillegg til en helgetur. I «The best me» møtes jentene cirka 12 ganger à to timer i skoletiden. Vi kaller det for kurs da disse to timene inneholder aktiv jobbing med selvfølelse og eget selvbilde.

Gjennomføring

Jentene blandes fra de forskjellige skolene. De fleste jentene kjenner hverandre ikke fra før. Kurset gjennomføres i samarbeid med skolen i skoletiden i en kommunal sambruksleilighet i bydelen. Vi har to

parallele grupper henholdsvis fredager kl. 08:30 – 10:30 og 12:00 – 14:00. Eleven bytter ut skoleundervisningen med kurstimer. Frammøtet er obligatorisk, og fravær på kursdagene meldes til skolen. For å redusere undervisningstap veksler gruppene på tidspunktene for å unngå at jentene mister de samme skoletimene over tid. Høsten 2012 møttes vi 13 kursdager.

Målgruppe

Jenter i ungdomsskolen er målgruppen for kurset. Av disse prioriteres jenter som:

- Har få venner
- Har lav selvfølelse
- Er stille og tilbakeholden
- Er motivert for å jobbe med seg selv

Mange jenter er usikre på seg selv. Hjemme i trygge omgivelser kan de være avslappet og velfungerende. På skolen og i andre mer utrygge sosiale sammenhenger kan de derimot bære preg av innagerende og

MER MOT: Et mål med kurset er at jentene skal våge mer, som for eksempel å ta ordet i klasserommet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

hemmet atferd. Mange av dem har negative erfaringer som mobbeoffer og har manglende tro på eget selvverd. Noen sliter i sosiale samhandlingsrelasjoner med jevnaldrende.

Felles for dem er et ønske om å jobbe med seg selv i et jentefellesskap der man skal arbeide med eget sosialt mot.

Rekruttering

Vi har brukt ordet «selvtillit» i markedsføringen da det er det ordet som er mest anvendt blant ungdom. Selvtillit defineres som tillit til egen dyktighet. Altså det man er god til, prestasjoner osv. Selvfølelse handler om hvordan det føles å være den man er, altså visshet om eget verd. Ordet selvtillit og selvfølelse brukes litt om hverandre. På kurset vil vi ha mest fokus på selvfølelsen, da vi anser den som grunnsteinen i arbeidet med å styrke egenverd og selvrespekt. En god selvfølelse gjør oss godt rustet til å hente ut våre beste sider og egenskaper – The best me!

Det er helt nødvendig å bruke tid på rekruttering for å nå de jentene som trenger og kan profittere på et slikt tilbud. Vi har laget plakater og brosjyrer som distribueres rundt på skolene. På våren besøker vi jentene på barneskolenes 7. trinn og informerer dem. På denne måten er jentene informert om til-

lige aktiviteter og oppgaver får de utfordringer for å skape bevissthet rundt egne ressurser og utvidelse av eget sosialt mot.

Kursplan for 2012

- Oppstart/bli kjent
- Hvem er jeg?
- Kroppen vår
- Tanker + følelser = bestevenner
- Følelser
- Positiv selvhøvdning
- Selvfølelse
- Kreativ dag
- Stresshåndtering
- Vennskap
- Kommunikasjon
- Modig og tydelig
- Avslutning

Dagene gjennomføres etter et fast mønster:

Innledning: Vi starter hvert møte med en innledning som jentene etter tur er ansvarlig for. Hensikten er at jenten bidrar med noe planlagt til gruppen og er i fokus disse minuttene. Jenten forteller noe om seg selv. Eksempler kan være å fortelle om en hobby, spille en sang, ta med en ting eller et bilde som de forteller noe om.

Ukens høydepunkt: En runde der jenten forteller noe som har vært bra fra siste uke. Dette deles med de andre. Her fortelles om alt fra store opplevelser til små gode øyeblikk. Det handler om å fokusere på at det faktisk er mye bra som skjer i livene våre.

Utfordringen min: Vi oppfordrer jentene til å bruke kurstiden til å jobbe med eget mot. De finner egne utfordringer som de jobber med underveis og vi følger dem fra uke til uke. Utfordringer kan være å rekke opp hånden i timen, holde framføringer for klassen, snakke med en bestemt person, si hva jeg mener, tørre å gå forbi en gjeng med (litt skumle) ungdommer med mer. De deler erfaringer, oppmuntrer og «heier» på hverandre. Vi ser mange positive endringer underveis her. Og mange finner nye utfordringer de vil jobbe med etter hvert som ukene går.

Dagens tema: Dette er hovedtema denne kursdagen. Se liste over.

Fruktpause: Vi prøver å få til en liten uformell pause midtveis. Kursdagen er ganske organisert slik at jentene blir engasjert i styrte aktiviteter. I pausen er det litt tid for uformelt samvær. Vanligvis er de ganske rolige og forsiktige i starten av kurset. Etter hvert som kurstiden går blir de bedre kjent og praten går lettere.

«God selvfølelse forebygger psykiske problemer.»

budet når de starter i 8. klasse. Rekruttering til denne type gruppevirksomhet går erfaringsmessig noe trått. Det å vedkjenne at en har lav selvtillit kan sitte langt inne for mange, og for noen er det faktisk skambelagt. Vi legger stor vekt på positiv framstilling av kurset. Vi har nå flere års erfaring i drift av slike grupper, og det ryktes i miljøet at det er et godt tilbud. Gruppene har fått høyere status etter hvert som årene har gått, og flere deltakere har delt sine erfaringer med jevnaldrende.

I perioder er det mange som ønsker å melde seg på kurset. Faktisk betydelig flere enn vi kan tilby plass til. Vi har etter hvert måtte tone ned markedsføringen, fordi at vi har begrenset med plasser.

Innhold

På kurset blir det tilrettelagt klima og tema for læring og personlig utvikling. Det legges stor vekt på å skape trygghet i gruppen. Gjennom forskjel-

Positiv-runde: På kurset skal jentene lære å skyte over seg selv. Mot slutten av kursdagen har vi derfor en runde der hver av jentene skal si noe som er bra med dem selv. Og det skal være en ny ting hver gang. Dette er utfordrende for jentene! Her oppfordrer vi dem til å fokusere på gode egenskaper mer enn ting de mestrer.

The best me - boken: Alle jentene får hver sin bok «The best me» - boken. På slutten av kursdagen setter vi av noen minutter der de kan skrive ned ting de vil ta med seg fra kursdagen. Noe som er blitt sagt, gjort, tips osv.

Videre oppfordrer vi dem til å skrive i boka hver dag etter Mia Tørnblom-metoden (Mia Tørnblom: Selvfølelse nå! Pantagruel forlag, 2007). Boka skal bidra til å snu negative tankemønstre til en positiv tankegang.

Det er altså mye som skal presses inn på kursdagens to timer.

Av andre metoder/aktiviteter utover samtale, refleksjon og erfaringsdeling kan nevnes rollespill, lek, affirmasjoner, psykologisk førstehjelp, kunsttrykk, metaforbruk, fantasireiser og avspenningsøvelser.

På kurset får jentene oppbakking, inspirasjon, metoder og verktøy som kan styrke selvfølelsen. Vi kan legge forholdene til rette for vekst og utvikling, men vi kan ikke gjøre jobben for jentene. Kun handling gir forvandling! Så hele veien oppfordres jentene til aktiv egeninnsats. Å jobbe med selvfølelsen kan sammenliknes med kondisjonstrening. God kondis krever kontinuerlig egeninnsats, og slik er det også med selvfølelsen. Man må selv være den aktive part.

En fysioterapeut har deltatt med aktiviteter ved noen av temaene. Fysioterapeutens hovedfokus har vært kroppen i lek og bevegelse, med særlig fokus på kroppsbevissthet og samarbeid. Kaos har noen ganger vært innebygget i øvelsene slik at latter og spøk blir en naturlig del av samværet. Jentene har således fått erfaringer med egen kropp og med kommunikasjon gjennom lek og latter.

Gjennom selvtillitskurset «The best me» ønsker



KLART BUDSKAP: Denne plakaten har siden 2010 blitt brukt for å gjøre jenter i Bergen oppmerksomme på kurset The best me. Budskapet er at man skal få fram det beste i seg selv.

vi å legge til rette for at jenten skal finne frem til og være det beste av seg selv! De fleste jenter har mange negative tanker om seg selv, men er svært støttende overfor venner. Mange rett og slett misliker seg selv. Disse negative tankene er ødeleggende for selvbildet. Vi ønsker å formidle at hver og en er verdifull og at de må ta godt vare på denne verdifulle personen. Vi ønsker at jentene skal bli gladere i seg selv, like seg selv – rett og slett se verdien av å være sin egen beste venn! Tenk å drasse på en person du misliker hver dag gjennom et langt liv! Nei – da er det bedre å prøve å begynne å like den personen. Og etter hvert som vi jobber målbevisst med grønne, oppmuntrende tanker begynner jentene å oppdage at det faktisk finnes noe positivt med seg selv som vi prøver å forstørre. Vi ønsker at de skal bli stolt over seg selv og bli sin egen støttespiller og gode venn.

Forebygging nytter

Som helsesøstre oppleves det både viktig og riktig å jobbe for å styrke jentenes selvfølelse. Og vi føler oss privilegerte som har fått bruke tid på dette. En sunn selvfølelse bidrar til et bedre liv. Vi vet at en god selvfølelse forebygger psykiske problemer. En god selvfølelse gir trygghet til å sette grenser og mot til å ta gode valg. En god selvfølelse bidrar til at jentene yter mer skolefaglig.

Siste kursdag gjennomføres også en kvalitativ evaluering i form av ufullstendige setninger. Evalueringene er god lesning. Vi er ikke i tvil om at investering i usikre jenters selvfølelse er en riktig og viktig investering! ■

Om bydelen

- Fyllingsdalen er en bydel i Bergen med 30 000 innbyggere.
- Bydelen har sju barneskoler og to ungdomsskoler, samt en privat barne- og ungdomsskole.

Hvordan få til en god relasjon til foreldre?

Helsesøster må samarbeide med foreldre for å kunne hjelpe barn med vansker, skriver Unni Reigem. I denne artikkelen forteller hun om sitt arbeid med barn som sliter psykisk – og deres foreldre.



Av Unni Reigem, helsesøster Os kommune

Helsesøster må samarbeide med foreldre for å kunne hjelpe barn med vansker. Carolyn Webster Stratton har skrevet lærebok om «Hvordan fremme sosial og emosjonell kompetanse hos barn» gjennom programmet De Utrolige Årene, DUÅ. Hun legger stor vekt på god kommunikasjon med foreldre for et vellykket samarbeid. Barn lykkes bedre med atferdsendringer når foreldre og skole eller barnehage har felles forståelse og lik væremåte mot barnet.

Å få en god foreldrerelasjon kan være en utfordring, særlig når foreldre ikke bor sammen eller det er psykiske lidelser eller rus i familien. Hvordan få til en god samhandling med foreldre? Hvordan kan relasjonen bli så trygg at vi kan være direkte selv når det smerter? Hvordan kan jeg møte personen med respekt, åpenhet og

ærlighet som gir grunnlag for at vi sammen ser barnets behov?

Dette er en erfaringsbasert artikkel bygget på flere års arbeid med psykisk helse hos barn og unge. Menneskene vi møter hjelper oss til å bli bedre samtalepartnere, hjelpere eller veiledere når vi lener oss tilbake og lytter. Mange ganger forundres jeg over åpenheten og ærligheten jeg møter hos voksne som strever og som ser at utfordringene blir for store. Min oppgave er å anerkjenne og bekrefte foreldrenes kompetanse, se ressurser og begrensninger. Det er viktig å avklare barnets behov sammen med foreldrene og se på hva en kan gjøre for å tilfredsstille behovene.

Bekymring for et barn

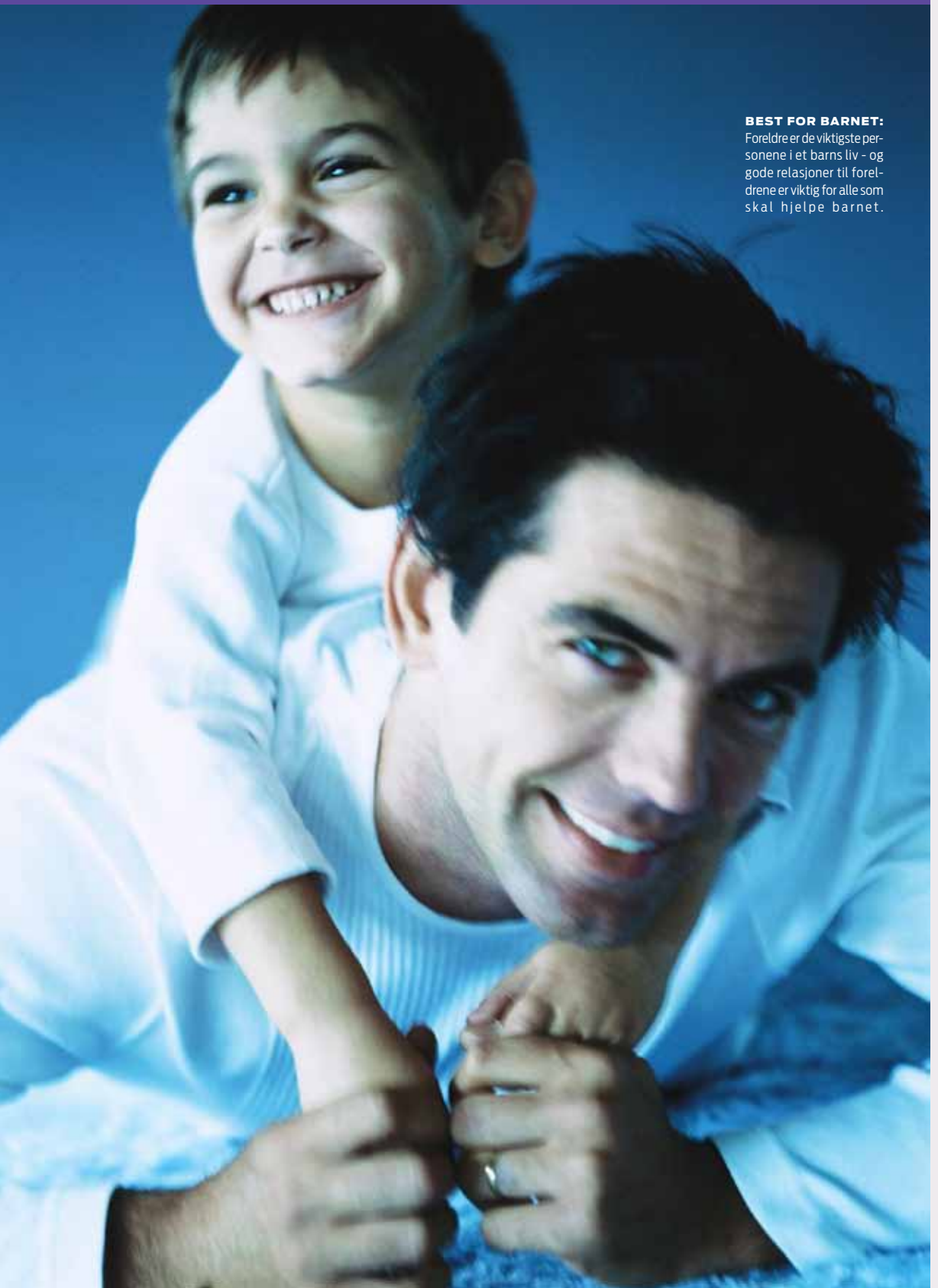
Oftest er det lærer, helsesøster, foreldre eller andre voksne som melder om en bekymring for et barn eller en ungdom til meg. Årsaken kan for eksempel være at barnet endrer atferd, ser trist ut, trekker seg tilbake eller blir utagerende. Som eksempel vil jeg bruke historien om en gutt på barneskolen, hans far og læreren.

Lærer er bekymret for en gutt i klassen. Hun drøfter situasjonen anonymt med meg. Gutten kommer ofte for seint på skolen, leksene er ikke gjort og han viser tegn til mistrivsel. Han er trøtt, likegyldig og har ikke spist frokost. Han har tidvis vondt i magen. Gutten har en holdning til voksne som gjør at det ikke er så lett å snakke med ham om hva som er årsaken til det de ser. Lærer har tatt dette opp med far. Det har ikke skjedd noen endring av den grunn. Lærer ønsker at jeg skal

«Vi kan hjelpe foreldrene å hjelpe barnet.»

Om artikkelforfatteren

Unni Reigem har arbeidet med psykisk helse hos barn og unge siden januar 2003 i Os kommune, Hordaland. Hun har drevet grupper, undervist lærere og hatt individuelle samtaler med barn der involvering av foreldre har en sentral plass. Hun får henvist barn fra lærere, foreldre og fra helsesøstrene i kommunen. Gjennom mange år med denne type arbeid har hun opparbeidet seg erfaringsbasert kunnskap og det er noe av denne kunnskapen hun deler i denne artikkelen.



BEST FOR BARNET:

Foreldre er de viktigste personene i et barns liv - og gode relasjoner til foreldrene er viktig for alle som skal hjelpe barnet.

snakke med gutten. Jeg spør om lærer har informert far om at vi drøfter hvordan gutten har det. Det har lærer gjort og far sa det var greit. Jeg ber alltid lærer ta kontakt med den voksne og avklare om jeg kan ringe for å gjøre en avtale.

Når lærer eller andre har vært bekymret over tid er det viktig for barnet at vi voksne tar ansvar for å finne årsaken og hjelpe barnet. Det er å vise barnet respekt. Gjennom arbeidet med alle aldersgrupper har jeg sett tapene et menneske kan ha fordi voksne ikke gjorde noe eller nok med det de så. Det kan hende at barnet ikke har fått hjelp da foreldre ikke så det som nødvendig, og vi i det offentlige antar at foreldre vet hva de gjør og de er ansvarlige for deres valg. Jeg mener at vi må bygge en så god foreldrerelasjon at vi kan oppdage foreldrekompetansen med de ressurser og begrensninger som finnes. Da kan vi hjelpe barnet som bærer symptomene.

Godt samarbeid

Hvordan sikre en god relasjon og hvordan få til et godt samarbeid?

- Jeg tar initiativ til å kontakte far. Det er en kvalitetssikring. Er det opp til far å ta kontakt med meg så kan vi miste en gylden anledning til å endre barnets situasjon og utviklingsmuligheter.

«Mange ganger forundres jeg over åpenheten og ærligheten jeg møter.»

Foreldre kan være travle, eller de synes at nå går det ganske greit med barnet slik at de ikke ser behovet lenger. Den voksne kan undervurdere barnets behov. Det vi må huske er at barn er prisgitt at den voksne har nok erfaring og kompetanse til å se sammenhenger i barnets utvikling. Naturlig nok kan det oppstå situasjoner og livssituasjoner den voksne ikke forstår rekkevidden av.

Jeg er ansvarlig for det som skjer videre ut fra bekymringen som er kommet fram.

- Jeg ringer og presenterer meg, sier at jeg er helsesøster som arbeider med barn/unge og psykisk helse. Videre spør jeg om han har lyst til å vite litt om hvordan jeg arbeider med barna. Jeg kan ikke minnes at noen har sagt nei til det. Denne framgangsmåten har gitt meg en unik mulighet til å få en god relasjon gjennom en lett

og informativ samtale der kommunikasjons erfaringene mine blir brukt. En lett stemme, en liten latter, interesse for og bekreftelse på det far sier. Jeg spør far om han synes det er greit at jeg snakker med barnet.

- Vi lager en avtale og snakker litt om hvordan samtalen skal foregå. Jeg spør om han vil være til stede i samtalen da det er best at barnet vet at vi de voksne vet de samme tingene. Det kan spare oss for unødig tid eller at barnet holder noe skjult bevisst eller ubevisst. Åpenhet gjør at barnet opplever samtalen som forståelige. Nå får barnet hjelp til å sette ord på det som er vanskelig. Dette er spesielt viktig, da både barnet og den voksne skal ha tillit til at de kan kontakte oss og få hjelp når livet butter imot.

Når barnet og faren kommer til første avtale har vi allerede lagt en felles forståelse for hvordan den første samtalen skal foregå. Det blir ingen overraskelser for far og jeg føler meg trygg på det å være direkte i dette første møtet. Jeg spør barnet om han vet hvorfor han er her sammen med far. Det er godt for alle parter at vi vet hva vi snakker om. Da blir samtalen mer målrettet. Jeg stiller det samme spørsmålet til barnet som til far med en liten vri. Jeg spør gutten om han vil vite litt om hvem jeg er. Da kan jeg fortelle at jeg er mamma til voksne gutter og så er jeg bestemor. Jeg har en mamma som er blitt gammel. Denne infoen er tilpasset barnet.

Jeg er oppmerksom på kroppsspråket mitt og er var for om barnet er komfortabelt. Om ikke, så lar jeg blikket vandre litt og snur kroppen litt bort fra barnet. Jeg senker stolen slik at vi nærmer oss samme høyde. I tillegg har jeg noen leker og spill liggende framme. Dyrefigurer får menneskeroller og er lett tilgjengelige når jeg skal ta opp ting som kan være vanskelige, for kanskje både den voksne og barnet, å snakke om. Denne formen gjør at barnet lettere kan føle seg trygg og akseptere situasjonen. Stemningen er stort sett avslappet, far og jeg har barnet i fokus. Det første samarbeidet er i gang.

Tidspunkt, innhold og tidsbruk

Den første samtalen er det erfaringsmessig bra å beregne god tid til slik at en slipper å avbryte en dialog som er godt i gang. Når kontakten er der spør jeg om jeg kan snakke litt alene med barnet, og om far kan sitte på venterommet i nærheten imens. Vi kan hente ham når som helst. Før han

går viser jeg far et kartleggingsredskap utarbeidet ved Regnbueprogrammet ved Vest-Agder Klinikene. Dette arket kartlegger og synliggjør barnets følelser, hvor de kjennes i kroppen og i hvilke situasjoner de oppstår. Vi hjelper barnet med å rydde i følelsene, gjør dem mer forståelige. Det gir oss voksne godt grunnlag for å forstå årsak og sammenheng. I tillegg er det en hjelp for barnet å forstå sine egne følelser og reaksjoner. Foreldre forteller ofte at barnet virker mer avslappet etter en slik gjennomgang eller rydding. Dette arket er bra for barnet, det er en enklere måte å formidle følelser på og ha en samtale om seg selv. Far blir hentet og etter samtykke fra barnet skal jeg forklare det som står på arket. Jeg trekker barnet ganske ofte inn i fortellingen for å bekrefte, avkrefte eller utdype det som står på arket. Da får barnet en bedre oversikt og far og jeg får en bedre innsikt i hva som rører seg i barnet. Nå er det barnet sin tur til å gå på venterommet. Siden barnet har vært til stede mens vi gikk gjennom arket er det tryggere for barnet, for nå vet han hva far vet. Det kan være såre ting som kommer fram i samtalen med far og det hender ofte at den voksne åpner seg og at vi får en dypere samtale, usensurert uten barnet til stede. Denne samtalen er med på å danne grunnlaget for min forståelse av fars foreldrekompetanse. Det kan komme fram begrensninger i foreldrerollen som har med sykdom å gjøre, fars oppvekst eller noe annet. Foreldrekompetanse innebærer det å anerkjenne og erkjenne. En god relasjon øker sjansene for at foreldre ikke feiltolker meg og motsatt. For meg er det nyttig å være litt tilbakelent i en samtale, bruke tid til å lytte og spørre oppklarende spørsmål. Jeg spør antakelig ikke ofte nok om jeg har forstått det rett. Det er lett å trække feil og dra en feil konklusjon på grunn av mangel på lytting, liten tid eller at vi har ulike erfaringer som referanse. Relasjonsbygging innebærer anerkjennelse, det å bli sett og vise empati. Ved å vise respekt, ydmykhet for ulikheter og forståelse for hva som skal til for å styrke far i foreldrerollen, viser jeg en genuin interesse for hans opplevelser og forståelse ved å stille åpne spørsmål. Eksempler på åpne spørsmål er «Hvordan klarer ... Hva er det som skal til ... Kan det være slik ...» Denne måten oppfattes som at jeg er interessert i å høre, det åpner opp for samtale. Webster Stratton kaller det å forske.

Gjennom dialog får foreldre en bedre kompetanse

til å utøve foreldreskapet ut fra barnets behov. Gjennom dialog kan vi drøfte, undre oss litt, filosofere, se på årsaker og sammenhenger. Da kan vi unngå å bli så belærende at det vekker motstand.

Fars tanker om prosessen

Da jeg snakket med far etter en tid får jeg vite at vi er på rett vei. Far forteller om en mindre frustrert gutt. Han mestrer mer nå når fokuset hans ikke er rettet mot uforståelige følelser inni ham i like stor grad som før. Gutten har tillit til at far forstår at han strever. Far kan snakke hensiktsmessig med gutten og det har styrket hans tillit til seg selv i foreldrerollen. Far bekrefter på spørsmål fra meg at både gutten og han selv har fått bedre selvbilde, selvtillit og har bedre mestringsfølelse. Det har blitt tydelig for far og meg at gutten strever med noe som andre med annen kompetanse må gjøre noe med. Nå er gutten henvist PPT. Om gutten skal viderehenvises til BUP vil vise seg underveis. Men far er nå forberedt på at samarbeid med forskjellige instanser er nødvendig for at gutten skal oppleve tilfredsstillende utvikling og mestring.

Helsesøstre må jobbe profesjonelt og være empatiske i samarbeid med foreldre. Vi kan være personlige når det gagnar og ikke tar fokus bort fra saken. Det kan være godt for en relasjon at vi viser at det bare er mennesker på begge sider av bordet, med litt ulik erfaring og kunnskap. Gjennom å involvere og være åpne med foreldre øker sjansene for å klare å hjelpe barnet. Vi kan hjelpe foreldrene med å hjelpe barnet. Å investere i å bygge en god relasjon til foreldrene er viktig! ■



Aktuelle bøker



Omslagsfoto Forlagene

BOKANMELDELSE

Tittel: **Snakk om angst og depresjon ... med barn og voksne i alle aldre.**
Forfatter: Karen Glistrup.
Forlag: Kommuneforlaget AS, Oslo utgitt 2012
Anmelder: Gro E.B. Brudvik, helsesøster



Lettlest, ærlig og direkte

Karen Glistrup ønsker å bidra til å bryte tabuet rundt angst og depresjon. Budskapet er enkelt: Snakk med barna om angst og depresjon. Det de ikke vet har de vondt av. Dette er først og fremst en bok for familier som opplever psykisk sykdom. Boken kan også være nyttig for andre voksne som er rundt barnet, blant andre barnehagepersonell. Her er mange illustrerende bilder og letteste formuleringer. Den kan leses i sin helhet eller man kan ta utgangspunkt i illustrasjonene eller enkelte av tekstene. Boken har tekst som retter seg mest til barna og noe tekst som henvender seg mest til de voksne. Litt større barn vil kunne lese den selv, men den er nok først og fremst ment som utgangspunkt for samtale. Den gir den voksne tips om hvordan snakke med barna. Til barnet formidler den: Det er ikke din feil, og man kan bli frisk.

Boken er godt faglig forankret. Her er vanskelige tema forklart på en særdeles enkel måte. Boken rommer mange ulike sider ved angst og depresjon. Her er blant annet avsnitt om flyktningers traumer og psykiske helse, barseldepresjon, tilknytning, psykose og rusmisbruk. Den forteller også hvordan man kan hjelpe seg selv og ta vare på seg selv. Den inneholder beskrivelse av en selvhjelpsøvelse for å finne sinnsro. Boken egner seg godt som utgangspunkt for samtale med barn og kan godt være et nyttig hjelpemiddel også for helsesøster. Dette er en bok jeg vil anbefale å ha lett tilgjengelig, og som jeg med letthet vil kunne anbefale til foreldre.

BOKANMELDELSE

Bokens tittel: **Se på meg!**
Forfatter: Elisabeth Gerhardsen, spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi.
Forlag: Cappelen Damm AS 2012
Anmelder: Inger Wergeland, helsesøster



Barns selvfølelse og selvtillit

Dette er en lettlest kunnskapsbasert bok skrevet for foreldre. Boka viser hvordan selvfølelsen og selvtilliten kan bygges hos barn fra de er nyfødt til opp i skolealder. Forfatteren griper fatt i hverdags situasjoner, og beskriver lettfattelig hvordan foreldre kan få barn til å føle seg verdifulle, godta seg selv og sin egen kropp, ikke være redd for å synes, men også tåle at andre får oppmerksomhet uten å bli sjalu. Elisabeth Gerhardsen har tidligere gitt ut bøkene *Gode knep for småbarnsforeldre* og *Vil ikke! Gjøre selv! Gode råd om barn i «tras-salderen»*.

Boka er oppdelt i oversiktlige kapitler, illustrert med flotte barnebilder tatt av fotograf Nils-Erik Bjørholt, og nøkkelsetninger er skrevet i tekstbobler. Budskapet i hvert avsnitt er oppsummert i få og oversiktlige punkter.

Den første delen av boka tar for seg hvordan selvfølelse og selvtillit utvikler seg i ulike aldre. Resten av boka handler om hvordan en kan bygge og styrke selvfølelsen og selvtilliten uavhengig av barnets alder. Forfatteren tar opp hvordan en kan møte ulike personlighetstrekk og utfordrende væremåter, og hvordan en kan løse konflikter uten å bryte ned selvfølelsen til barnet.

Dette er en praktisk, lettlest og nyttig bok som jeg absolutt anbefaler for helsesøstre til bruk i foreldreveiledningen.

«Ordtak er korte setninger trukket av lang erfaring.»

Cervantes

BOKANMELDELSE

Bokas tittel: **Barnehelse**
Forfatter: **Betty Kaliksrud**
Forlag: **Cappelen Damm**
Anmelder: **Kristi Nilsen, helsesøster**



Oppslagsbok om barns sykdom

Dette er en oversiktlig og lettlest bok beregnet for foreldre. Den omhandler generelle praktiske råd ved barns helseplager og sykdom.

Boka er inndelt etter emner som feber, infeksjonssykdommer, mage, luftveier, hud, ører med mer. Den omhandler også søvnvaner. Etter hvert emne er det mange eksempler med spørsmål og svar som nok kan være oppklarende for mange.

Boka omhandler også en del spesielle sykdommer som astma, hjertesykdom, barne-nevrologi og barnekreft. Det er også tatt med en del om medisiner til barn og ikke minst nyttige tips om hvordan få medisinen i barnet! Avslutningsvis er det henvisninger til nyttige nettstedet og håndbøker om barns rettigheter. Det er også gitt plass til egne notater.

Boka er skrevet av Betty Kalikstad, som er spesialist i barnesykdommer og seksjons-overlege ved Barne- og ungdomsklinikken på Sykehuset Telemark i Skien. Hun har ledet flere forskningsprosjekter og vært lektor og undervist medisinstudenter i barnemedisin ved Oslo universitetssykehus, avd. Rikshospitalet, Barneklubben. Hun har også skrevet forskningsrapporter og utgitt boka «Barn og medisiner»

«Barnehelse» er en nyttig, oversiktlig og lettlest bok som anbefales foreldre. Det er en god oppslagsbok når barna blir syke.

BOKANMELDELSE

Språk og dysleksi



Tittel: **Språk og dysleksi**
Forfatter: **Turid Helland**
Forlag: **Fagbokforlaget**
Anmelder: **Bente Gunn Håtuft, helsesøster**

En forstyrrelse i evnen til å bruke språk

Boka tar utgangspunkt i forelesninger Turid Helland har gitt mastergradsstudenter i logopedi. Forfatteren er professor i logopedi ved Institutt for biologisk og medisinsk psykologi ved Universitet i Bergen. Hun er utdannet filolog, spesialpedagog og logoped. I tillegg har hun jobbet som klinisk utøvende logoped.

Hovedbudskapet er at risikofaktorer for å utvikle dysleksi kan avdekkes allerede i førskolealder og at tiltak skal settes i verk allerede her. Holdningen skal ikke være at dette avventer vi, barnet modnes. Grunnen er at hjernens plastisitet i ung alder spiller på lag ved stimulering og tidlige tiltak.

Det hun belyser i boken er sammenhenger mellom språkutvikling og dysleksi. Vi møter fire gjennomgangsfigurer representert ved Bjørn, auditiv dyslektiker, Jon med skrivevansker og Marit som leser sakte, har dysleksi, men er flink i matte. Sistemann er Mehn fra Vietnam, flink i matte, men leser seint og får påvist dysleksi.

Forfatteren tar oss med i normal språkutvikling, utvikling av spesifikke språkvansker og dysleksi.

En rød tråd i boken er at dysleksi er en vanske som er sammensatt av flere faktorer. Dysleksi må analyseres fra et biologisk, kognitivt og symptomatisk nivå med miljøet som påvirkningskraft på alle tre nivå.

Blant annet blir vi kjent med resultater fra Bergensprosjektet «Ut med språket!», en studie av en gruppe barn fra de var 5 til 12 år. Det har vært få norske og internasjonale studier på dette feltet, derfor er denne studien unik.

Boken gir meg som helsesøstre en inn-sikt og trygghet i lese- og skrivevansker, noe som er nyttig i møtet med barna, deres foresatte, men også i møtet med fagfeltet som skal utrede og legge til rette for riktige tiltak.

Barn med dysleksi kan få til mye om vi gir barnet den hjelpen og støtten som er nødvendig og ikke minst de rette hjelpemidlene.

Det eneste jeg savner er ordforklaringer bak i boken, for her må du holde hodet kaldt om du vil henge med blant alle fremmede ord og faguttrykk.



Caruurta gurigooda iyo gawaaridooda oo bilaa sigaar ah

Piirka laga cabro, dhararka waan ku faafay. Piirka iyo murrri naqo, naqo.

Meibb na murrri

Hege

Amiga waaxan leeyaynaa georg. Maxaa yeelay anigu waaxan ahay gurri oo waaxan leeyahay qoor dheer, taas oo i saamaayaya maan caadka qasqa kor u dhacdo. Waan ka xumaayaya caruurta ku neefsata qasqa sigaarka ma awoodaan taas. Waxaan rabaa, addiga iyo caruurta kale oo dhan inaad ku kordaan hawo aan laheyn qasqa sijaar, haseyda haseyda gurriiga georga iyo meelkasta oo caruur joogto.

Salaan gurriiga Georg

ExtraStiftelsen KREFTFORENINGEN

FLERSPRÅKELIG: Høydemåleren Georg måler høyden på mange språk.

Røykfritt på

Nå kan barn og voksne som ikke forstår norsk, lære om passiv røyking i brosjyrer på sitt eget språk.



Tekst Anne Lise Ryel, generalsekretær i Kreftforeningen

Kreftforeningen har laget nye brosjyrer om passiv røyking på engelsk, polsk, tyrkisk, somali, arabisk, urdu og norsk. Det nye materialet er todelt med en ny informasjonsbrosjyre til foreldre og foresatte, og en ny Georg-høydemåler. Kreftforeningen vil vurdere å oversette informasjonsmaterialet til flere språk dersom helsesøstre formidler et behov for dette.

Tobakksfri barndom

Kreftforeningen har i 2012, med støtte fra Extrastiftelsen, gjennomført prosjektet «Tobakksfri barndom for minoritetsspråklige barn». Bakgrunnen for prosjektet er Kreftforeningens ønske om å nå bedre ut til minoriteter med informasjon om skadene forbundet med passiv røyking.

Helsedirektoratet hadde i år 2012 en opplysningskampanje der en satte fokus på skadevirkningene ved passiv røyking. Mange vet ikke at minst 80 prosent av den helseskadelige tobakksrøyken er usynlig. Alle som blir utsatt for passiv røyking, har økt risiko for de samme sykdommene som den som røyker selv. Barn er spesielt sårbare for andres tobakksrøyk, siden lungene og immunsystemet deres ikke er ferdig utviklet. Dessuten puster de fortere enn voksne og får dermed i seg mer røyk.

Mange røyker

Om lag 100 000 barn eksponeres daglig

for passiv røyking i Norge ifølge anslag fra Statens institutt for rusmiddelforskning. Det er grunn til å anta at det i denne gruppen også finnes mange barn med minoritetsbakgrunn. Innvandrerbefolkningen øker i Norge, og mange røyker. Ikke alle som er nyinnflyttet til landet har den nødvendige kunnskapen om skadevirkningene ved passiv røyking. Bakgrunnen for dette er at mange land ikke har hatt samme fokuset på passiv røyking som i Norge.

Videreutviklet materiell

For at det nye informasjonsmaterialet faktisk skal være en hjelp for helsesøster i konsultasjonen, og for at budskapet i materialet skal nå frem til brukergruppen, har Kreftforeningen evaluert tidligere utgitt materiell. Vi har oppsøkt helsestasjoner i flerkulturelle bydeler i Oslo (Gamle Oslo, Søndre Nordstrand og Stovner), og fått konstruktive tilbakemeldinger fra helsesøstre i forhold til behov og ønsker. Vi har også fått gode råd fra NAKMI og Lærings- og Mestringscenteret, Barneavdelingen ved Ullevål sykehus. Dette har fått konsekvenser for videreutvikling av det nye informasjonsmaterialet.

Bruksområder

Informasjonsbrosjyre til foreldre og foresatte på ulike språk:

mange språk



Do rodziców i wychowawców

Polsk

POLSK: Kreftforeningens nye brosjyre er oversatt til sju språk. På plakaten står det på polsk: «Tobakksrøyk er farlig for barn. Ikke røyk i nærheten av barn.»

Hovedbudskapet i brosjyren er «Tobakksfrie hjem og biler for barn». Målet er at de som snakker dårlig norsk eller er analfabeter, skal forstå helsebudskapet om passiv røyking. Vi har vektlagt et enkelt språk uten for mye tekst. Hensikten er at helsesøster skal kunne bruke brosjyren som et hjelpemiddel i en samtale om passiv røyking i familier hvor det røykes enten hjemme hos barnet eller hos slektninger. Brosjyren kan deles ut ved første

hjemmebesøk, 4-årskontrollen, skolestartundersøkelsen og ellers når det er naturlig å ta opp temaet passiv røyking i samtaler med foreldre som røyker.

«Barn er spesielt sårbare for andres tobakksrøyk.»

Georg-høydemåler til barn på ulike språk:
Hensikten med høydemåleren er at

barn med ulik etnisk bakgrunn skal kunne identifisere seg med barna på høydemåleren og få et eierforhold til denne. Den skal kunne bidra til

at familien får et bevisst forhold til skadene som er forbundet med passiv røyking.



التوضيح والتصميم: الزايريت مونغ،
www.illustratorene.no • Elisabeth Moseng

نحتاج إلى المساعدة للتوقف؟

- اتصل على رقم التدخين Røyketelefonen (80040085) المجاني
- اطلع على www.slutta.no
- اطلع على www.helsenorge.no ("passiv røyking" ال بحث)
- اتصل بهاتف السرطان 80057338 (مجانا من الهاتف الأرضي)
- اطلع على www.kreftforeningen.no
- اتصل بالمرمضة في المركز الصحي
- أو طبيبك الثابت

 **ExtraStiftelsen**
Helse og Rehabilitering

 **KREFTFORENINGEN**

NYTTIG INFORMASJON: I brosjyren finnes nummer til røyketelefonen og tips om nyttige nettsteder.

Høydemåleren passer til litt større barn, og kan brukes som et supplement når det informeres om passiv røyking og informasjonsfolderen deles ut til foresatte. Den kan også deles ut uavhengig av informasjonsbrosjyren. Høydemåleren kan barnet fargelegge på baksiden, henge opp på veggen og på den måten følge med på sin egen høydeutvikling.

Informasjonsplakat om Kreftforeningens nye sjiraffen Georg materiell (norsk tekst):

For å gjøre det nye informasjonsmateriellet kjent og bidra til økt oppmerksomhet om skadene ved å utsette barn for passiv røyking i hjemmet og i bilen, har vi laget en plakat som helsesøster kan henge opp på helsestasjonen eller der det måtte passe.

Bestilling

Før jul sendte vi ut informasjon om det nye materiellet om passiv røyking hvor vi la ved et eksemplar av hvert av de nye brosjyrene og plakaten til alle landets helsestasjoner. Helsestasjonene kan bestille materiellet fra bestillingslisten på kreftforeningen.no (gå inn på mappen «våre tilbud» og velg bestillingslisten). Alt materiell fra Kreftforeningen er gratis og kan bestilles i begrenset antall (25 stk. av hver på norsk, 15 stk. av den engelske og 10 stk. av hver på de andre språkene). Vi vil presisere at vi ikke anbefaler at det nye materiellet deles ut til alle, men kun brukes målrettet der det røykes i barns nærmiljø. Dette vil være en endring fra tidligere praksis.

Vi har også opprettet en egen nett-

side for helsestasjon og skolehelsetjeneste med nyttig informasjon om tobakk, solbeskyttelse, kost, overvekt og fysisk aktivitet. Den anbefaler vi deg å ta en titt på. ■

Ta kontakt

Kreftforeningen ønsker tilbakemeldinger fra helsesøstre om nytten av materiellet vårt i arbeidet på helsestasjonen. Ta gjerne kontakt for tilbakemeldinger, eller ønske om mer informasjon om materiellet.

Vår kontaktperson er spesialrådgiver/helsesøster Åse Mary Berg – telefon 95 06 46 17, mailadr.: ase.mary.berg@kreftforeningen.no.

Leder for prosjektet om passiv røyking har vært Kristin Sønderland, som er helsesøster og kreftsykepleier.

Delta i debatt!



Debattforum arrangeres av LaH NSF annethvert år – det året vi ikke har generalforsamling. Tema for årets debattforum er Fremtidens helsestasjons- og skolehelsetjeneste.

Debattforum er for mange helsesøstre en nyskaping. I våre nye vedtekter har vi en bestemmelse om at vi nå har generalforsamling (GF) hvert annet år, ikke hvert år som tidligere. Året mellom GF arrangerer vi da debattforum for medlemmer av Landsgruppen av helsesøstre. Dette forumet er uten de formelle rammene som GF setter, med forretningsorden, valg med mer. På et debattforum ønsker vi aktive helsesøstre som vil debattere aktuelle saker for helsesøstre, og bidra til å forme framtidens helsestasjons- og skolehelsetjeneste! Her vil du ha anledning til å komme med dine erfaringer og synspunkt i mindre grupper, og i plenum.

Årets tema

Tema for årets debattforum er Fremtidens helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Vi har invitert helse- og omsorgsministeren og andre sentrale politikere og helseaktører til å delta i panelet. Debatten ledes av Aslak Bonde fra Politisk Analyse. I forkant av selve debatten vil påmeldte helsesøstre samles i grupper ledet av lokale faggruppeledere/styret, for å forberede innspill og spørsmål. Det vil bli gitt en kort innledning til tema og debatten av leder i LaH NSF. Vi håper på mange og aktive deltakere, og en spennende debatt! Du melder deg på debattforum på påmeldingsskjemaet til kongressen.

Bakgrunn

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten blir av mange sett på som en liten kommunal tjeneste, men yter hver dag forebyggende og helsefremmende tjenester til 1,2 millioner barn og unge, og deres foreldre.

I de nye avtalene inngått mellom regjeringen og KS understrekes satsingen på forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid. Tjenesten er sentral om

vi sammen skal lykkes med intensjonene i samhandlingsreformen. Til tross for dette viser rapporter og tilsyn at tjenesten over tid er svekket på personellressurser og tverrfaglighet, og at kommunene ikke har god nok kjennskap til eller styring av tjenesten. Den årelange uttalte satsingen på tidlig innsats har ikke gitt seg utslag i en reell styrking av helsetjenestetilbudet for barn og unge. Hvordan skal vi få kommunene til å prioritere den satsingen på tjenesten som regjeringen, helsemyndighetene, ansatte og brukere ønsker?

Har forebyggende helsetjenester til barn og unge en plass i folkehelsearbeidet?

Dette ønsker vi å utfordre sentrale politikere og helseaktører til å diskutere med landets helsesøstre, som utgjør vel 80 prosent av bemanningen i helsestasjon og skolehelsetjeneste. 2013 er valgår, og vi ønsker å vite hva de ulike partiene tenker om tjenesten og hvordan de ønsker å prioritere den.

Nyttig informasjon

Hvis du ønsker å forberede deg til debattforumet er det noen sentrale styringsdokumenter det kan være lurt å se nærmere på. Dette er særlig de nye lovverkene (med merknader) i forbindelse med Samhand-

lingsreformen; Helse- og omsorgstjenesteloven og Folkehelseloven. Begge disse finner du enkelt på www.lovdata.no Videre Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Rapport IS-1798 som du finner på www.helsedirektoratet.no og tilsynsrapporten Styre for å styrke, rapport 1–2012 fra Statens helsetilsyn som du finner på www.helsetilsynet.no. ■



Av Astrid Grydeland Ersvik, leder Landsgruppen av helsesøstre NSF

«Vi ønsker å vite hva de ulike partiene tenker om tjenesten.»

Fullt fokus på helse, seksualitet og rus

Elever i 9. klasse ved Os ungdomsskole i Hordaland fikk i løpet av tre uker lære om rus, sex, homofili og seksuelle overgrep. Tilbakemeldingene fra elevene er gode.



Av **Torild Eide**, helsesøster
Os kommune

Høsten 2011 skjedde det en rekke uønskede hendelser, der flere av skolens elever var innblandet. Rus og uønsket sex var sentralt i dette. Administrasjonen ved skolen, med rektor, Kåre Lutro i spissen, besluttet å gjøre noe for å forebygge flere slike hendelser. En prosjektgruppe ble etablert med rådgiverne Berit Drevvatne, Anne Britt Særsland samt helsesøster Torild Eide og elevinspektør Øystein Holmås (prosjektleder). Med veiledning av Espen Rutle Johansen fra RVTS, ble planene en realitet.

Planen var å gjennomføre et tverrfaglig undervisningsopplegg over tre uker i september 2012. Hovedmålsettingen for prosjektet var å fremme god fysisk og psykisk helse for ungdom frem mot voksenlivet. I tillegg ønsket vi at undervisningsopplegget skulle gi kunnskap og motivere hver elev til egen refleksjon og bevissthet omkring disse temaene. Gjennom kunnskap og refleksjon ønsket vi å bevisstgjøre elevene på egne grenser og betydningen av å ta gode valg for seg selv (og andre) i forhold til helse, rus og seksualitet.

Utfordringen var å gjøre undervisningsopplegget så faglig godt vi kunne, ut ifra en knapp skoleøkonomi. Ut i fra våre ønsker fant vi fort ut at vi ikke hadde nok kompetanse selv. Derfor valgte vi å innhente kompetanse utenfra. Vi kontaktet Bergensklinikken i forhold til rus, SMIH (senter mot insest og seksuelle overgrep i Hordaland), Landsforeningen for Lesbiske og homofile (LLH) og Mental helse/Venn1. Alle stilte villig opp. Skolen stilte med helsesøster som underviste i seksualitet, og lærer Kristin Hagen med erfaringer fra Kriminalomsorgen.

Lærerne på 9.trinn fikk ansvar for å gjennomføre undervisningsopplegget, mens prosjektgruppen sto for koordinering og framdrift. I forkant av prosjektet fikk elevene med seg informasjonsskriv hjem til foreldrene. Vi kontaktet også lokal nettavis og lokal papiravis som ga oss god dekning.

Prosjekt uke 1: Film, refleksjon og kunnskap

Prosjektet startet tirsdag (i uke 36) i kommunens kulturhus, Oseana. Alle elevene på 9. trinnet så filmen «Linus Kveldsbok» i kinosalen. Den ga en fin fremstilling på mange av utfordringene ungdommer kan komme opp i. Da de var tilbake i klassene jobbet elevene med refleksjonsspørsmål knyttet til filmen.

Torsdag samme uke hadde vi første fagdag. Vi organiserte det slik at elevene skulle ha fag i 1. og 2. time. I 3. time stilte et av treningssentrene i Os - Sprek og blid- opp med instruktør til felles dans i gymsalen. Dette for å brette av det faglige. I 4. og 5. time var det igjen fag. SMIH, LLH, Bergensklinikken og helsesøster var stasjonert på hver sine klasserom og elevene rullerte mellom disse. Hver time varte i 45 minutter. Elevene var lydhøre og interessert. I 6. timen hadde vi evaluering av dagen og alle de innleide var enig i at det hadde vært slitsomt, men veldig kjekt og nyttig tiltak. Ting som kunne endres ble notert. Alle ønsket å komme tilbake og det er vi veldig takknemlig for.

Allerede neste dag hadde vi andre fagdag. Mental helse sin ungdomsorganisasjon -

Venn1 tok for seg ungdom og psykisk helse. Trinnet ble delt i 2 puljer og opplegget ble gjennomført i gymsalen. I ettertid så vi at det ble en for stor gruppe



i et rom som ikke fungerte optimalt. Lærerne som hadde elevene i de oppsatte timene fulgte elevene og var alltid til stede disse dagene. Noe som var nødvendig for oppfølging av temaet – og for å holde ro.

Prosjekt uke 2: Mer kunnskap

Denne uken var det ordinær undervisning. I tillegg hadde lærer, Kristin Hagen ved skolen, en skoletime i hver 9. klasse der hun snakket om de ulike valg ungdom har og tar, og konsekvenser av disse valgene. Hun har jobbet i kriminalomsorgen i mange år. Er en fengende dame på bølgelengde med ungdommen. Elevene syntes hennes timer var kjempebra, viktig, interessant og tankevekkende.

Prosjekt uke 3: Refleksjon og paneldebatt

Tiden var inne for refleksjon, oppsummering og avslutning. Onsdagen denne uken ble elevene delt i mindre grupper. Det første de måtte gjøre var å svare på et evalueringsskjema. De ble spurt om hva de syntes om undervisningen og graderte det som dårlig, ok eller veldig bra. I tillegg ble de oppfordret til å skrive minst ett spørsmål og en kommentar (positiv/negativ) knyttet til temaene og undervisningstimene de hadde vært gjennom. Ved å gjøre dette i starten av timen fikk vi inn svar fra alle elevene som var til stede. Videre denne dagen arbeidet elevene med ulike case som prosjektgruppen på for-

hånd hadde laget. Temaene gjenspeilte det vi hadde vært innom de to første ukene. På slutten av den dagen hadde elevene en presentasjon i klassen av det gruppen hadde kommet frem til. Nå var elevene ferdig med det de skulle «produsere».

Evalueringsskjemaene ble samme dag bearbeidet slik at prosjektgruppen fikk en oversikt over hva elevene syntes om prosjektet, og hvilke spørsmål og kommentarer de hadde.

«Elevene var veldig lydhøre.»

Disse spørsmålene ble utgangspunkt for avslutningsdagen vi skulle ha to dager senere i gymsalen.

Vi i prosjektgruppen ble overveldet av responsen. De fleste hadde hatt en ok eller veldig bra opplevelse av prosjektet. Noen få syntes det var dårlig og de kommentarene de hadde gitt vil bli tatt med videre, så langt det lar seg gjøre. Men vi ser også at vi ikke kan «treffe alle» elevene der de er i sin utvikling, til det er de kommet ulikt i sin modning. Men vi mener det passer best å ha dette på høsten i 9. klasse.

Så kom finalen i prosjektet. Fredag denne uken skulle vi avslutte med «paneldebatt». I utgangspunktet ville vi at elevene selv skulle stilt spørsmålene, men vi forutså at det ville blitt vanskelig for mange i en så stor forsamling (alle 140 elevene med lærere). Derfor brukte vi spørsmålene fra evalueringsskje-

UNDERVISNING:
Helsesøster Torild Eide foreleser om seksualitet. Foto: Os og Fusaposten.

Om skolen

Os ungdomsskole i Hordaland er en skole med 420 elever. På hvert trinn er det cirka 140 elever fordelt på fem klasser. Helsesøster er til stede to dager per uke.

maet som utgangspunkt for denne paneldebatten. Elevene satt på gulvet på matter. Panelet bestående av rådgiver, helsesøster, lærer med erfaring fra kriminalomsorgen, barnevernet og representanter fra elevrådet, satt på rekke foran alle elevene. Vi i panelet hadde fått utdelt spørsmålene på forhånd til forberedelse. Assisterende rektor innledet det hele med å trekke linjene gjennom ukene for så å komme inn på elevenes spørsmål. Han fordelte spørsmålene til panelet på en naturlig måte. «Mange sier de har lært mye nytt disse ukene, men det er en som lurer på om det går det an å ha sex når en har menses? Kan du svare på det helsesøster? En annen sier at stefar har tatt henne på låret på en måte hun ikke likte. Hva bør hun gjøre? Vil du i barnevernet svare på det?» Slik fikk elevene svar på sine spørsmål. Hele seansen varte cirka 45 minutter. Elevene var igjen veldig lydhør og interessert. Vi mente vi fikk en fantastisk fin avslutning på prosjektet.

Avslutning

I forkant av hele prosjektet var vi spent på hva vi satt i gang. Var det mange som fikk aktivert minner og reaksjoner? Våget de å komme? For å være i forkant informerte vi våre nærmeste lokale samarbeidspartnere på forhånd: lærerne, kommunens helsesøstre, barnevernet, HSU, fastleger og foreldre slik at de var forberedt på økt arbeidsmengde og hvorfor. Underveis og i etterkant var det en jente

TABELL: Elevenes evaluering av prosjektet.

Fagdage:	Dårleg	OK	Veldig bra
Korleis syntes du «Linus kveldsbok» passa til temaet i perioden?	6	60	55
Kva syntes du om temaet: Ungdom og rus?	9	55	60
Kva syntes du om temaet: Seksualitet	0	62	60
Kva syntes du om temaet: Lesbiske og homofile	8	48	64
Kva syntes du om temaet: seksuelle overgrep	3	56	62
Kva syntes du om temaet: Konsekvenser og val V / Kristin Hagen	0	40	81

som tok kontakt med rådgiver og fikk god hjelp.

Lokalavisen var innom på alle dagene våre og dekket tiltaket med tekst og bilder av blant annet elevene. Noe de syntes var kjekt. Tidsmessig sier det seg selv at vi bare er innom det viktigste innenfor temaene. Men vi tror ved å ha fokus på dette har vi gitt elevene noe å tenke på. Ikke minst har både gutter og jenter fått samme informasjonen, kunnskap og reflektert rundt de samme problemstillingene. Modningsmessig er elevene ulike, men vi mener det et passende tidspunkt å ha det på for å nå de som er mest modne.

I en presset helsesøsterhverdag innebar selvsagt dette prosjektet en del møtevirksomhet med planlegging og forberedelser. Noe som innebar at andre ting måtte vente. Men nå er opplegget ferdig og lett å gjenta. Evalueringen viser at dette var vellykket og vi ønsker å gjøre dette til et årlig tiltak på 9. trinn.

Fra mitt forebyggende ståsted har dette vært et givende og lærerikt prosjekt å være med på. Om vi når frem i forhold til forebygging gjenstår å se, da det er som vi vet vanskelig å måle. Om denne investeringen i ungdommen vil lønne seg vil tiden vise, men vi vet vi har satt i gang en del tanker hos dem. Det viser noen av utsagnene under:

Vi spurte: har du lært noe i disse tre ukene?

JA: 114

NEI: 6

Ikke svart: 5

Dette er elevenes kommentarer:

- Har lært mye.
- Har lært mye om lesbiske og homofile; veldig bra!
- Har lært mye om det å være ungdom; at det kan være tøft med oppturer og noen nedturer.
- Har lært at det er flere som dør av alkohol enn narkotika.
- Har lært at rus er farlig.
- Har lært om sex og sånt.
- Har lært om konsekvensar av rus og sex.
- Har lært at det er mange en kan snakke med når en har behov for det.
- Dette var et tema vi hadde på barneskolen, så jeg lærte ikke så mye nytt.
- Har lært kjempemasse om ting som vanligvis er tabu og flaut.
- Uten dette ville vi nok enten gått uvitende gjennom livet, eller lært gjennom erfaring.
- Har nesten ikke lært noe.
- At vi selv må ta ansvar for våre handlinger og valg. ■

Først ut med babyprogrammet



Dei utrolige åra er eit kurs som skal skape gode relasjonar mellom foreldre og born. Nabokommunane Lindås, Modalen og Radøy er fyrst i landet med baby-programmet, kor borna er mellom 0-12 månadar. Eg fekk vere med på ei samling.

Tekst Bente Gunn Håtuft

Det er den første gråblå snødagen i Knarvik denne vinteren. Ein halvtimes kjøring nord for Bergen, og eg er på veg inn i lokalene til mine helsesøsterkollegaer i Lindås, Ingunn Vangen og Kari Reigstad Nævdal og psykologen Harald Simonsen.

Prosjektet i Nordhordaland

Dei utrolige åra er eit prosjekt under samhandlingsreformen, der midler vert gitt til regional samhandling og utvikling til beste for små born i nabokommunane Radøy, Lindås og Modalen. Kurshaldarane har bak seg eit kurs i Danmark før dei starta opp i haust. I løpet av eit år skal fire grupper med foreldre gjennomføra opplæringa.

Babyprogrammet er godt etablert i England, Wales, Danmark og USA. I Norge vil programmet verta ein del av den forskning som blir utført av DUÅ Norge ved Universitetet i Tromsø.

Nabokommunane Lindås, Modalen og Radøy er dei fyrste i landet som inviterer «foreldre for fyrste gong» til samling for foreldre og born, der borna er mellom 0-12 månader.

Prosjektet har som formål å betre det helsefremmande, psykiske helsearbeidet på helsestasjonane i kommunane. I dette ligg at dei skal tilby kunnskapsbasert foreldrerettleing med den effekt at foreldra meistrer foreldrerollen og at dette gjev borna ei god psykisk helse.

På kurs

I eit lyst, varmt og innbydande lokale er mine kolleger i gang med å laga lunsj til dei sju småbarnsforeldra, seks mødre og ein far, som er på treffet i dag. Dei er tilfeldig plukka ut fra dei tre deltakerkommunane.

Fokus på dei åtte treffa er tilknytning foreldre og born. Dei tek opp tema som det å verta kjent med barnet sitt, barnet som eit lærande vesen og korleis gi stimulering til barnet. Det siste temaet går over to samlinger. Videre korleis foreldra

kan lesa barnet, det å få støtte frå familie og venner og dei to siste treffa går på barnets gryande sjølv.

Føremiddagen har gått med til å forbereda dagens program, dag ein av «det gryande sjølvet».

«Det å lesa barnets signal er som vaksine til god psykisk helse,» hevdar dei tre kurshaldarane, i det foreldra kjem inn i varmen. Babyane er opptatt av pupp. Ein har begynt å krypa. Med den ferdigheten klarer han å dytta overende ei som nett har klart å sitta sjølv. Pappaen seier: «Det er så godt med diskusjonane i gruppa og impulsane frå dei andre».

Ingunn tek oss gjennom temaet dei hadde sist gong. Kari skriv opp prinsipp som foreldra kjem med på eit stort ark. Til slutt går Harald gjennom sjølvet si utvikling med gruppa. Han viser video-snuttar som underbyggjer temaet. Kurshaldarane vert videofilma og det vert så brukt i evalueringa av kursopplegget.

Tre timer etter forlet eg den trygge og inkluderande gruppa og går ut att i den kalde gråblå ettermiddagen, men varmen frå gruppa tek eg med meg. ■

KURSHALDARANE: Frå venstre psykologspesialist Harald Simonsen, helsesøster Kari Reigstad Nævdal og helsesøster Ingunn Vangen.



LaHs styre og lokale faggruppetledere 2012-2014



LaH NSF styre 2012-2014



Leder:
Astrid Grydeland Ersvik
Sjursvikveien 36,
6507 Kristiansund N
E-post: lah@sykepleier.no
Tlf. 98 85 34 96



Nestleder:
Eli Taranger Ljønes
Ljønes, 8100 Misvær
E-post: eli.tl@online.no
Tlf. 46 83 74 46/95 24 03 28



Styremedlem/kasserer:
Gro Tønseth
Midtgårdvegen 5,
9100 Kvaløysletta
E-post: grotonseth@gmail.com
Tlf. 91 84 48 74



Styremedlem/sekretær:
Torun Rundhovde
Mørenskog
Calle Gran Canaria 28, 29649
Fuengirola, Espana
E-post: torun.morenskog@
istorm.no
Tlf. +34 61 68 75 668/
94 87 10 79



**Styremedlem/
kommersiell kontakt:**
Bente Gunn Håtuft
Litlevika 33, 5914 Isdalstø
E-post: bente.gunn.haatuft@
helse-bergen.no
Tlf. 48 10 88 50



Styremedlem:
Irene Asheim Ivesdal
Holbergsgaten
20 leil 308, 4300 Sandnes
E-post: ireive@gmail.com
Tlf. 91 88 13 00



Varamedlemmer:
Randi Stokke Johnsen
Einerkroken 10,
3032 Drammen
E-post: randi.johnsen@ebnett.no/
randi.stokke.johansen@sande-ve.
kommune.no
Tlf. 90 55 80 23



Mae Iris Haarstad
Skåråvegen 9, 2672 Sel
E-post: mae-iris.haarstad@
oppland.org/maeiris@live.no
Tlf. 91 64 85 38

OSLO

Kristin Sofie Waldum
Fururabben 5E, 1361 Østerås
J: 95 26 66 76 M: 41 22 09 77
E-post: kwalldum@online.no

ØSTFOLD

Renate Rosèn Skinne
Skinneveien 36, 1747 Skjeberg
M: 99 25 17 57
E-post: lahostfold@gmail.com

AKERSHUS

Torunn Stenstad
Fjellveien 3A, 1470 Lørenskog
J: 67 20 17 05 M: 48 21 76 35
E-post: tse@lorenskog.kommune.no

HEDMARK

Astrid Michaelsen
Vognveien 123 B, 2315 Hamar
M: 91 51 06 92
E-post: astrid.michaelsen@hamar.kommune.no

OPPLAND

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

BUSKERUD

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

VESTFOLD

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

TELEMARK

Lillian Olsen Opedal
Malervn. 6, 3830 Ulefos
J: 35 95 71 20 M: 97 75 08 69 P: 99 22 47 27
E-post: lillian.olsen.opedal@sauherad.kommune.no

AUST-AGDER

Tove Jansen
Hegreven 4, 4818 Færvik
J: 37 00 68 50 M: 48 88 22 05 P: 37 03 44 28
E-post: tove.jansen@arendal.kommune.no

VEST-AGDER

Gunhild Båtnes Lislevand
Kvernveien 19, 4630 Kristiansand S
J: 91 78 06 81 M: 97 19 02 07
E-post: Gunhild.Lislevand@kristiansand.kom-
mune.no

ROGALAND

Sissel Rygg Bernhardsen
Fjellprydveien 25, 4070 Randaberg
M: 90 73 17 06
E-post: sissel.rygg.bernhardsen@
stavanger.kommune.no

HORDALAND

Britt Darlington
Sætervegen 19b, 5236 Rådal
J: 55 56 51 60 M: 99 24 71 09
P: 55 13 03 99
E-post: britt.darlington@bergen.
kommune.no/britt-dar@hotmail.com

SOGN OG FJORDANE

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

MØRE OG ROMSDAL

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

SØR-TRØNDELAG

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

NORD-TRØNDELAG

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

NORDLAND

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

TROMS

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

FINNMARK

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

– Lettere å snakke med en mann om seksuelle problemer

Terskelen er litt lavere for å snakke med en mann om ereksjonssvikt, enn en kvinne, tror Andreas Persson ved Helsestasjon for ungdom og studenter i Bergen.

Andreas Persson er utdannet sykepleier ved Høgskolan i Göteborg og psykiatrisk sykepleier fra Karolinska institutet i Stockholm. Han arbeider ved Poliklinikk SOS ved Haukeland Universitetssykehus og ved Helsestasjon for ungdom og studenter i Bergen. Han har også privatpraksis på Agora psykologkontor som sexologisk rådgiver.

– Er det mange av guttene som gir uttrykk for at det er en fordel å treffe en mannlig sykepleier når de kommer til Hfu?

– Mange ganger er det nok like ok for dem å møte en kvinnelig ansatt. Jeg tror også at det har mest med personlighet å gjøre, ikke så mye med kjønn. Men når det er sagt så tror jeg det er noen spørsmål de kan ha en litt høyere

terskel for å ta opp med en kvinnelig ansatt enn med en mann. Det kan for eksempel være seksuelle problemer som ereksjonssvikt og tap av seksuell lyst. Om noen spontant tar opp spørsmål om seksuelle problemer så tilbyr jeg gjerne en avtale med dem en annen dag i tillegg, siden vi ofte har mye kø og ikke så god tid til hver enkelt, sier Andreas Persson.



SAVNER NETTVERK: – Jeg savner en nettverksgruppe for oss som jobber med menn. I Skåne hadde vi Mannsgruppen og der var det mange spennende diskusjoner, sier Andreas Persson.

■ Populært tiltak

Helsestasjon for ungdom og studenter bruker Engen helsestasjons lokaler på ettermiddag og kveld, og er et samarbeid mellom to bydeler i Bergen. Helsestasjonene har åpent tre kvelder i uken, 15.30–18. Det er ingen timebestilling, men kølappsystem. Alle som har kommet inn før kl. 18 får hjelp.

Helsestasjonene har stor pågang av ungdommer og studenter, og det øker hvert år. Totalt antall konsultasjoner i 2011 var 5914. Studenter utgjorde 69 prosent av disse.

Gutteandelen på helsestasjonen har hatt en jevn økning de siste årene og er nå på vel 20 prosent. Helsestasjon for ungdom og studenter ved Engen har de siste fire årene hatt egen kø for gutter.

Persson har studerte sexologi ved Universitetet i Agder og han har en bachelorgrad i kjønnsstudier ved Göteborgs universitet. Han har arbeids erfaring fra blant annet helsestasjon for ungdom i Sverige og Haukeland Universitetssykehus i Bergen. I tillegg tar han fagforfatterstudiet ved Høgskolen i Oslo.

Mange tar klamydiatest

– Hva er den vanligste oppsøkningsgrunn for dem som kommer til deg?

– Omtrent 95 prosent av dem som kommer tar kontakt fordi de ønsker å ta en klamydiatest. Noen vil gå ned i vekt og ønsker veiledning i forhold til dette, andre ønsker veiledning på grunn av misbruk eller psykisk helse. Dette er nok en gruppe som vi ikke fanger opp så lett og som tidligere nevnt har vi ofte lange køer med ungdommer som venter på å få komme til.

– Når det gjelder seksuelle problemer så er det sjelden en oppsøkningsgrunn, heller noe de tar opp etter at de har tatt en klamydiatest.

– Ser du noen forskjell på aldersgruppen og hva de tar opp?

– Det er vanskelig å si. Det skjer en veldig modning mellom 17- og 24-årsalder, da er en voksen på en helt annen måte. Ellers ser jeg at guttene alltid kommer inn alene, mens jentene gjerne vil gå inn sammen med venninner, sier Persson, og legger til:

– Jeg tar aldri inn par sammen, først og fremst fordi en da kan miste mye viktig informasjon. Samtalen blir også gjerne mer stresset da. Dersom par ønsker en samtale sammen, så snakker jeg først med dem hver for seg og etterpå som par.

– Har det vært en økning i antall gutter som kommer etter at du begynte å jobbe her?

– Vi ser jo en økning i gutteandelen ved HFU flere steder. Menn prater med sine kamerater og jungeltelegrafene er viktig. Jeg tror ungdom går dit hvor de føler seg ivaretatt og godt behandlet.

Vi har nå en gutteandel på litt over 20 prosent. Av ungdommene som tester seg for klamydia, er 33 prosent gutter.

– Det finnes også andre steder med kun kvinnelige ansatte, der en har sett en økning i antall gutter. Jeg tror ikke alltid det er kjønn det handler om, men mer fokuset og interessen for å jobbe med menns helse. Det er viktig at en er synlig og stabil, at det er kontinuitet og at de vet når vedkommende er å treffe.

Informerer elever

– Du har de siste årene hatt et informasjonsopplegg om HFU for gutter i 8. klasse. Hvordan fungerer dette?

– De har fått grunnleggende undervisning om seksualitet og samliv på skolen på forhånd. Jeg bruker å spørre dem hvor mange som har hørt om HFU, og da er det ingen som melder seg! Det er viktig at denne gruppen vet at vi fins og hvor de kan gå om de trenger det. Mange debutterer jo veldig tidlig seksuelt.

– Jeg presenterer virksomheten vår, hvem som jobber her og hva de kan komme og snakke med oss om – at det ikke bare er for å teste seg for klamydia, men at de også kan komme for å

og har en litt trist innstilling til hva sex er og til jenter. En kan jo undres hvor de har fått det fra.

– Er det mange som tar kontakt med spørsmål i forhold til homofili eller seksuell identitet?

– Nei, det er det ikke, og grunnen er nok at de har mange andre fora der de kan ta kontakt; via nettsted, blogger, være anonym på nettet og liknende. For bare 15–20 år siden var det ganske annerledes, da var gjerne egne kafeer de mest vanlige møtestedene.

– Derimot er det en del homofile og bifile som kommer for å teste seg for ulike kjønnssykdommer. Vi tar jo ikke blodprøver hos oss, så derfor blir samarbeid med Poliklinikk SOS veldig viktig og det fungerer bra.

– Har du noen ønsker for videreutvikling av HFU?

– Det finnes et stort behov og vi burde ha utvidet åpningstidene, og så burde det være slik at de som ønsket det kunne bestille time. I for eksempel Malmø, der jeg jobbet tidligere, så fantes det tre store «ungdomsmottak» i sentrum. De hadde åpent hver dag og de hadde fullt hele tiden. I Bergen, med så mange ungdommer og

«Omtrent 95 prosent ønsker å ta en klamydiatest.»

snakke om for eksempel psykisk helse eller andre ting. Så viser jeg dem lokale, hvordan de tar en klamydiatest, hvordan et prøveglass ser ut, og andre nødvendige ting som å ta ansvar for egen helse, intimhygiene og prevensjon. Gruppene kan være veldig ulike, noen svært stille og beskjedne, andre veldig livlige og pratsomme.

– Hvilke tanker har du om ungdommens kunnskap om kropp og seksualitet?

– Jeg tenker at det finnes mye informasjon ute og mange har allerede stilt en diagnose når de kommer. Visse grupper av de yngre skal ofte tøffe seg

studenter, så skulle det absolutt være grunnlag for et lignende tilbud. Med et større fagmiljø er det også lettere å drive kvalitetsarbeid og forskning.

– I Skåne hadde vi Mannsgruppen, en slags nettverksgruppe for dem som jobbet med menn. Der hadde vi mange spennende diskusjoner og jeg savner en slik gruppe her. ■



Tekst Gerd-Anne Wincentsen, helsesøster ved Helsestasjon for ungdom og studenter og ved Langhaugen videregående skole i Bergen.

På kurs for å bli bedre

Basert på funnene fra en kompetansekartlegging blant helsesøstre i tre fylker, har LaH NSF prøvd ut etterutdanningstilbudet «Helsesøster som samfunnsaktør». Målet er å bidra til bedre og tryggere tjenester for barn, unge og deres foreldre.



Av Astrid Grydeland Ersvik,
leder Landsgruppen
av helsesøstre NSF

LaH startet i 2010 et pilotprosjekt finansiert av NSF i tre kommuner; bydel gamle Oslo, Austevoll i Hordaland og Sør-Varanger i Finnmark. Pilotprosjektet har vært et sentralt ledd i vårt arbeid for å få etablert en ordning med spesialistgodkjenning av helsesøstre, godkjent av myndighetene. Arbeidet for spesialistgodkjenning skjer parallelt med pilotprosjektet, i regi av NSF i nær dialog med blant annet LaH.

Et nødvendig startpunkt i pilotprosjektet var å få en oversikt over helsesøsters kunnskaper, holdninger og ferdigheter på definerte kunnskapsområder. Som et ledd i dette ble det gjennomført en elektronisk kartlegging blant helsesøstre i fylkene Oslo, Hordaland og Finnmark. Funnene viste i grove trekk at helsesøstre kan helsesøsterfaget, definert som de klassiske oppgavene knyttet til veiledning, vaksinasjon, helseopplysning og folkehelse. Det framkom



ENGASJEMENT: Hvordan helsesøster skal være samfunnsaktør ble ivrig diskutert av deltakerne på kurset. Fra venstre: Gerd-Anne Wincentsen, Hordaland, Randi Stokke Johnsen, LaH-styret, Sissel Rygg Bernhardsen, Rogaland, Gunhild Båtnes Lislevand, Vest-Agder og Elin Ukkelberg, Møre og Romsdal. Foto: Eivor Hofstad, Sykepleien.

Samfunnsaktører

derimot tydelige mangler på det området vi valgte å kalle samfunnsaktørrollen, det vil si kunnskap om politiske og administrative system lokalt og nasjonalt, lov- og rammeverk/styringsdokument, påvirknings- og kvalitetsarbeid. Helsesøstre oppga også behov for økt flerkulturell kompetanse. Det som også var et tydelig funn, var at kompetansearbeidet i kommunene skjedde nokså tilfeldig. Man hadde liten oversikt over hvilken kompetanse man hadde og hadde behov for, og ansatte ble sendt på kurs mer eller mindre tilfeldig. De tre pilotkommunene har derfor jobbet spesielt med å utarbeide lokale kompetanseplaner. Vårt mantra er at det er like dyrt å drive dårlig og lite målrettet kompetansearbeid, som å drive det godt. Derfor er det ingen grunn til ikke å satse på kvalitet!

Kompetanseprogrammet

Ut fra disse funnene prioriterte vi å utvikle og utprøve etterutdanningstilbud/kompetanseprogram knyttet til samfunnsaktørrollen. Utviklingen av tilbudet har skjedd i samarbeid mellom pilotkommunene, prosjektgruppen, LaHs styre og utdanningsutvalg, NSF og Athena AS. Deltakere i utprøvingen har vært pilotkommunene, LaHs lokale faggrupeledere og styre – totalt 34 deltakere. Vi har avholdt to samlinger à to dager, med arbeid og veiledning i mellomperioden og i tiden etter siste samling. Før og etter samlingene ble det gjort en kartlegging blant deltakerne, både i forhold til aktuelt kompetansenivå og forventninger. Dette var en komprimert versjon av etterutdanningstilbudet slik det er tenkt i endelig utgave.

Innholdet i kompetanseprogrammet ble bygd opp i fire moduler:

- Modul 1 Politiske og administrative systemer
- Modul 2 Kvalitet og internkontroll
- Modul 3 Kommunikasjon og påvirkning
- Modul 4 Lov og rammeverk

Et gjennomgående case fra den fiktive Borg kommune ble benyttet til brikkeoppgaver som det ble jobbet med gjennom refleksjonsnotat, i grupper og i plenum. Forelesere var hentet inn både fra kommunalt ledelsenivå, fylkesmannsnivå,

Spesialistgodkjenning av helsesøstre

Per i dag er det kun leger, tannleger og optikere som har en myndighetsgodkjent spesialistgodkjenning. Norsk Sykepleierforbund har utarbeidet forslag til kriterier for spesialistgodkjenning for to grupper spesialsykepleiere; anestesisykepleiere og helsesøstre.

Se brosjyren Spesialistgodkjenning av helsesøstre som du finner på LaH NSF's nettsider.

helsedirektorat og private aktører som jurister og medierådgivere. Det ble utarbeidet klare krav til foreleserne og måten de skulle legge opp sin undervisning på, i tråd med oppsatte læringsmål og pedagogisk plattform for hele programmet. Alle deltakere har fått tilgang til et felles elektronisk arbeidsrom med en «verktøykasse» med aktuelle dokumenter og materiell, der de også kan dele erfaringer og gode ideer i fortsettelsen.

Gode erfaringer

Tilbakemeldingene fra kursdeltakerne har vært udelt positive, men som prosjektledelse ser vi også på forbedringspunkter. Det grunnleggende arbeidet med pedagogisk plattform, tydelige læringsmål og krav til kompetanseinnhold har gjort at kvalite-

«Det er like dyrt å drive dårlig kompetansearbeid, som å drive det godt.»

ten ble god. Kompetanseprogrammet er ikke endelig evaluert, men basert på tilbakemeldinger. Så langt har kompetansen man har utviklet gjennom deltakelse vært både nødvendig og nyttig. Deltakerne peker spesielt på at de har fått en langt større bevissthet om eget fag og funksjon, og betydningen av å jobbe strategisk, systematisk og helsepolitisk.

Statens helsetilsyn har i sin rapport «Styre for å styrke» pekt på at det både er manglende kjennskap til og styring med helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Som den største profesjons-



FORNØYDE DELTAKERE: Fra venstre Astrid Grydeland Ersvik, leder LaH NSF/faglig ansvarlig, Berit Berg, prosjektleder NSF, Annlouise Gustafsson, bydel gamle Oslo, Kjerstin Møllebakken, Sør-Varanger og Ingunn Storebø, Austevoll. Foto: Kristin Henriksen, NSF.

gruppen i tjenesten har helsesøstre en sentral oppgave i å gi politikere et beslutningsgrunnlag for sine prioriteringer. Vi kan ikke forvente at lokale rådmenn og bydelsdirektører kjenner vår tjeneste til bunns, eller at de etterspør den så ofte som vi ønsker. Dette skyldes ikke nødvendigvis manglende interesse, men like mye at man stoler på at tjenesten gjør det den skal. Vi må aktivt bidra med kunnskapsgrunnlaget, slik blant annet den nye folkehelseloven legger opp til. Vi skal ha oversikt over helsetilstanden blant barn og unge i kommunen/bydelen, og formidle denne i form av statistikk og data, utviklingstendenser og beskrivelse av utfordringsbildet. Det stiller krav til en type kompetanse som vi gjennom dette kompetanseprogrammet har kartlagt og utviklet. Det stiller ikke minst krav til god og tydelig ledelse. Underveis i utprøvingen har vi fått bekreftet vår teori om at dette er et kompetanseprogram som er spesielt godt egnet for helsesøstre i ulike lederstillinger. Imidlertid ser vi at dette er kunnskap enhver helsesøster bør inneha skal hun eller han kunne bidra til systematisk kompetanseutvikling og kvalitetsheving innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Viktig å agere politisk

Er helsesøstre interesserte i å være samfunnsaktører?

Svaret er nok både ja og nei. Vi erfarer at mange i utgangspunktet ser på dette som litt kjedelig, lite relevant og «noe som lederne får ta seg av». Mange helsesøstre vil helst gjøre jobben sin, det vil si de tradisjonelle helsesøsteroppgavene. Eller de mener at de har for lite tid og ressurser til å jobbe på mer overordnet nivå. Når man får mer kunnskap om og forståelse for hva det faktisk innebærer å være en samfunnsaktør, øker gjerne

interessen. Faktum er at for å få bedret ressurs-situasjonen og kvaliteten på tjenesten, kommer vi ikke utenom å agere politisk! Vi kan ikke stikke hodet i sanden og håpe at andre gjør den jobben for oss. Vi har stor kunnskap om barn, unge og deres foreldre – kunnskap som både politikere, media og befolkningen trenger og er interesserte i. Det er vårt ansvar å dele den kunnskapen. Ved å være tydelige aktører i lokalsamfunnet, tale barn og unges sak, vil vi også bli etterspurt og bidra til å legge premisene for bevilgninger og utvikling av tjenestetilbudet.

Bedre kvalitet og sikkerhet

Helsesøster utgjør over 80 prosent av bemanningen i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Kvaliteten på tjenesten avhenger derfor i stor grad av kvaliteten på helsesøstrene. Vi har alle et ansvar for å bidra til denne kvaliteten. Landsgruppen av helsesøstre og Norsk Sykepleierforbund har gjort et stort og grundig arbeid for å beskrive helsesøsters kompetanse, utvikle modeller for systematisk kompetansearbeid og foreslå ordning for spesialistgodkjenning – som blant annet innebærer et system for resertifisering. Ballen ligger nå hos helse- og omsorgsdepartementet. Vi håper at man til tross for et profesjonsnøytralt lovverk, ser behovet for å satse på kompetanse – også blant helsesøstre! ■

Referanser:

1. Spesialistgodkjenning av helsesøstre, brosjyre LaH NSF 2011
2. Rapport 1-2012, Styre for å styrke, Statens helsetilsyn 2012
3. Rapport IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Helseledertoratet 2010
4. Folkehelseloven, www.lovdato.no
5. Helse- og omsorgstjenesteloven, www.lovdato.no

Positiv røynsle med spørjeskjema

Ved Manger helsestasjon har vi nytta Ages & Stages Ouestionnaire sitt spørjeskjema i eitt år for å kvalitetssikre toårskonsultasjonen. Vi har eintydig positive røynsle.

Manger helsestasjon ligg sentralt i Radøy kommune, ein øykommune med bruforbindelse til Lindås og Austrheim. Befolkningen tel 5 000 innbyggjarar. Radøy kommune har fire barneskular og ein ungdomsskule.

Helsestasjonen er tilknytta Barne- og familietenesta som består av barnevern, pedagogisk-psykologisk teneste, psykisk helse og jordmor. Helsestasjon og jordmortenesta er samlokalisert med legekontor, fysioterapi og tannhelsetenesta.

På helsestasjonen har vi 2,4 stilling som helseøster, men vi har ikkje kontormedarbeider.

Vi har delt oss i distrikt der vi tek oppfølging frå heimebesøk til barnet skal over i ungdomsskulen. På denne måten har dei føresette, barnet og vi god kjennskap til kvarandre over tid.

Vi hadde lenge tenkt at vi ville utvikla og kvalitetssikra to årskonsultasjonen.

Helseøstrene har alle gjennomført kurs i ASQ. Det er ikkje tilbod om Sats ved helsestasjonen.

Eintydig positivt

Vår erfaring etter å ha nytta Ages & Stages Ouestionnaires 24 månader/to årsspørjeskjema er eintydig positive.

Foreldra får skjemaet i god tid før toårskonsultasjonen. Dei fyller ut dette i lag med barnet med fokus på aktiviteter som kommunikasjon, grovmotorikk, finmotorikk, problemløysing, personleg og sosial utvikling.

Helseøster skårer ut testen medan dei er på konsultasjonen. Det har knapt hent at vi vert overraska over forskjell i korleis dei har skåra barnet og det vi over tid har observert og så registrert i journal.

Vi har spurt foreldra korleis dei opplever det å få med skjema heim og svara på alle spørsmåla. Ingen har vore negative til oppgåva, men dei melder tilbake at det var læring for dei å sjå kva vi vektlegg på ein toårskonsultasjon.

Kvalitetssikra konsultasjonen

Det kliniske blick, samtale med foreldre og diskusjoner ved konsultasjonen kompletterer ASQ. Vår erfaring er at vi har kvalitetssikra konsultasjonen ved toårsalder på ein god måte. Er det ting som ikkje

«Vi har kvalitetssikra konsultasjonen ved toårsalder.»

er på plass vert det ekstra innkalling då det er mange som tre månader etter fylte to år vil skåra innan normalen. Dei andre tek vi innatt og fylger opp med henvisning etter behov og eventuelt ny ASQ ved 27 og 30 månader. ■



SKJEMA: Foreldra får med skjema heim. Ingen har vore negative til oppgåva.

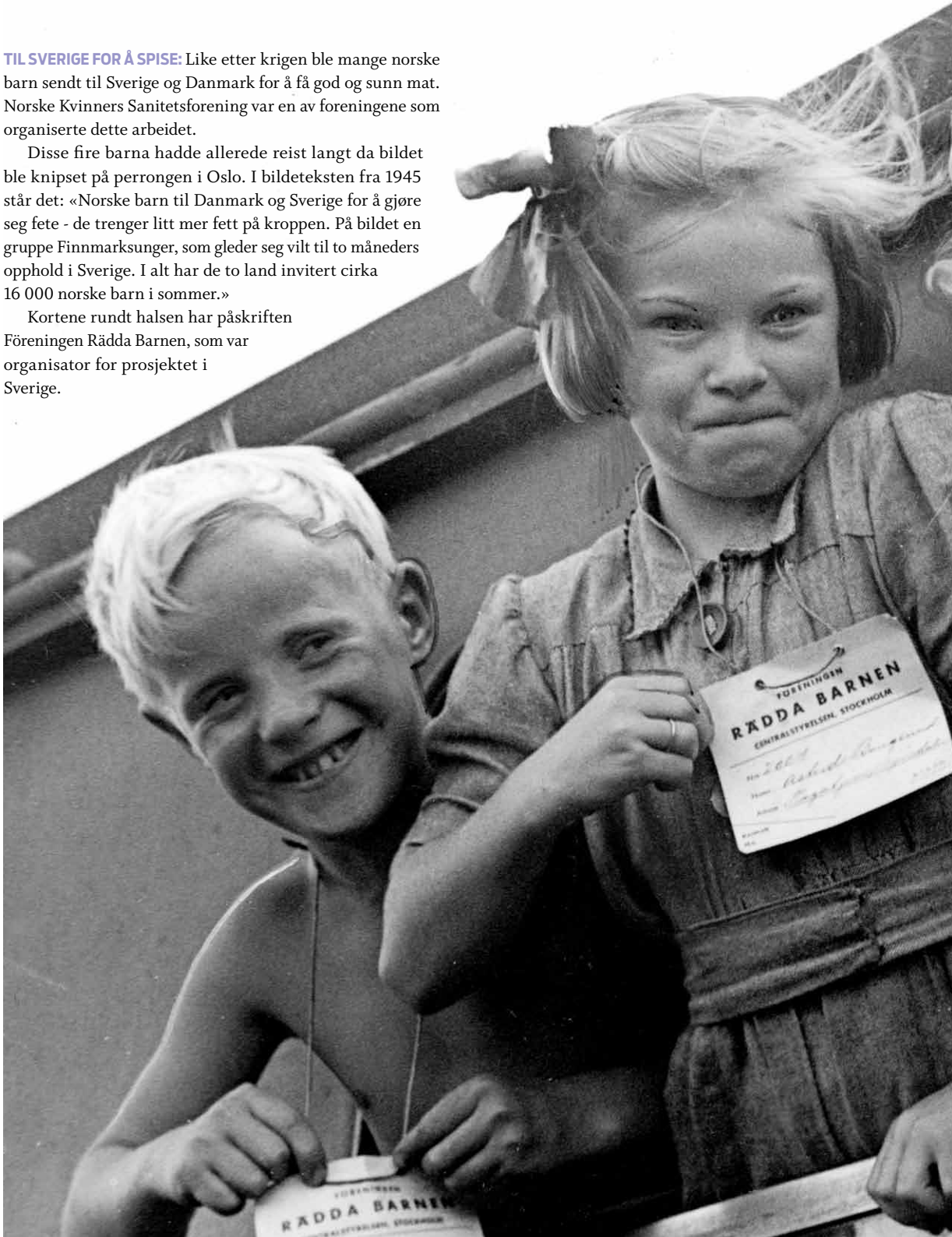


Av Bente Gunn Håuft, leiande helseøster/fagleiar ved Manger helsestasjon

TIL SVERIGE FOR Å SPISE: Like etter krigen ble mange norske barn sendt til Sverige og Danmark for å få god og sunn mat. Norske Kvinners Sanitetsforening var en av foreningene som organiserte dette arbeidet.

Disse fire barna hadde allerede reist langt da bildet ble knipset på perrongen i Oslo. I bildeteksten fra 1945 står det: «Norske barn til Danmark og Sverige for å gjøre seg fete - de trenger litt mer fett på kroppen. På bildet en gruppe Finnmarksunger, som gleder seg vilt til to måneders opphold i Sverige. I alt har de to land invitert cirka 16 000 norske barn i sommer.»

Kortene rundt halsen har påskriften Föreningen Rädda Barnen, som var organisator for prosjektet i Sverige.





Helsesøsterkongressen 2013

Temaet for årets kongress er «Mange møtes og mye mestres» – om helsesøsters arbeid i et mangfoldig kulturelt samfunn.

Målet for kongressen er å bedre forståelsen for kultur mangfoldet helsesøstre møter i et samfunn i endring. Helsesøsterkongressen er godkjent av NSF som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 18 timer.

Årets kongress avholdes i Tromsø, på Radisson BLU – se www.radissonblu.com/hotel-tromso Deler av arrangementet er også lagt til Rica Ishavshotellet, rett over gaten for kongresshotellet – se www.rica.no/ishavshotel.

Troms er et fylke med kontraster og mangfold. På 69 grader nord med mørketid og midnattssol har tre kulturer

fra gammelt av satt sitt preg på fylket – den norske, samiske og kvenske. I dag er over 120 ulike nasjonaliteter registrert i Tromsø by, landsdelens hovedstad. Dette mangfoldet gjenspeiler seg i samfunnet og gir oss helsesøstre mange og stadig nye utfordringer.

Tema for kongressen er «Mange møtes og mye mestres» – om helsesøsters arbeid i et mangfoldig kulturelt samfunn, med fokus på etnisitet, oppdrager-, ungdoms- og ledelseskultur. Helsesøstre møter nær sagt alle barn, unge og barnefamilier i Norge i dag. Vi møter et stort mangfold av ulike kulturer. Kongressen ønsker å presentere et program med vekt på kulturforståelse. Vi belyser oppdragers-, ungdoms- og

ledelseskultur, samt etnisitet.

Av utflukter tilbyr vi konsert i Ishavskatedralen – et kjent landemerke og turistattraksjon, besøk og foredrag på Polarmuseet eller kåseri og poetiske innslag på Øllhallen, Tromsø eldste pub, knyttet til verdens nordligste bryggeri. Kongressmiddagen er det sosiale høydepunktet under kongressen. Vi byr på god mat, flott underholdning og rikelig anledning til å bli kjent med hverandre og helsesøsterkulturer fra nord til sør.

Vi ønsker helsesøstre, forelesere og samarbeidspartnere hjertelig velkommen til innholdsrike dager i Nordens Paris – Tromsø!

FORELØPIG PROGRAM

TIRSDAG 23.04.13

0900-1100	Registrering, besøk i utstillingsområdet
1100-1200	Åpning av kongressen Merete Nypan, leder lokal komite, Svein Ludviksen, Fylkesmann i Troms Astrid Grydeland Ersvik, leder Landsgruppen av helsesøstre NSF
1200-1245	Til helsesøstrene: Verden trenger dere! Mads Gilbert, anestesilege, professor og medmenneske, Universitetet i Tromsø
1245-1345	Lunsj, besøk hos utstillere
1345-1430	Samisk ungdomskultur , Siv Kvernmo, barnepsykiater/professor, Universitetet i Tromsø
1430-1515	Pause og besøk hos utstillere
1515- 1630	Møte med annerledesheten Min annerledeshet, min styrke, Loveleen Rihel Brenna, selvstendig næringsdrivende, partner i SEEMA
1800	Utflukter
2000	Middag på hotellene



ONSDAG 24.04.13

- 0830-1130 **Debattforum** – for medlemmer av LaH NSF
- 1130-1230 Lunsj, besøk hos utstillere
- 1230-1330 **Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse – en dobbel utfordring for helsesøstre.**
Greta Marie Skau, førsteamanuensis, Høgskolen i Narvik
- 1300-1400 Pause, besøk hos utstillere, forflytning til paralleller
- 1400-1700 **Parallellsesjoner A/B/C** (hvert innlegg avsluttes med 5 minutter debatt- og kommentarrunde).
Det legges inn en kort beinstrekk underveis.
- Parallellsesjon A. Oppdragerkultur**
Hvordan veilede «verdens beste» mamma og pappa? Anne Nielsen, Foreldrepraxis
Fremveksten av det moderne farskapet, Jørgen Lorentzen, Senter for tverrfaglig kjønnsforskning
Å møte seg selv gjennom å møte andre kulturer, Borghild Rydland, flyktningehelsesøster Bodø kommune
- Parallellsesjon B. Ungdomskultur**
Psykologisk rådgivning for ungdom, der ungdom er. Randi Elisabeth Olsen, ledende helsesøster
og Rannveig Grøm Sæle, psykolog, Psykologisk Institutt, Universitetet i Tromsø
Fit Futures -en del av Tromsøundersøkelsen, Siv Kristin Gundersen, helsesøster/prosjektadministrator
og Siv Kristin Gundersen, helsesøster/prosjektadministrator, Institutt for samfunnsmedisin, Helsefakultetet,
Universitetet i Tromsø
Ungdoms seksualitet i et samfunn i endring, Bente Træen, professor, psykologisk institutt Universitetet i Oslo
- Parallellsesjon C. Ledelseskultur**
Workshop prosjektarbeid. Du vil få innføring i og et verktøy for utarbeidelse av gode prosjektplaner og -søknader,
og kunnskap om vellykket gjennomføring av prosjekt.
Ellen Margrethe Carlsen, avdelingsdirektør Helsedirektoratet
Erling S. Andersen, Professor of Project Management and Information Systems, BI Norwegian Business School
Hilde Egge, helsesøster Bærum kommune/høgskolelektor Diakonova
- 2000 **Kongressmiddag** med Hekla stålstrenga, se <http://www.facebook.com/heklastaalstrenga>

TORSDAG 25.04.12

- 0900-1015 **Strategi for innvandrers helse,** Kirsten Mostad Pedersen, seniorrådgiver Helsedirektoratet
- 1015-1045 **Spesialistgodkjenning, hva så?** Liv Østli, Athenae AS samt pilotkommuner
- 1045-1130 Pause, besøk hos utstillere, utsjekk
- 1130-1215 Spesialistgodkjenning fortsetter
- 1215-1300 **Vald og overgrep:** Slik hjelper vi barna, Anne Lindboe, Barneombud
- 1300-1345 **Avslutningsinnlegg,** Jens Johan Hjort, ordfører i Tromsø
- Avslutning**
- 1345-1445 Lunsj og avreise

DEBATTFORUM

I år arrangeres ikke Generalforsamling, men faglig debattforum – første gang avholdt i 2011. Dette er et nytt fora uten de formelle rammene som GF setter - her ønsker vi aktive helsesøstre som vil debattere aktuelle saker for helsesøstre og bidra til å forme fremtidens helsestasjons- og skolehelsetjeneste! Her vil du ha anledning til å komme med dine erfaringer og synspunkt i mindre grupper. Tema for årets debattforum er Fremtidens helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Vi har invitert sentrale politikere og helseaktører til å delta i panelet. Debatten ledes av Aslak Bonde fra Politisk Analyse. I forkant av selve debatten vil påmeldte helsesøstre samles i grupper ledet av lokale faggrupeledere/ styret for å forberede innspill og spørsmål. Det vil bli gitt en kort innledning til tema og debatten av leder i LaH NSF. Vi håper på mange og aktive deltagere, og en spennende debatt!



Har du snakket med helsesøster?

Kors på halsen er Røde Kors nasjonale samtaletilbud for barn. Hos oss er barna anonyme og mange tør si mer til oss enn til voksne rundt seg. Vi anbefaler mange å ta kontakt med helsesøster.



Av Heidi Marie Engelsåstrø,
koordinatori i Kors på halsen

Vi merker at helsesøstre blir sett på som nesten like ufarlige som oss som jobber i Kors på halsen.

«Har du tenkt på å snakke med helsesøster,» er kanskje det spørsmålet vi stiller oftest.

Kors på halsen forsøker å få barn og unge til å reflektere rundt sin egen situasjon. Ofte betyr det at vi oppfordrer dem til å ta kontakt med trygge voksne på hjemstedet for å fortelle om utfordringene de møter. På debattforumet vårt ser vi at barna ofte anbefaler hverandre å ta kontakt med helsesøster. Helsesøsterrollen gir trygghet og tillit, selv om flere også forteller om at helsesøster er travelt og kan være vanskelig å finne.

«Det er bra å ha noen å snakke med som følger litt opp. Som ser og sånt». Utsagnet kommer fra en jente på 17 år, men kunne kommet fra et stort antall barn og unge som er i kontakt med en helsesøster på skolen sin.

Hva er Kors på halsen?

Kors på halsen er Røde Kors' landsdekkende samtaletilbud for alle barn og unge under 18 år. Tjenesten drives av Oslo Røde Kors.

Barna som kontakter oss kan snakke gratis og anonymt med oss på telefon 800 333 21 eller ta kontakt via chat eller mail på korspahalsen.no. I tillegg kan barna diskutere og hente informasjon på nettsidene våre. Kors på halsen er åpent alle hverdager hele året, også når røde dager faller på en hverdag. Tjenesten betjenes av omtrent 150 frivillige fra Oslo Røde Kors. Arbeidet vårt bygger på barnekonvensjonens artikkel 12, som handler om barns rett til å si sin mening og til å bli hørt.

Variert tematikk

Temaspekteret er vidt, og strekker seg fra forelskelse,



NOEN Å SNAKKE MED: Vennskap og skole er temaer man kan ringe til Kors på halsen og snakke om. Tilbudet er for alle.

psykiske plager og kjedsomhet, til hjemmelekser, vaffeloppskrifter og seksualitet. Statistikken vår viser at flertallet av dem som kontakter oss ønsker å luften tanker og følelser og å snakke med voksne, i større grad enn de ønsker å løse problemene sine. Likevel er alvorlige samtaler en viktig del av Kors på halsen.

Felles interesser

Barna bruker oss på flere steder i prosessen. Hos oss kan barna øve seg på å sette ord på det som er vanskelig, mens helsesøstrene er det første møtet med hjelpeapparatet på hjemstedet. Ofte kontakter de oss igjen for å fortelle hvordan det har gått.

– Mange barn forteller at de føler at de blir sett og hørt når de snakker med helsesøster, og de føler at helsesøster har tid til å lytte til det de har å si, sier Ane Bjørknes, rådgiver i Kors på halsen. – Barna ser læreren sin hver dag, mens de ser helsesøsteren bare innimellom. Det er fint med litt avstand til den som vet om hemmeligheten din, fortsetter hun, og forteller at barn kan ringe Kors på halsen mange, mange ganger før de endelig tør å ta kontakt med en voksen. ■

FÅR HJELP: Foreldre som sliter med psykiske problemer eller rus får tett oppfølging av helsesøster i prosjektet Utvidet hjemmebesøk. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Får bedre oppfølging

Foreldre som sliter med rus eller psykiske problemer får tilbud om ekstra oppfølging i Askøy kommune. Prosjektet kalles Utvidet hjemmebesøk, og erfaringene er gode.

Følgende sitat er fra en bruker som har tatt tett oppfølging med hjemmebesøk i forbindelse med barnefødsel og barnets første leveår:

«Du vil se; jeg er en helt annen når jeg kommer på helsestasjon enn når du kommer hjem til meg.»

Sitatet sier noe om hvordan hjemmearenaen gir andre muligheter for å komme tett inn på familien og jobbe med forebygging, utvikling av ressurser og motivasjon til forandring.

Bakgrunn for prosjektet

Prosjektet «Utvidet hjemmebesøk» er rettet mot familier som vurderes å ha nytte av økt oppfølging i svangerskap og småbarnsperioden på grunn av problemer knyttet til rus, psykisk helse eller kombinasjon av begge. De inkluderte familiene får systematisk oppfølging i form av hjemmebesøk av jordmor og

helsesøster fra før barnet er født. Tilbudet kan gis til barnet fyller to år. Involverte parter fra kommunens side er helsesøstre og jordmødre. Utvidet hjemmebesøk er et frivillig tiltak som de involverte familiene når som helst kan trekke seg fra.

Prosjektet startet opp våren 2011 med få ressurser med fokus på organisering. Fra høsten 2011 startet prosjektet opp i sin nåværende form.

Forankring

Prosjektet er forankret i kommunehelsetjenesten under helsesøster- og jordmortjenestene og er en del av modellkommuneforsøket som Askøy kommune er med i. Modellkommuneforsøket omfatter ulike tiltak for bedret oppfølging av barn i alderen 0–6 år i familier med problemer knyttet til rus og/eller psykisk helse. Modellkommuneforsøket er et statlig satsingsområde i kommunen som også er framhevet i Askøy kommunes ruspolitisk handlingsplan.

Utvidet hjemmebesøk vil i første omgang drives fram til modellkommuneprojektet avsluttes i 2014. Ved utløpet av perioden vil prosjektet bli evaluert og det vil bli vurdert om tilbudet skal videreføres som en permanent ordning.

Personell og kompetanse

Kommunen har for tiden avsatt stillinger tilsvarende totalt 1,7 årsverk som skal anvendes direkte i prosjektet. Dette er fordelt på tre helsesøstre med henholdsvis 50, 50 og 40 prosent stillinger samt tre jordmødre med 10 prosent hver. I tillegg er det avsatt en 20 prosent stilling som legefaglig rådgiver som skal bidra med



Av Anne Britt Dale,
helsesøster



Av Åse Karin Sivertsen,
helsesøster



Av Kate-Ellis T. Ingebregtsen,
helsesøster

Om prosjektet

Deltakerne i prosjektet er helsesøstrene Anne Britt Dale, Kate-Ellis T. Ingebregtsen og Åse Karin Sivertsen. I tillegg allmennlege Runar Mulelid, jordmor Wenche Førde, jordmor Eli Ljosnes og jordmor Sigrun Frantzen, alle ansatt i Askøy kommune.

Helsesøstrene har fått kompetanseheving og videreutdanning innen områder som:

- foreldreveiledning (dialog/ICDP)
- samspill (Marte Meo)
- rus, inklusiv Motiverende intervju
- spedbarnsobservasjon og barns psykiske helse
- COS – circle of security

veiledning og oppfølging av prosjektet. Prosjektet har i tillegg knyttet til seg en psykolog med kunnskap om sped- og småbarns psykiske helse, som veileder teamet i de ulike sakene.

Målgruppe

Prosjektet er aktuelt for familier der mor og/eller far har tidligere eller nåværende psykisk sykdom, psykiske påkjenninger eller rusmisbruk, eller der det foreligger betydelig forhøyet risiko for utvikling av dette i småbarnsperioden.

Målsetting

Utvidet hjemmebesøk er et forebyggende og helsefremmende tiltak i tråd med målsettingen i Samhandlingsreformen. Målet er at familier med ulike utfordringer skal få en tidlig og tett oppfølging, slik at en forebygger at problemer utvikler seg, samt motiverer til utvikling og endring av livsstil.

Tett oppfølging i form av hjemmebesøk til nybakte familier har dokumentert effekt i forebyggingssammenheng. Fra forskningsoversikter vet vi at hjemmebesøksprogram i risikofamilier kan vise til følgende resultater sammenliknet med kontrollgrupper:

- signifikant færre anmeldelser av omsorgssvikt og barnemishandling
- færre mødre med problemer knyttet til rus
- familiene anvender sosialtjenesten i mindre grad
- ved oppfølging i tenårene har både barn og familien som helhet hatt mindre kontakt med politiet

Rekruttering av familier

Familiene identifiseres gjennom ordinære svangerskapskontroller hos fastlege eller jordmor.

Fastleger kan, når de har kontakt med gravide kvinner som de mener vil være aktuelle for Utvidet hjemmebesøk, kontakte jordmortjenesten for å opprette kontakt mellom kvinnen og jordmor så tidlig som mulig i svangerskapet.

Helsesøstre og jordmødre som er involvert i prosjektet samles hver andre uke, for å vurdere aktuelle kandidater for prosjektet og diskutere enkeltsaker. Det er dette forum som til syvende og sist velger hvilke familier som tilbys Utvidet hjemmebesøk.

Inklusjonskriterier

Familiene velges ut etter en helhetlig skjønnsmessig vurdering. Enkelte grunnkriterier må imidlertid være til stede: barnets far eller mor må ha nåværende eller

tidligere psykisk sykdom, psykiske påkjenninger eller rusmisbruk, eller det må foreligge grunn til å tro at de uten ekstra støtte har stor risiko for å utvikle dette i småbarnsperioden.

Faktorer som taler for inkludering:

1. Psykisk sykdom:

- angst
- depresjon
- spiseforstyrrelse
- personlighetsforstyrrelse
- tidligere svangerskapsdepresjon/barseldepresjon eller annen psykisk sykdom i svangerskap eller barseltid

2. Psykiske påkjenninger:

- tidligere seksuelt misbruk
- andre overgrep/vold (tidligere eller pågående)
- samlivsproblemer
- lite eller manglende sosialt nettverk eller dårlig støtte fra dette (f.eks. alenemødre)
- svært ung alder

3. Rusproblemer (tidligere eller pågående)

- alkohol
- narkotika
- blandingsrus

4. Minoritetsbakgrunn

Ved inklusjon i prosjektet skal hver familie kategoriseres i en av tre følgende kategorier:

Kategori 1: lette utfordringer

Kategori 2: moderate utfordringer

Kategori 3: alvorlige utfordringer

Kategori 4: komplekse saker hvor barnevernet må koples inn tidlig

Eksklusjonskriterier

Prosjektets hovedfokus er å hjelpe familier med lette eller moderate utfordringer. Det kan i tillegg inkluderes noen familier med alvorlige utfordringer for å opparbeide erfaringer med hvordan ordningen fungerer for denne gruppen.

Dersom en families problemer er svært komplekse og mange andre hjelpeinstanser er involvert, vil det imidlertid i de fleste tilfeller være naturlig å vurdere at Utvidet hjemmebesøk ikke er hensiktsmessig.

Praktisk gjennomføring

De første 6 ukene:

- Familiene som blir inkludert i Utvidet hjemmebesøk får hjemmebesøk av jordmor cirka én måned for fød-

sel, altså omtrent i svangerskapsuke 36. Dersom det vurderes hensiktsmessig, kan jordmor og helsesøster gjennomføre besøket sammen. Alternativt kan disse gjennomføre fellessamtale med kvinnen eller paret på jordmors kontor. Hjemmebesøket før fødsel kan utelates dersom jordmor ikke vurderer besøket som hensiktsmessig.

- Familien får mobilnummer til jordmor og helsesøster i Utvidet hjemmebesøk.
- Jordmor kontakter den helsestasjon familien tilhører og informere om at familien deltar i prosjektet.
- Familien kontaktes av jordmor seinest tre dager etter hjemkomst fra fødeavdelingen. Denne kontakten skjer per telefon.
- Senest innen ti dager etter fødsel går jordmor og helsesøster på felles hjemmebesøk til familien. Dersom det av praktiske årsaker, for eksempel ferie, ikke er mulig å få dette til, utføres hjemmebesøket av den av partene som er tilgjengelig. Felles hjemmebesøk gjennomføres i slike tilfeller så snart det lar seg gjøre.

Ansvaret for resterende del av hjemmebesøkene ligger hos helsesøster. Jordmor er fra nå av ikke involvert, bortsett fra dersom helsesøster eller familien tar direkte kontakt med ønske om dette.

Helsesøster gjennomfører i tillegg til ovennevnte fellesbesøk ukentlige hjemmebesøk frem til barnet er seks uker. Dette vil gi totalt fem eller seks besøk i denne perioden, avhengig av hvor tidlig fellesbesøket med jordmor ble utført.

Fra 6 uker til 2 år:

Når 6-ukersbesøket er gjennomført skal familien kategoriseres i én av fire kategorier ut fra hvilket hjelpebehov man mener det er behov for. Helsesøster tar saken opp i fellesmøte med prosjektgruppen, og det avgjøres i hvilken kategori familien plasseres. Det skal legges størst vekt på synspunktene fra den helsesøster som har fulgt familien, samt familiens egne ønsker.

Kategori 1:

De familier der utvidet hjemmebesøk ikke vil være nødvendig eller ha stor betydning for familiens situasjon eller barnets oppvekstvilkår.

Videre oppfølging i kategori 1.

Barnets alder	Hyppighet av besøk
Når barnet er 3, 6 og 12 mnd gammelt	Telefonisk kontakt (helsesøster ringer)
Når barnet fyller 2 år	Avsluttende hjemmebesøk

Kategori 2:

De familier som fortsatt har moderate utfordringer. Utvidet hjemmebesøk vurderes her å være en positiv og nødvendig faktor for å bedre eller unngå forverring av mors eller fars helsetilstand/ rusmisbruk og/eller barnets oppvekstvilkår.

Videre oppfølging i kategori 2.

Barnets alder	Hyppighet av besøk
Fra 6 uker til og med 4 måneder	Annenhver uke
Fra 4 måneder til og med 14 måneder	Hver 4. uke
Fra 14 måneder til og med 19 måneder	Hver 6. uke
Fra 19 måneder til og med 24 måneder	Hver 8. uke

Kategori 3:

De familier som har behov for mer oppfølging enn det kategori 2 gir, men uten at utfordringene er så store at «Utvidet hjemmebesøk» må avsluttes (jf. kategori 4).

Videre oppfølging i kategori 3.

Barnets alder	Hyppighet av besøk
Fra 6 uker til og med 3 måneder	Ukentlig
Fra 3 måneder til og med 6 måneder	Annenhver uke
Fra 6 måneder til og med 14 måneder	Hver 3. uke
Fra 14 måneder til og med 19 måneder	Hver 4. uke
Fra 19 måneder til og med 24 måneder	Hver 6. uke

Kategori 4:

De familier der det viser seg at hjelpebehovet er større enn antatt, og der problemene er av en så kompleks art at Utvidet hjemmebesøk ikke er hensiktsmessig å videreføre. I slike situasjoner må andre offentlige instanser (for eksempel barneverntjenesten) involveres.

Helsesøsters oppgave blir å fungere som brobygger mellom familien og nødvendige instanser. Hjemmebesøk blir gjennomført som i kategori 3 til man har sikret at andre instanser har overtatt ansvaret. Når dette er gjort avslutter helsesøster hjemmebesøksordningen.

Dersom det synes klart at hjelpebehovet på et tidspunkt

er annerledes enn slik det ble vurdert da barnet var 6 uker gammelt, kan familien når som helst overføres til annen kategori. Dette gjelder både til høyere og lavere kategori.

I de tilfeller der det av ulike årsaker blir gjennomført flere hjemmebesøk enn det som prosjektbeskrivelsen legger opp til, skal helsesøster eller jordmor registrere disse til bruk for senere evaluering.

Innhold og metode

Innhold

Utvidet hjemmebesøk skal inkludere et visst antall hjemmebesøk som beskrevet over. Helsesøster og jordmor vil i den aktuelle oppfølgingen ha fokus på familien som helhet og på samspillet mellom foreldre og barn. I fasen som nybakte foreldre er motivasjon for endring stor, og endring kan framdyrkes ved å fokusere på barnet og samspillet med dette.

Metodisk vil tiltaket søke å ha fokus på de ressurser familien besitter og bidra til at foreldrene ser disse og utvikler dem videre. Å være på familiens arena over tid betyr at helsesøster blir en trygg medspiller som inngår i en prosess der familiens egen refleksjon og motivasjon er drivkraften for endring og utvikling.

Metodisk vil det benyttes observasjon og samtalemotodikk som støttesamtaler og motiverende intervju, avhengig av familiens utfordringer og behov. Særlig de første seks ukene vil stabilise-

«Prosjektgruppen ser udelt positivt på prosjektet.»

ring og trygghetsbygging være metoder i seg selv. I denne fasen vil fokus først og fremst være på å være til stede, observere, være tilgjengelig og hjelpe familien med grunnleggende stabilisering.

På hjemmebesøkene vil helsesøster ha fokus på:

- foreldrenes og barnets situasjon
- foreldrenes samspill med barnet
- veiledning knyttet til barnets utvikling
- spesielle utfordringer knyttet til mors eller fars psykiske helse eller forhold til rusmidler
- rådgivning av foreldrene om hjelpetiltak som finnes for aktuelle utfordringer
- opprette kontakt mellom familien og andre instanser når dette er nødvendig
- Begrensninger

Normal tid for et hjemmebesøk er 1 – 1,5 time. Dersom ordningen skal fungere og man skal klare å inkludere flest mulig familier, er det nødvendig å begrense hvilke oppgaver som tilfaller helsesøster i forbindelse med hjemmebesøk. Helsesøster må på en skånsom og respektfull måte forhindre at:

- kontakten mellom helsesøster og kvinnen/familien blir vesentlig mer enn det som er skissert ovenfor. Dette kan i så fall være en indikator på at kvinnen også trenger hjelp fra andre instanser
- helsesøster er eneste involverte part når det er åpenbart at kvinnen trenger hjelp fra andre instanser
- helsesøster blir kvinnens «psykolog»
- Det ses ikke som hensiktsmessig at helsesøster i Utvidet hjemmebesøk blir koordinator for ansvarsgrupper eller individuell plan.

Helsesøster som følger en familie gjennom Utvidet hjemmebesøk skal ikke være samme helsesøster som yter familien ordinær oppfølging på helsestasjonen. Dette gjøres for at man bedre skal kunne avgrense den oppfølging som er knyttet til Utvidet hjemmebesøk.

Evaluering

Mor og far blir to ganger i løpet av oppfølgingen bedt om å fylle ut evalueringsskjema. Dette gjøres når barnet er seks uker gammelt og når familien avsluttes i prosjektet. Mor og far fyller ut evalueringsskjema hver for seg. Besvarelsen skal være anonym og leveres i lukket konvolutt til en av dem i prosjektgruppen som ikke har direkte kontakt med familiene, for tiden tilfaller denne oppgaven lege/medisinskfaglig rådgiver.

Når familien avsluttes i prosjektet, skal også helsesøster fylle ut eget anonymt evalueringsskjema. Dette leveres videre sammen med foreldrenes skjema.

Aktuelle samarbeidspartnere:

- Øyane DPS
- Barneverntjenesten
- BUP
- Fastleger
- Kommunepsykologene
- «Ordinær» helsesøster som har kontakt med barnet og familien på helsestasjonen
- Psykiatrisk sykepleietjeneste
- Familieveileder i helsesøstertjenesten
- Kommunens fysioterapitjeneste
- NAV

Erfaringer

Prosjektgruppen ser udelt positivt på prosjek-

tet. Vi ser at Utvidet hjemmebesøk er en unik mulighet til observasjon, kartlegging av behov og igangsetting av tiltak på et tidlig tidspunkt. Gjennom regelmessige hjemmebesøk opplever vi å bli kjent med flere av de utfordringer familiene sliter med enn det som er mulig ved ordinære helsestasjonsbesøk.

Prosjektet har i starten av oppfølgingen mest fokus på observasjon og stabilisering. Særlig de første seks ukene etter at barnet er født anser vi dette som de viktigste arbeidsmetoder. Vi opplever at tilstedeværelse er viktig for å gi familiene trygghet og økt mulighet til å utforske egne ressurser. De erfaringer vi gjør ved observasjon og samtaler i starten danner et godt grunnlag for riktige tiltak senere. Det samarbeides mye med barneverntjenesten samt andre instanser som ordinær helsestasjon og fastlege.

Av de utfordringer familiene sliter med har et overveldende flertall problemstillinger knyttet til psykiske lidelser som angst og depresjon. Det er ellers mye fokus på samliv, fysisk sykdom, tidligere vold eller

seksuelle overgrep og sosioøkonomiske forhold. Noen familier med minoritetsbakgrunn er involvert. Enkelte av foreldrene har tidligere rusproblemer, men kjent pågående rusproblematikk er nærmest fraværende i de involverte familiene.

Når barnet er seks uker gammelt fyller familiene ut foreløpig evalueringsskjema. Uten at disse så langt er grundig gjennomgått, er inntrykket at tilbakemeldingene er klart positive.

Prosjektgruppen synes vi er kommet godt i gang med det vi opplever som et godt prosjekt. I tiden framover vil arbeidet drives på samme måte som nå, men vi søker stadig å gjøre små endringer ut fra de erfaringer som gjøres. Vi jobber stadig med å holde fokus på de forhold ved foreldrenes utfordringer som har størst betydning for barnet. ■



GOD BARNDOM: Gjennom oppfølging på hjemmebane, er helsesøster med på å sikre barna en trygg oppvekst. Foto: Colorbox.

Avslører hvem som trenger oppfølging

Selvrapporteringskjemaet KIDSCREEN-10 er nyttig for å identifisere elever i videregående skole med behov for oppfølging. Det viser et samarbeidsprosjekt mellom Helsesøsterutdanningen ved Høgskolen i Bergen og Bergen kommune.



Av Astrid Steinsland, helsesøster i Bergen kommune

Elever på første trinn i videregående skole skal tilbys målrettet helseundersøkelse på bakgrunn av meldte eller observerte behov. Det har manglet gode metoder for å finne de elevene som trenger oppfølging fra skolehelsetjenesten. Det er noe av bakgrunnen for at Bergen kommune og Helsesøsterutdanningen ved Høgskolen i Bergen gikk inn i et samarbeidsprosjekt om selvrapporteringskjema. Prosjektet heter Kunnskapsbasert praksis i skolehelsetjenesten.



Av Ragnhild Sollesnes, helsesøster/førstelektor ved Høgskolen i Bergen

Bakgrunn

Skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud som benyttes av mer enn 50 prosent av elevene der tjenesten er tilgjengelig. En evaluering av det kommunale tjenestetilbudet viser at ungdom med og uten psykiske vansker i stor grad er fornøyd med hvordan de blir møtt i skolehelsetjenesten, men de ønsker hyppigere kontakt og mer tid (Sitter og Andersson 2008). I Norge er det en stor utfordring at 34 prosent ved yrkesfaglige studieretninger og 15 prosent ved studieforberevende studieretninger enten slutter underveis eller ikke består videregående opplæring. Helsemessige problemer kan være en årsak til at elever slutter i videregående skole, og får en dårligere tilknytning i arbeidslivet (De Ridder m. fl. 2012). Det er derfor viktig å ha gode metoder for tidlig å identifisere elever som kan ha behov for oppfølging fra skolehelsetjenesten. Utdanning er et nødvendig ledd i de sammensatte prosessene som fremmer eller svekker den individuelle helsen og befolkningens helse (Elstad 2008). Tiltak for å redusere utdanningsforskjeller kan medvirke til å redusere ulikheter i helse (Helsedirektoratet 2010 b).

I første trinn i videregående skole skal elever inn-

kalles til målrettet helseundersøkelse. En målrettet helseundersøkelse er «basert på kunnskap om den enkelte gjennom observasjon, informasjon fra den enkelte eller pårørende, og kartlegging av helseproblemer, tidligere sykdom, familien og nærmiljøet» (Sosial – og helsedirektoratet 2004). Hensikten er at skolehelsetjenestetilbudet skal tilpasses individuelt i forhold til risiko og behov.

I forbindelse med utarbeiding av program for skolehelsetjenesten i videregående skoler i Bergen kommune, ble det avdekket et behov for å etablere felles rutiner. Som en konsekvens av blant annet ulik forståelse av begrepet målrettet helseundersøkelse og bruk av forskjellige helseopplysningskjema, får ikke elevene i videregående skoler et likeverdig tilbud i skolehelsetjenesten.

Litteraturgjennomgang viser at selvrapporteringskjema generelt har god validitet (Fosse & Haas 2009; Brener, Billy & Grady 2003, the KIDSCREEN group Europe 2006). Det antas derfor at et kort selvrapporteringskjema kan, som et supplement til observasjon, informasjon fra elev eller foresatte, henvisning fra skolen eller tidligere helseopplysninger, bidra til å identifisere elever som bør kalles inn til målrettet helseundersøkelse.

Samarbeidsprosjekt

På denne bakgrunn ble det søkt om midler til et samarbeidsprosjekt mellom Bergen kommune og Helsesøsterutdanningen ved Høgskolen i Bergen. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet har bestemt at midler som tidligere ble brukt til honorar ved praksisveiledning, nå skal brukes til helse-

sosialfaglige prosjekt og samarbeidstiltak som fremmer samarbeid mellom utdanning og praksisfelt. Prosjektene skal bidra til å utvikle praksisfeltet som læringsarena for studentene, og det er også en forutsetning at studenter involveres i prosjektene. Prosjektet «Kunnskapsbasert praksis i skolehelsetjenesten» fikk utviklingsmidler fra Høgskolen i Bergen i tilsammen 2 år, og prosjektet startet høsten 2010.

Formålet med prosjektet var at det ved avsluttet prosjektperiode skulle foreligge et validert selvrapporтерingsskjema som kunne tas i bruk i videregående skoler i Bergen kommune.

Det ble etablert en prosjektgruppe som i tillegg til forfatterne bestod av helsesøstrene Anne Grethe Korsmo, Astrid Litland og Silje Skjoldal. Førsteamanuensis Eva Langeland fra Høgskolen i Bergen var faglig veileder. Styringsgruppen bestod av to ledere i Bergen kommune og en høgskolelektor fra Høgskolen i Bergen.

Aktivitetsplanen ble fulgt med gjennomføring av kursdager for helsesøstre, studenter og lærere.

Prosjektgruppen fikk innføring i kunnskapsbasert praksis, og opplæring i bruk av databaser og vurdering av artikler. Med bistand fra bibliotekar søkte deltakerne etter studier om bruk av selvrapporтерingsskjema blant ungdom. Artiklene ble kritisk vurdert, og prosjektgruppen konkluderte med at selvrapporтерingsskjema kan gi viktig og pålitelig informasjon om ungdommers helse. Etter gjennomgang av tidligere forskning besluttet prosjektgruppen å prøve ut om spørreskjemaet KIDSCREEN-10 om helserelatert livskvalitet (the KIDSCREEN group Europe 2006) kan brukes i første trinn i skoler for å identifisere elever i forbindelse med målrettet helseundersøkelse. Gjennom den norske KIDSCREEN-studien er KIDSCREEN-spørreskjemaene blitt vurdert som egnet til screening og som utgangspunkt for samtaler i skolehelsetjenesten (Haraldstad 2011 a), men så vidt vi vet er det ikke prøvd ut i en slik sammenheng tidligere.

Helserelatert livskvalitet

Til tross for medisinske nyvinninger, er det er mange som lever med kroniske sykdommer og funksjonshemminger. Som følge av dette er livskvalitet blitt et sentralt begrep, og helse er et av de sentrale livskvalitetsområdene. Helserelatert livskvalitet (HRLK) blir beskrevet som et multidimensjonalt begrep som dekker fysiske, følelsesmessige, mentale, sosiale og atferdsmessige komponenter av velvære og funksjon (the KIDSCREEN group Europe, 2006).

Barne- og ungdomstiden regnes for å være en frisk periode av livet. Likevel er det 10-15 prosent som har



sykdommer og funksjonshemminger som påvirker deres hverdag, og så mange som 15 – 20 prosent har nedsatt funksjon som følge av psykiske vansker (Folkehelseinstituttet 2010). Som tidligere nevnt tyder forskning på at bruk av selvrapporтерingsskjema gir pålitelig informasjon om en persons subjektive oppfatning av helse og velvære. Forskning om helserelatert livskvalitet er godt etablert når det gjelder voksne, og det er økende interesse for å utvikle og bruke helserelaterte livskvalitetsskjema blant barn og unge (the KIDSCREEN group Europe, 2006).

En europeisk studie viste at yngre barn rapporterer bedre helserelatert livskvalitet enn ungdommer, og at jenter rapporterer dårligere livskvalitet enn gutter (Michel m. fl. 2008). En oppfølgingsstudie over tre år

PÅLITELIG: Selvrapportering av helse gir pålitelig informasjon om hvordan ungdom sin fysiske og psykiske helse er. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Det er viktig å ha gode metoder for å identifisere elever som har behov for oppfølging.»

viste moderat reduksjon i helserelatert livskvalitet, og nedgangen var mest markert blant de som var 13 til 17 år på oppfølgingstidspunktet. Reduksjonen var størst blant jenter (Palacio-Vieira m. fl. 2008). Den norske KIDSCREEN-studien som omfattet barn og unge i alderen 8 – 18 år viste også reduksjon i helserelatert livskvalitet med økende alder. I utgangspunktet var det også i denne studien kjønnsforskjeller i favor av guttene. Da det ble kontrollert for relevante variabler, forsvant imidlertid kjønnsforskjellene (Haraldstad m.fl. 2011).

«Jenter er i større grad enn gutter brukere av skolehelsetjenesten i videregående skoler.»

Jenter er i større grad enn gutter brukere av skolehelsetjenesten i videregående skoler. I følge Sitter og Andersson (2005) er det for brukere av helsesøstertjenesten under 16 år lik kjønnsfordeling, mens det er 91 prosent jenter blant brukere over 16 år. En kan spørre seg om dette gir et reelt bilde av behov for oppfølging fra skolehelsetjenesten, eller om det er et uttrykk for at skolehelsetjenesten oppfattes som en tjeneste som ikke er tilpasset gutter og gutters behov. Ved å bruke et validert spørreskjema kan man få mer kunnskap om ungdoms helse og helselaterte livskvalitet.

Hensikten med dette prosjektet er å prøve ut om KIDSCREEN 10 kan være et egnet skjema for å identifisere ungdom i videregående skoler som bør følges opp med målrettet helseundersøkelse i skolehelsetjenesten.

Metode

Gjennomføring og utvalg

Dette er en tverrsnittstudie der 189 elever i første klasse ved fire videregående skoler i Bergen fylte ut spørreskjemaet KIDSCREEN 10. Skolene ble valgt ut på bakgrunn av hvilke helsesøstre som var med i prosjektet.

Hordaland fylkeskommune ble orientert om prosjektet, og det ble innhentet aksept for gjennomføring av prosjektet fra ledelsen ved de fire skolene. Relevante klasser ble valgt ut i samarbeid med skolene. Elevene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien. De elevene som ikke var fylt 16 år fikk skriftlig informasjon til foreldre med samtykkeskjema. Helsesøster delte ut skjema i klassene og var til stede under utfyllingen for å svare på eventuelle spørsmål. Undersøkelsen var basert på frivillig deltagelse. De som ikke var til stede på skolen den aktuelle dag fikk ikke nytt tilbud. Elever under 16 år som hadde glemt samtykkeskjema fra foreldre, deltok ikke. Datainnsamlingen ble foretatt i to omganger: første gang fylte 100 elever ved fire skoler ut spørreskjema og andre gang deltok 89 elever ved tre skoler. Etter første datainnsamling ble det også gjennomført kognitivt intervju med de 100 elevene. Helsesøsterstudenter deltok første gang ved utfylling av spørreskjema og intervjuer.

Hovedtyngden av elevene (95,2 prosent) var 15-16 år, resten var fra 17 til 23 år. Blant elevene som gikk på studiespesialiserende (55 prosent) var det noenlunde lik kjønnsfordeling, mens det blant elevene som gikk

på yrkesrettet studieretning var noe overvekt av gutter. Samlet var det 46 prosent jenter og 54 prosent gutter som deltok i undersøkelsen.

Studien ble fremlagt for Regional etisk komité (REK), som vurderte dette som et kvalitetsutviklingsprosjekt. Studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Instrument

The KIDSCREEN group Europe (2006) har i prosjektet «Screening and Promotion for Health-related Quality of Life in Children and Adolescents – a European Public Health Perspective» utviklet spørreskjema som måler helselatert livskvalitet (HRLK) blant friske og syke barn og unge. Tretten europeiske land deltok i utarbeiding og utprøving. Hensikten med selvrapporteringsskjemaet er å måle helselatert livskvalitet hos frisk og kronisk syke barn og unge, å identifisere barn og unge med helsemessig risiko og foreslå tilpasset tidlig intervensjon (the Kidscreen Group Europe, 2006).

KIDSCREEN-skjemaene er utviklet på bakgrunn av litteraturstudier, ekspertuttalelser og fokusgrupper med barn og unge i de 13 landene. Det foreligger tre versjoner, KIDSCREEN-52 (52 spørsmål fordelt på ti dimensjoner), KIDSCREEN-27 (27 spørsmål fordelt på fem dimensjoner), og KIDSCREEN-10 (ti spørsmål basert på fysisk, psykologisk og sosialt velvære).

Hvert spørsmål har fem svaralternativer, fra «ikke i det hele tatt / aldri» til «i høy grad / alltid». Skjemaet avsluttes med et overordnet spørsmål: «Til vanlig, hvordan vil du si at helsen din er?», med 5 svaralternativ fra utmerket til dårlig. Svaralternativene skåres fra 1-5 og noen spørsmål blir så omkodet (skårene reverseres) slik at høyere verdier alltid indikerer bedre livskvalitet.

Følgende sosiodemografiske data kartlegges: kjønn, alder, studieretning, hvem de bor med, antall søsken, flytting siste fem år, foreldres sivilstatus og foreldrenes fødeland. Elevene spørres også om de har en langvarig funksjonshemming, sykdom eller medisinsk tilstand.

Kognitive intervjuer

Kognitive intervjuer, der det undersøkes om spørsmålene i et spørreskjema blir forstått etter hensikten, er en viktig del av valideringsprosessen av et skjema. KIDSCREEN-skjemaene er allerede



validerte. Hensikten med kognitive intervju i dette prosjektet var å identifisere aktuelle områder som helsesøster bør være oppmerksom på ved bruk i første trinn i videregående skole for å kartlegge helserelatert livskvalitet. Prosjektgruppen utformet to spørsmål som ble stilt av helsesøster eller helsesøsterstudent etter at KIDSCREEN-skjemaet var fylt ut: 1) «hvordan oppfattet du spørsmålet» 2) «hvilke vurderinger gjorde du da du svarte». 100 elever ble intervjuet etter at KIDSCREEN-skjemaet var fylt ut. Elevenes svar ble fortløpende skrevet ned, og gjennomgått i ettertid.

Noen resultater

Hensikten med prosjektet var å vurdere om KIDSCREEN-10 kan være et egnet skjema å bruke for å identifisere elever som bør følges opp med målrettet helseundersøkelse. Det tar cirka fem minutter å fylle ut skjemaet, og prosjektgruppen mente at skjemaet dekket relevante tema.

Foreløpige funn viser at på en skala fra 0 – 100 rapporterte guttene signifikant høyere HRLK enn jentene. Dette samsvarer både med andre studier samt de europeiske normdataene (the Kidscreen group Europe 2006). Disse kjønnsforskjellene bør undersøke nærmere gjennom forskning: er det reelle kjønnsforskjeller eller kan det være bakenforliggende årsaker som virker inn?

Det var ubetydelige forskjeller mellom elever på yrkesrettet og studiespesialiserende studieretning. Dette er noe overraskende, da 27 prosent av elevene på yrkesrettet studieretning mot 7 prosent av elevene på studiespesialiserende slutter underveis (SSB 2012). Det må imidlertid tas hensyn til at dette er en liten studie blant 189 elever, og funnene kan ikke generaliseres. Men det ville være interessant å følge

opp denne gruppen for å se om det er endringer.

De kognitive intervjuene viste at spørsmålene stort sett var lette å oppfatte og svare på, men at det kunne være vanskelig å skille mellom de to siste spørsmålene som gjaldt kognitive ferdigheter/ skoleresultater og konsentrasjon/evne til å følge med på skolen. Spørsmålet «Til vanlig, hvordan vil du si at helsen din er» ble av mer enn 2/3 av elevene oppfattet som et spørsmål om fysisk helse: «Trener mye, holder meg frisk og sunn». Et mindretall inkluderte også psykisk helse: «Har det bra med meg selv generelt, tenker ikke bare på trening og sånt». KIDSCREEN-10 omfatter både fysiske, psykologiske og sosiale aspekter ved helse. Flertallet av elevene oppfatter likevel det generelle spørsmålet om helse som et spørsmål om fysisk helse. Det vil være interessant å se om det her er kjønnsforskjeller. Uansett må det ved bruk av skjemaet presiseres at spørsmålet omfatter mer enn fysisk helse.

Oppsummering

Prosjektet «Kunnskapsbasert praksis i skolehelsetjenesten» har vært et samarbeidsprosjekt mellom Bergen kommune og Høgskolen i Bergen. Prosjektet har fremmet samarbeid mellom utdanning og praksisfelt, og erfaringer med gjennomføring av prosjektet er svært gode. Helsesøstrene i prosjektgruppen har fått verdifull kunnskap og praktisk hjelp med søknadsprosess, veiledning og oppfølging av prosjektet. Samarbeid på tvers av bydelene i Bergen har også vært positivt. Høgskolen har fått nyttig kontakt med praksisfeltet, og studenter har vært aktivt involvert i datainnsamling og intervju med elever. I tillegg har både ansatte ved skolene og elevene vært svært samarbeidsvillige.

KIDSCREEN-10 vurderes til å være et nyttig skjema for å identifisere elever som bør innkalles til målrettet

LIVSKVALITET:

Ungdommene må svare på en rekke spørsmål om helse. Svarene viser blant annet om de har det gøy med venner og om de har energi. (Illustrasjonsfoto: Colourbox)

helseundersøkelse. Bergen kommune ved skolehelserådet skal ta stilling til om KIDSCREEN-10 skal tas i bruk som kartleggingsverktøy i skolehelsetjenesten på videregående skoler for elever på første trinn. Dersom KIDSCREEN-10 skal brukes i denne sammenheng må det utarbeides en veiledning basert på de funn og erfaringer som er gjort gjennom prosjektet. ■

Referanser:

1. Brener ND, Billy JOG & Grady WR (2003): Assessment of Factors Affecting the Validity of Self-Reported Health-Risk Behavior Among Adolescents: Evidence From the Scientific Literature. *Journal of Adolescent Health*, 33, s. 436 – 457. *J Epidemiol Community Health*. Doi:10.1136/jech-2011-200047.
2. De Ridder K A A, Pape K, Johnsen R, Westin S, Holmen T L og Bjørngaard J H (2012) School dropout: a major public health challenge: a 10-year prospective study on medical and non-medical social insurance benefits in young adulthood: the Young-HUNT 1 Study (Norway).
3. Elstad J I (2008) Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn. IS-1573. Oslo: Helsedirektoratet.
4. Fosse NE & Haas S A (2009): Validity and Stability of Self-reported Health among Adolescents in a Longitudinal, Nationally Representative Study. *Pediatrics*, 123 (3) s. 496 – 501.
5. Haraldstad K (2011): Health-related quality of life and pain in children and adolescents. The Norwegian KIDSCREEN-study. Dissertation for PhD. Bergen: Universitetet i Bergen.

6. Haraldstad K, Christophersen K-A, Eide H, Natvig GK & Helseth S (2011): Predictors of health-related quality of life in a sample of children and adolescents: s school study. *Journal of Clinical Nursing*. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03693.x.
7. Helsedirektoratet (2010 a): Health Promotion – achieving good health for all. IS-1846 E. Oslo: Helsedirektoratet.
8. Helsedirektoratet (2010 b): Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelsepolitisk rapport 2010. IS-1856. Oslo: Helsedirektoratet.
9. Michel G, Bisegger C, Fuhr D C, Abel T, The Kidscreen group (2008): Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of Life Research*, 18, s. 1147 – 1157.
10. Folkehelseinstituttet (2010): Folkehelse rapporten 2010 – Helse tilstanden i Norge. Rapport 2010:2. Oslo: Folkehelseinstituttet.
11. Palacio-Veieira J A, Villalonga-Olives E, Valderas J M, Espallargues M, Herdman M, Berra S, Alonso J & Rajmil L (2008): Changes in health-related quality of life (HRQoL) a population-based sample of children and adolescents after 3 years of follow-up. *Quality of Life Research*, 17, s. 1207-1215.
12. Sitter M og Andersson HW (2005): Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker. Oslo/Trondheim: SINTEF helse.
13. Sosial- og helsedirektoratet (2004): Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten,
14. The KIDSCREEN Group Europe (2006): The KIDSCREEN questionnaires – Quality of life questionnaires for children and adolescents.
15. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Sammen skal vi forebygge overvekt

Elever i Radøy får nå treningsutstyr og kurs i kosthold, takket være samarbeid mellom flere instanser.

Et samarbeidsprosjekt om på forbygging av overvekt er inngått mellom Nasjonalforeningen for folkehelse i Hordaland, Hordaland fylkeskommune, Manger helselag og folkehelsegruppen i Radøy.

Bakgrunnen for samarbeidet var et foredrag om ulike helseutfordringer i Radøy kommune som jeg hadde på et regionmøte for helselagene i Nordhordland våren 2012 og der aktivitetskoordinator ved Nasjonalforeningen, Ingvild Tjønn Hansen, var til stede.

I foredraget orienterte jeg de frammøtte fra fylkeskontoret og representanter fra helselagene i Nordhordland om utfordringer i forhold til overvekt hos barn og unge, men også om manglende matpakke hos mange av elevene ved ungdomsskolen. Hver tirsdag og torsdag formiddag har jeg kontordag på ungdomsskolen og svært ofte ender det med at nistepakken min skifter eier. Det er til de som verken har spist frokost eller har mat med i sekken.

På ønskelisten hadde jeg kantine ved Radøy ungdomsskole i regi av helselag og elever. Dessuten tilbud om treningsmuligheter i Radøyhallen med åpen hall på ettermiddagene. Det er ikke alle som har økonomi til å sende barna på treningsstudio. Den kommunale Radøyhallen ligger sentralt i forhold til ungdomsskolen, sentrum og bussforbindelse.

Ideen til åpen hall kom med bakgrunn i et foredrag jeg hørte ved Roger Gjelsvik i Oslo. Han er daglig leder i Turn og idrettsforeningen Viking og prosjektleder i Prosjekt overvektige barn. Idrettslaget Viking og Bergen kommune har samarbeid om åpen hall, trening og samtaler om kost på ettermiddag.

På det tidspunktet skulle vi begynne å veie og måle alle i 3. og 8. klasse og finne kroppsmasseindeks KMI. I dette arbeidet ønsket jeg å involvere kommunens leger, ved kommunelege 1, fysioterapeutene og diabetessykepleier for å få til en forpliktende og sammenhengende tiltakskjede i forhold til det vi ville avdekke. Fysioterapeutene, diabetessykepleier, helsesøstre og representant fra ledelsen i kommunen, i det vi har valgt å kalle folkehelsegruppen, reiste til Oslo 31. oktober og 1. november 2011 på felles oppdateringskurs. Kurset het: Forebyggende arbeid og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Det tverrfaglige samarbeidsprosjektet i kommunen dørte vi «Stor, stolt og sterk».

Nasjonalforeningen kom på banen etter at aktivitetskoordinator ved Nasjonalforeningen for folkehelse i Hordaland, Ingvild Tjønn Hansen, tok kontakt med meg etter foredraget denne kvelden i 2012. Prosjektet vårt passet til satsingsområdet til nasjonalforeningen og vi er nå tildelt 30 000 kroner fra Hordaland fylkeskommune, Nasjonalforeningen for folkehelse

«Svært ofte ender det med at nistepakken min skifter eier.»

i Hordaland ved «Midttunheimfondet» har gitt 20 000 kroner og Manger helselag har gitt 10 000 kroner. Manger helselag ønsket å ha med ungdomskoordinatoren i Radøy og undertegnede i plangruppa. Prosjektet har blitt godt mottatt av Radøy ungdomsskole både blant ledelse og lærere. Vi vil kjøpe inn treningsutstyr som motiverer ungdommene og ha kurs i kosthold for elever og foresatte. ■



Av Bente Gunn Håtuft, ledende helsesøster/fagleder ved Manger helsestasjon.

Krever mer penger

Helsesøstre i Oslo er ikke fornøyd med bevilgningene til tiltak for de yngste elevene. For å kreve større bevilgninger, tok tre av oss et møte med bystyrets Helse og sosialkomité.

I forbindelse med budsjettet for 2013, ba vi i lokalgruppen av helsesøstre i Oslo om deputasjon i bystyrets Helse- og sosialkomité. Vi fikk avsatt 15 minutter 26. november, så vi måtte bruke tiden godt. I forkant av møtet, sendte vi et dokument til komiteen med de viktigste poengene våre. (Se egen sak.)

Presenterte forskning

I de siste årene har skolehelsetjenesten i videregående skole blitt styrket med en stadig større sum, noe som er vel og bra og øker tilgjengeligheten for alle elevene i byen vår. Derfor ga vi dem først litt ros for det.

Likevel var det en viktig oppgave for oss å poengtere at tilbudet til de yngste

barna i byen vår er underdimensjonert, ulikt og uforsvarlig.

Vi la også frem forskning som viser at det er god samfunnsøkonomi å satse på helsesøstre. I tillegg la vi frem fersk helsesøsterforskning som sier noe om hva som er viktig for barselkvinner for å oppleve mestring.

Underveis viste vi til flere normgivende dokumenter for vårt fagfelt, og konkluderte med en oppfordring om å innføre normtall for alle deler av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Stor interesse

Politikerne hadde mange spørsmål, så vi gikk litt over tiden. Vi opplevde at de hadde satt seg godt inn i dokumentasjo-



PÅ RÅDHUSET: Medlemmer av lokalgruppen i Oslo på vei til møte med Helse- og sosialkomiteen. Fra venstre styremedlem Nina Trandum, leder Kristin Sofie Waldum og nestleder Kristine Hartvedt.

nen vi sendte i forkant. Vi hadde en god følelse etterpå og gjør det gjerne igjen! ■

Brev til politikerne i Oslo

Før møtet med bystyrets helse og sosialkomité i Oslo, sendte lokalgruppen for LaH et brev til komiteen med tittelen: «Hva med de aller minste barna i byen vår».



Det er flott at det i budsjettforslaget er lagt inn en økt bevilgning til skolehelsetjenesten i de videregående skolene på to millioner.

Vi håper årets budsjettbevilgning bare er starten på en videre utbygging av denne viktige og billige tjenesten. Skolehelsetjenesten i barne- og ungdomsskolen må styrkes på samme vis, for å kunne gi et reelt lavterskeltilbud til alle barna i byen vår, der de er hver dag. Ungdommene i videregående skole krevde en styrking av skolehelsetjenesten selv, vi krever det samme på vegne av barna i de yngre klassene.

Helsestasjonstjenesten 0–6 år
Helsestasjonen fylte 100 år i fjor og har spilt en viktig rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Denne rollen er godt beskrevet i byråds sak 1/2011. For å jobbe helsefremmende for alle barn, og for å finne barn og familier med risiko for skjevutvikling, er det viktig å gi et bredt tilbud til alle. Hvem andre enn helsestasjonen ser barna det første året og er i samme posisjon for å følge familien på veien? Det at alle får samme tilbud gjør at terskelen for dem som trenger tjenesten mest senkes. Dermed oppnår man at viktige budskap om helsefremmende og forebyggende tiltak når frem til alle.

Slik sett har helsestasjonen et betydelig potensial til å gi ytterligere bidrag dersom tjenesten opprettholdes og styrkes.

Det bekymrer oss hvordan mange bydeler i Oslo ikke er i stand til å oppfylle de faglige kravene til denne

tjenesten som nær 100 prosent av befolkningen, uansett sosial bakgrunn, benytter seg av. Mange steder er antall konsultasjoner på helsestasjonen redusert til et nivå langt under det faglig anbefalte programmet. I forslag til ny forskrift for barselomsorgen, vektlegges å styrke overgangen mellom sykehus og helsestasjon, hvordan skal helsestasjonene klare det, når mange bydeler ikke har kapasitet til å følge de faglige anbefalingene i dag?

Helsetilsynet deler vår bekymring. De gjennomførte i 2011 en kartlegging i 50 kommuner og bydeler i Norge, kalt «Styre for å styrke». Målet var å få en oversikt over hvordan kommunene sikrer en forsvarlig helsestasjonstjeneste: «Statens helsetilsyn mener at det bryter med helselovgivningens krav til faglig forsvarlighet at kommuner/bydeler ikke sørger for at barn 0–6 år får tilbud om helsestasjonstjeneste i tråd med gjeldende faglige normer.» Dette betyr at avvik fra veilederens faglige norm skal begrunnes gjennom grundige analyser, for å sikre at tilbudet som gis istedenfor er bedre eller like bra.

Helsetilsynet forbereder på bakgrunn av dette et landsomfattende tilsyn i 2013.

Gevinster ved å satse på helsestasjonen:

- Helsesøster er den eneste faggruppen som, etter sykepleierutdanningen, har en videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid, spesifikt rettet mot barn og

unge 0–20 år og deres foreldre.

- Helsesøstre veileder foreldre, slik at de opplever mestring i situasjoner som uten støtte kan utløse et stort hjelpebehov senere.
- Foreldre som opplever mestring er gode foreldre!
- Det er god samfunnsøkonomi å satse på en billig tjeneste som fører til reduksjon i dyre barnevernstiltak.

Hva må til:

Helsedirektoratet har laget forslag til normtall for hva som skal til for å oppfylle lovkravet til en forsvarlig helsestasjons- og skolehelsetjeneste i IS 1797: Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

- På videregående skole nærmer vi oss med den nye bevilgningen normtallet på 800 elever per helsesøster i full stilling.
- En helsesøster i 100 prosent stilling på helsestasjon, kan maks følge opp 65 fødsler. (Oslosnitt 93 – spenn fra 65–120 i ulike bydeler)
- En helsesøster i 100 prosent stilling i barneskolen kan maks følge opp 300 elever (Oslosnitt 883).
- En helsesøster i 100 prosent stilling i ungdomsskolen kan følge opp 550 (Oslosnitt 666).

43 prosent av elevene i Oslo-skolen har et annet morsmål enn norsk, mot 28 prosent i resten av Oslo-befolkningen. Dette og andre storbytendenser burde føre til bedre bemanning av tjenesten enn anbefalte minstenorm, det vil lønne seg i lengden!

(Brevet er kortet ned.)



Tissesekolen

Enurese er et stort problem for den det gjelder, og for å hjelpe barn å holde seg tørr har vi startet tissesekole i Askøy kommune.



Av Anita Furnes Himle, helsesøster i Askøy kommune

Helsesøstre og fastleger er de som først kommer i kontakt med barn som har enurese. Enurese, eller sengevæting, kan oppleves som en stor belastning for barnet. Mange av barna sliter med skyld og skamfølelse, og dette fører ofte til lavere selvfølelse. Dersom lav selvfølelse varer over flere år, kan det føre til psykiske vansker.

Sengevætingen går ofte ut over barnets daglige sosiale aktiviteter. Mange vil ikke sove over hos venner og delta på klasseturer. De er dessuten redde for å bli mobbet av andre.

Enurese er uten tvil også en belastning for foreldrene til barnet. De kan føle skam og skyld på lik linje med barna. De fleste er tolerante, men noen kan reagere med å straffe barnet og andre tror at barnet gjør det med vilje.

Flere årsaker

Tidligere trodde man at enurese var kun psykisk betinget, men heldigvis har det via forskning skjedd et vendepunkt. Ofte finner vi ikke en årsak.

Noen barn kan ha en arvelig faktor. Vi vet at flere gutter enn jenter har enurese i barneskolealder.

Foreldre opplyser at barna deres sover dypere enn andre barn og at de er vanskelig å vekke. Dette har vært vanskelig å bevise via forskning, men flere studier bekrefter at disse barna er vanskeligere å vekke enn andre.

Tidligere trodde man at blærefunksjonen var normal hos barn med enurese. Det viser seg imidlertid at så mange som en tredjedel av barn med enurese har en blæredysfunksjon. Det vil si at de har en overaktiv blære på natten, og ofte en min-

dre blærekapasitet enn forventet for alderen. Dette kan gi utslag på dagtid med hyppige toalettbesøk og hastverk med å nå frem til toalettet. Obstipasjon kan også være en grunn til enurese siden det kan føre til redusert blærekapasitet.

Vekket min interesse

Jeg jobber i Askøy kommune i nærheten av Bergen. Før jeg utdannet meg som helsesøster i voksen alder, jobbet jeg mange år som sykepleier på barnekirurgisk avdeling ved Haukeland universitetssykehus. Der møtte jeg barn med forskjellige diagnoser, deriblant enurese. Jeg har også jobbet ved urologisk poliklinikk på HUS, den gangen det var «tissesekole» som ble drevet av en erfaren og flink uroterapeut. Disse barna gikk gjennom flere samtaler og undersøkelser for å utredes hvorfor de hadde enurese. Det er flere av undersøkelsene som er ubehagelig for barn. Dette har vært det som har vekket min interesse for enuresebarna, og jeg tenkte at den forebyggende veiledningen måtte skje i deres hjemkommune via helsesøstertjenesten.

Her i kommunen har det vært et veiledningsopplegg før min tid, som har blitt gitt av psykolog-

■ Mange har enurese

Nest etter allergier er enurese det vanligste kroniske problemet hos barn. Forekomsten blant barn er:

- 5-6 år: ca. 20 prosent
- 6-7 år: ca. 15 prosent
- Ved 13 år: 3-4 prosent

gir barn et bedre liv

tjenesten og familieveileder. Jeg har vært så heldig å få lov til å starte min lille «tisseskole» her i kommunen. Dette handler ikke om at det her i Askøy kommune er god helsesøsterdekning, men at jeg har en helsesøsterleder som ser viktigheten av at disse barna og foreldrene får god veiledning på veien videre. Ti prosent av min stilling er rettet mot enuresebarn.

Konsultasjonene

Barna blir henvist til meg fra helsesøstre og fastleger i kommunen fra de er 5,5 år.

Ved første konsultasjon kommer begge foreldre uten barnet. Dette for at de skal få samme informasjon siden begge skal hjelpe barnet sitt videre og tenke likt. Spesielt er dette viktig der foreldre har delt ansvar og barnet bor litt hos begge.

Jeg ønsker at foreldrene presenterer barnet sitt på en grundig måte, slik at jeg kan danne meg et bilde. Jeg sier til foreldrene at det er viktig at de er ærlige. Mange foreldre kan føle skyld og skam, noen føler seg alene i verden med denne problemstillingen. Foreldre vil jo det beste for barna sine og har prøvd mye som både har fungert og ikke fungert. De har vært gjennom en periode der de har vasket sengetøy og byttetøy fra skole og barnehage.

Før de kommer til meg har de levert urinprøve hos fastlegen for å utelukke UVI.

Jeg stiller en rekke spørsmål, for å finne ut mest mulig om barnet og familien. Blant annet vil jeg vite om foreldrene eller andre i familien har hatt enurese. Jeg får avklart forhold rundt barnets bleieavvenning, hvor ofte barnet tisser og om barnet har hurtige toalettbesøk. Vi går gjennom anatomien til urinveiene slik at foreldre får mer kunnskap.

Behandling

Ut fra det foreldrene forteller lager jeg et opplegg som handler om gode og trygge tissevaner. Jeg følger barnet hver 14. dag fremover og videre etter behov.

Mange har prøvd eller diskutert Minirin med legen. Det kan barnet starte med dersom legen mistenker at det er for stor urinproduksjon om natten.

En del foreldre ønsker å bruke alarm, og da kan de låne det hos meg. Alarmklokke anbefaler jeg til store barn som vil ordne seg på egen hånd for å huske på tissetider.

Min viktigste oppgave, ut over å hjelpe barnet til å bli kvitt enuresen, er «å senke skuldrene» til foreldre og si at dette som oftest går over av seg selv, grunnet normal utvikling til barnet. Jeg forteller dem at nervebanene mellom hjerne og urinblære ikke er ferdig utviklet før barnet er omtrent sju år. Er barnet under den alderen så tenker vi at det går seg til på egenhånd. Men det er viktig at foreldrene lærer barnet gode tissevaner på dagtid.

Treningsopplegg

Dersom barnet er motivert til å starte et treningsopplegg, så starter vi det. Da skriver jeg og barnet en kontrakt sammen. Vi lager regelmessige tissetider som vil si annen hver time på dagtid. Nå skal det være klokken som bestemmer når barnet skal tisse og ikke barnet selv. Selvfølgelig får barnet lov til å tisse utenom tidene, men som oftest er det ikke behov for det dersom barnet er flink til å jobbe med resturin. Det å tisse så ofte kan være heftig for et barn.

«Mange av barna sliter med skyld og skamfølelse.»

Jeg forklarer at alle barn som skal trene på å tisse ofte må sitte godt på toalettet, både jenter og gutter. Gutter tømmer blæren like godt om de står eller sitter, men kunsten er at de skal sitte litt ekstra for å få ut resturin som de ofte har. Jeg ber foreldrene kjøpe en liten krakk som barnet kan ha under beina når de sitter på toalettet. Og i tillegg bruker vi fantasien og tenker ut sammen med barnet hvordan de kan klare å sitte litt lenger enn før på toalettet. Blad og bøker i en korg ved siden av toalettet er lurt.

Vi gjør avtale med barnehage og skole, barnet er med på møte for å høre hva som blir sagt. Dette fordi barn ofte trenger noen som kan hjelpe dem å huske på tissetidene. Det er veldig viktig at de

voksne lover å holde på hemmeligheten.

Barnet får informasjon om at det må drikke mer enn det pleier på dagtid, men at det er lurt å redusere drikkemengden de to siste timene før leggetid. Barna får en kalender og klistremerke med seg hjem. Denne skal de bruke for å bli mer motivert, siden de skal få klistremerke for treningsinnsatsen. Det viktigste for foreldre er at de må holde ut og ikke mase på barnet sitt. Ting kan ta tid, og det er ulikt hvor lenge barnet må trene med regelmessig tissetrening.

Selvfølgelig gjøres treningsopplegget litt indi-

«Foreldre må holde ut og ikke mase på barnet sitt.»

viduelt for hvert barn, men grunntanken er den samme. Hele veien er det barnet som styrer forløpet.

Jeg har også gjennom denne prosessen lært at noen barn har god nytte av kiropraktor eller fysio-

terapeut. Dette grunnet stram muskulatur i rygg og bekkenparti.

Min erfaring

Nå har jeg jobbet på «tisseskolen» på Askøy i 4,5 år. Min erfaring er at det er regelmessige tissetider, sitte godt på toalettet og å bruke god tid for å få ut all resturin som ofte er nøkkelen til å bli tørr. Dette sammen med et motivert barn og fornuftige foreldre.

Ofte må vi bruke lang tid. Jeg sier til foreldre at vi tar den tiden det trengs og at vi aldri skal tvinge barnet dersom det synes det blir for slitsomt.

Noen ganger må vi bare legge lokk på saken, og da tar jeg ofte en telefon til foreldrene etter noen måneder for å høre hvordan det går. Da har enkelte barn blitt tørre av seg selv.

Selvfølgelig er det ikke alle jeg kan hjelpe. De blir da henvist videre til fastlegen dersom foreldre ønsker det. ■

Hvordan er det å jobbe med familieveiledning?

Som familieveileder i Askøy hjelper jeg mennesker å samarbeide, og jeg støtter kvinner gjennom svangerskap og fødsel.

En familieveileder arbeider i hovedsak med gravide og familier med barn i alderen 0–12 år. Familieveileder er helsesøstertjenestens lavterskeltilbud i forhold til samspills- og samlivsvisninger. Arbeidet består av samtaler med og veiledning av gravide, foreldre og barn. Arbeidet omfatter også primærforebyggende arbeid som gruppe for unge mødre og samtalegrupper for jenter i grunnskolen. Veiledning av fagpersoner, primært helsesøstre, og andre gjøres ved behov.

I Askøy kommune skal familieveileder i samarbeid med ledende helsesøster utarbeide stillingens faglige innhold ved møter én gang hvert år. Helsesøstrene og jordmor i Askøy kommune er invitert til å komme med forslag til hvilke oppgaver som skal tillegges familieveilederstillingen.

Stillingens innhold

Som familieveileder arbeider jeg med foreldreveiledning i saker henvist fra helsesøster, jordmor og lege. Dersom ansatte i skoler og barnehager ønsker å henvise, skal saken først drøftes anonymt med helsesøster ved den aktuelle skole eller barnehage og så henvises fra helsesøster. Dette sikrer at helsesøster er informert om intervensjonen og at hun får tilbakemelding etter endt veiledning.

En del av arbeidet mitt er veiledning av helsesøstre og jordmor, både individuelt og på ukentlige møter. Jeg deltar på helsesøstertjenestens planleggingsdager

vår og høst, og samarbeider med helsesøstertjenesten om utvikling av det primærforebyggende tilbudet til barn og unge på helsestasjon og på skolene.

Jeg gir faglig oppdatering i helsesøster- og jordmorgruppen om tema som kommunikasjon, samspill og liknende, og er medansvarlig og møteleder på fordypningsdager for faglig utvikling og oppdatering.

En viktig oppgave er å utføre forebyggende arbeid som samtalegrupper, gruppe for unge mødre og andre grupper.

Veiledning

Fødselsangst eller -depresjon:

Møte med jordmor skjer for de aller fleste tidlig i svangerskapet. Jordmødrene i Askøy kommune arbeider blant annet med å identifisere behov for støtte som går ut over det ordinære tilbudet. De møter kvinner som sliter med angst og depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel. Når de ser at disse kvinnene har behov for samtaler, veiled-

«Barnet får støtte til å stå opp for seg selv.»

ning eller terapi, kan de henvise til psykologtjenesten, psykiatritjenesten eller distriktpsykiatrisenter (DPS), eller familieveileder på helsestasjonen. Familieveileder er grunnutdannet sykepleier



Av Kari Grønås, helsesøster/familieveileder Askøy kommune

og har mye kunnskap om både fysiske og psykiske utfordringer ved svangerskap og fødsel. Familieveileder kan være en ressurs når man skal arbeide med gravide og kvinner etter fødsel. De har som regel mange fysiske plager og utfordringer, og det

«De fleste finner ut av det meste selv, når de bare får snakket om det.»

er nyttig å kjenne til hva som er normalt og hva som bør henvises til utredning og behandling. I dette arbeidet er både råd og veiledning viktig.

Bruk av tavle:

Ved veiledning brukes ofte tavle. Viktige tema blir skrevet på tavlen. Positive utsagn som klienten sier om seg selv, familie og venner. Ønsker, drømmer og mål for fremtiden. Skritt for å nå målene. På denne måten bekrefte det som blir fortalt, det blir mer tydelig for den som forteller. Det visuelle inntrykket fører til at det positive som blir skrevet ned, blir husket.

Kvinner med angst og depresjon etter fødsel blir ofte henvist til familieveileder på grunn av amme problemer at barnet er urolig, skrikete og vanskelig å regulere. Ved samtaler kan foreldrene få råd og veiledning om utfordringer med barnet, og i tillegg få snakke om følelsesmessige vansker og samlivsproblemer. Foreldre

MOR OG BARN:
Noen foreldre trenger råd om hvordan de skal kommunisere med sine barn for å få til et positivt samspill. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



forteller at de opplever det trygt å få hjelp på helsestasjonen. De føler seg ikke sykeliggjort eller stigmatisert.

Samspillsveiledning

Barn i førskolealder kan av foreldre oppleves krevende og vanskelige å styre. Familien henvises oftest til familieveileder med førskolebarn fordi de strever med trass, søskensjalousi eller at barna ikke vil le. Dette kan gi seg utslag i konflikter, legge- og søvnproblemer og negativ kommunikasjon som kjefting og krancling. Mange foreldre strever med sterk skyldfølelse når de er kommet inn i negative samspillssirkler. De fortsetter ofte å gjøre det samme som ikke hjelper, som straff, «TimeOut på rampekrakk». Barna får som regel mye informasjon om hva de ikke skal gjøre. Foreldres tilbakemeldinger går ut på at samtaler og veiledning vanligvis er nyttig for foreldrene, da de kan få hjelp til å snu den negative trenden. De kan få hjelp til å fortelle barna hva de skal gjøre, vise dem alternativer og støtte barnet til positivt samspill ved tydelig ledelse.

Barnesamtaler

Barn i skolealder blir som regel henvist til familieveileder fordi foreldrene opplever bekymring for at de er redde, sinte eller triste. Når dette går ut over livskvaliteten kan det være nyttig at barnet og familien får hjelp for problemene blir fastlåst. Årsakene til at barn er plaget av vonde følelser kan være mange og forskjellige, og det første man må gjøre er å finne ut hva som ligger under problemene. Ved barnesamtaler brukes dokkehus og figurer barna setter opp som familien sin, venner og andre.

Familieveileder bruker ofte narrative samtaler med barn og foreldre om aktuelle problemstillinger. Her kan man snakke om redselen, tristheten og sinnet som en plagsom type som er flyttet inn og har fått for stor makt over familien.

Tema for barnesamtaler kan også være mobbing og skolevegring. Ved disse utfordringene kan det være til god hjelp at den som blir mobbet får tilbud om samtaler. Slik kan barnet få støtte til å stå opp for seg selv, ta seg selv på alvor, si fra til voksne og ikke godta mobbing. Ved skolevegring er barn ofte plaget av redsel. Begrunnelsen kan være forhold på skolen eller sterk binding til mor og far, eller at barnet er bekymret for foreldrene og må være hjemme og passe på. Det kan være vanskelig for foreldre å hjelpe barnet på egen hånd, fordi de selv blir sterkt bekymret. Det er mange mulige tilnærminger som kan hjelpe. Her må nevnes for eksempel psykologisk førstehjelp, utarbeidet av psykolog Solfrid Raknes.

Her brukes kognitiv tenkning for å forstå seg selv og følelsene. Enkelt forklart bruker man en «hjelpeshånd» til å systematisere og skrive ned det som skjer. Hvilke følelser problemene utløser, hvilke røde tanker man får, hjelper ikke, tvert imot gjør de alt verre. Etterpå ser man på hvilke grønne tanker man kan tenke. De hjelper, oppmuntrer og trøster. Barn og foreldre blir via samtale bevisst på kampen mellom de røde og grønne tankene. Til slutt kan man se på hva man selv kan gjøre og hvem som kan hjelpe. Erfaringen viser at dette er tiltalende for barn, fordi det er enkelt, lettfattelig og ikke minst morsomt. Det utløser mye latter og reduserer stress.

Lytte og stille spørsmål

Familieveilederen kan støtte kvinner gjennom svangerskap og etter fødsel når de strever med angst og depresjon. Den kan hjelpe par til å se hverandre, møtes og få øye på felles mål, hjelpe barn og foreldre å snakke

sammen, få mennesker som er viktige for hverandre til å samarbeide. Det viktigste redskapet i samtaler med barn og voksne er å vise respekt for det enkelte mennesket og det de strever med. Å lytte til deres tanker og problemopplevelse, og stille spørsmål slik at de får fortelle om seg selv. På denne måten blir de mer kjent med seg selv. Når de snakker med veileder, snakker de med seg selv og får kunnskap om egne behov og ønsker. Man kan gi råd og veiledning dersom det er ønsket, selv om de fleste finner ut av det meste selv, når de bare får snakket om det. ■

Referanser:

1. Re-Authoring Lives: Michael White, 1995
2. Maps of Narrative practice, Michael White 2007
3. Playful approach to serious problems, Freeman, Epston og Lobovits 1997
4. Psykologisk førstehjelp, utarbeidet av Psykolog Solfrid Raknes
5. Från påverkan til medverkan, Harlene Anderson & Harry Goolishian, 1988

Gøy på jobben

LEDERSTAFETTEN

Jeg har en visjon for 2013, og det er at mine kollegaer og jeg skal ha det gøy på jobben. Det er en visjon som inneholder mer alvorlige faktorer enn det høres ut til.

For noen år siden var jeg på Nordkapp i forbindelse med kullsamling i vakre Finnmark. Jeg tenkte at siden jeg var så langt nord så kunne jeg reise dit. Det slår meg enten det er på Stadt lengst i vest, eller på Lindesnes fyr lengst sør, hvor vakkert og forskjellig landet vårt er.

Like forskjellig som landet er, vil antall innbyggere og ansatte på helsestasjonen være og hvor mange vi er leder for.

Da jeg begynte i Radøy kommune som helsesøster hadde jeg tittel ledende helsesøster og ledet kun meg selv og folkehelsearbeidet i kommunen. Syv barneskoler og en ungdomsskole, i tillegg var det mange psykiatriske pasienter i privat forplei-

nå gått over i de pensjonistiske rekker. Det hadde vært bedre at det var bevilgende kommunestyre jeg informerte på det tidspunktet. De hadde det vel like travelt i nabokommunene. Min reaksjon og refleksjon den gangen var at travle helsesøstre må være noe herk om det vises for godt utenpå. Hvem vil da ta kontakt og be om hjelp? For mitt forbilde var helsesøster Mary som var helsesøster i Meland på 80-tallet. Mary var tryggheten selv, rolig, blid og faglig sterk.

Hvem ønsker du å være som helsesøster eller leder?

Vi skal ha det gøy

Før juleferien stod vi, mine to kollegaer (140 prosent) og jeg på arkivrom-

Visjon 2013 skal være et år med bare gøy på jobben!

Min plikt å si fra

Jeg er privilegert som leder. Mine medarbeidere er selvstendige, dyktige og ingenting er et problem. Siden Helsehuset hvor vi jobber er en gammel, skjør dame, kan jeg høre mye perlende latter hver dag på jobb. Det er min rett og plikt å sette foten ned når arbeidsmengden ikke står i forhold til ressursene. Resultatet er at vi må si nei til oppgaver, gjøre mindre av noen oppgaver og skrive begrunnede avvik som når frem til øverste ledelse i kommunen.

Det er ikke det at jeg ikke har sagt fra på ledermøter eller ved årsmeldinger. Ordfører og rådmann, av det koselege slaget, satt kaffen og småkakene i halsen da de skulle ønske oss god jul. Her ble misnøye servert på sølvfat av en opprørt leder som for en stakkert stund kunne snakke uforstyrret. Og ordfører som øverste leder i kommunen med kommunestyret, har arbeidsgiveransvar for mine kollegaer og meg. Rådmannen skal effektivt utføre de forslag politikerne kommer med. Her må de som har ansvaret, ta ansvaret.

For faggruppeliderne og styret i LaH NSF som var så heldige å få delta på pilotsamlingen, Helsesøster som samfunnsaktør, har disse ordene

«Det er min rett og plikt å sette foten ned når arbeidsmengden ikke står i forhold til ressursene.»

ning å besøke. Etter et par år fikk jeg i oppdrag å fortelle et samlet rektor-kollekt om hva arbeidet mitt gikk ut på. En av de fremmøtte kommenterte etter innlegget. «Du må ha det så travelt at jeg tør ikke ta kontakt med deg!» Damen hadde et poeng, selv om uttalelsen verken var ment særlig snilt eller med oppriktig omtanke. Hun har

met, godt opptrekte etter avslag på 20 prosent stilling som vi hadde søkt om. Det var Kostratall som avgjorde, ikke alle nye oppgaver som individuelle planer, veiing og oppfølging med tanke på overvekt i 3. og 8. klasse eller de andre utfordringene vi ser vi kommer til kort med, eller mangel på kontorhjelp. I denne stund tok jeg en sjefsavgjørelse!

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



■ Av Bente Gunn Håtuft

Ledende helsesøster/fagleder
i Radøy kommune.

prentet seg inn. «Det er når du har det som travlest at du skal stoppe opp og reflektere over egen praksis!» . Videre var det tydelighet mot politikerne og øverste ledelse som var mantraet.

Snille piker får ingen ting. Har du forresten hørt en helsesøster som skriker? Joda, de har begynt! En del av de som deltok på pilotsamlingen som skal føre til spesialistgodkjenning av helsesøstre har gjort det. Jeg har lest innlegg som de har sendt til avisene. Helsesøster som samfunnsaktør har allerede gitt resultater.

Travel hverdag

Tidsklemma har tatt mine ledene helsesøsterkollegaer i nabokommunene i Nordhordland. Vi møtes sjeldnere til treff der vi kan diskutere fag og felles utfordringer.

Det er som å se hamsteren i trimhjulet, med nesa rett frem og vi løper mellom ansvarsmøter og konsultasjoner. Får vi fornøyde brukere om vi holder på slik? Får vi fornøyde kollegaer? Niks! Vi opplever ikke stress av det vi gjør, men av det vi ikke får gjort. Det er vi som ledere som må tørre å sette foten ned, tørre å stoppe opp for å reflektere høyt med våre kollegaer. Og avvikksskjema skal ligge klart for utfylling i en kassett på kontorpulten.

Politikerene må stå fram og si hva de vil vi skal slutte med! Men da må



GIR ROS: Jeg er privilegert som leder. Mine medarbeidere er selvstendige og dyktige, skriver Bente Gunn Håtuft. Foto: Johan Alvik.

de først få vite om de begrunnede avvikene, likeså utfordringer vi ser i befolkningen som påvirker helse i negativ forstand.

Hvem sitter i heisen ned om viktige hendelser ikke er dokumentert på grunn av at nestemann er kommet lenge før vi er ferdig med han som var først og telefonen ringer rett inn fordi vi ikke kontorhjelp? Akkurat, du og jeg.

I 2012 var en av mine kampsaker som leder at alle ledige stillinger skal utlyses. Dette fordi det er viktig med rett person på rett sted. I tillegg ser jeg det som viktig at mine medarbeidere får en sjanse til å søke på karrierestillinger i kommunen. Slikt blir man ikke populær av, men nattesøvnen kom raskt på plass igjen.

Flott fellesskap

Helsesøsterkongressen i Kragerø 2012 var min første. Det var så ubeskrivelig flott å være i et slikt fellesskap der alle var kommet for å lære, få impulser og treffe andre med samme bakgrunn.

Igjen relatert til prioritering vil jeg nevne lederparallellen i Kragerø med ledende helsesøster i Nome, Janne Gunnerød Ljosok. Innlegget hennes omhandlet prosjektet Den gode skolehelsetjeneste i Telemark. Hva er det vi er lovpålagt å gjøre og hva er våre kjerneoppgaver? Hun hadde et særdeles bra innlegg om dokumentasjon, styrking og utvikling av tjenesten i tråd med dagens behov og utfordringer for målgruppen.

Ha et riktig gøy år på jobben i 2013! ■

Lærer å bli trygge foreldre

Gjennom veiledningsprogrammet Circle of Security lærer foreldre å bygge en trygg relasjon til sine barn, og oppdra dem med kjærighet.



Av Liv Sylvarnes, helse-søster og familieveileder i Kirkens bymisjon i Bergen. Hun holder foreldrekurset Circle of Security-Parenting i tillegg til veiledning, rådgivning og undervisning i bymisjonens familieforebyggende tiltak Ada.

Foreldreveiledningsprogrammet Circle of Security - Parenting (COS-P) bygger på 50 års forskning med tilknytningsteori, og er en blanding av samtale, dvd-vignetter og egenrefleksjon. Kurset drives både forebyggende og terapeutisk.

Circle of Security skal hjelpe foreldre å oppdra sine barn med kjærighet, varme og følelsesmessig intelligens. Fundamentet er å utvikle og utvide foreldrenes kompetanse til å bygge en trygg relasjon med sine barn, ved blant annet å gi basiskunnskap om tilknytningsteori. Foreldre lærer å observere og tolke barnets behov og hvordan de kan respondere på disse behovene på en sensitiv måte. Videre arbeides det med å reflektere over egne styrker og utfordringer og hvordan foreldre takler egen frustrasjon når barnet oppfører seg utfordrende eller krevende. For å underbygge likeverd og tillit til at vi alle strever som foreldre er det vesentlig at kursholder bidrar med egne historier. Kurset trygger foreldre til å ha en «tydelig godhet» innenfor rammen av å være større, sterkere, klokere og god. På denne måten skal foreldre se og lage balanse mellom å følge barnets behov både for utforskning og behov for nærhet.

Grupper og individuelt

Å arbeide med COS-P er utrolig spennende og givende. Jeg holder forebyggende kurs både individuelt og i grupper. De individuelle kursene har jeg i hovedsak hatt for minoritetsforeldre på grunn av språkmessige utfordringer. Bymisjonens COS-P-kurs er et lavterskeltilbud. Vi rekrutterer foreldre gjennom egne tiltak og via helsesøstre og psykologer

på helsestasjonene, men etter hvert har rekrutteringen økt også via ryktebørsen og nettsidene våre. Foreldrene representerer alle lag i samfunnet. Motivene for å gå på kurs har variert fra nysgjerrighet, oppfordring fra andre eller som «siste halmstrå» for å lette på en krevende foreldre-barn-relasjon. Foreldre som deltar har barn i alderen 0,5 til 12 år.

Kursopplegget varierer i forhold til om foreldre har med barn eller ikke. Vi stiller opp med frivillige medarbeidere som barnepassere hvis barna er med. Fordelen med at foreldre har med seg barn på kursene er at vi kan observere og samtale om samspill og det vi i COS-P kaller sirkelhistorier. Ulempen med dette er at det er vanskelig for foreldrene å holde fokus på gruppen og kurset. En del av foreldrene er jeg så heldig å treffe i åpen barnehage. Jo bedre man kjenner foreldre og barn, jo bedre tilpasset opplegg kan man gi. Derfor ber jeg foreldre, også når jeg har individuelle kurs, om å ha med barnet en gang eller to i løpet av kursperioden.

Har endret meg

For meg har COS-P endret hva og hvordan jeg rådgir og veileder foreldre som lurert på hva de skal gjøre i forhold til grensesetting, gråting, sutring, stahet, slåing, bortskjemthet med mer. Jeg er mer bevisst på å høre om foreldrenes erfaringer fra de selv var barn, og sammenlikne dette med deres erfaring om å ha barn. Noen foreldre har enormt sterke historier med seg og jeg får stadig erfare det vi ofte sier til hverandre i bymisjonen: «Ingen er bare det du ser».

COS-P har gitt meg en ydmykhet _til å se og



MOR OG BARN: Nancy Helle med datteren Aurora på kurs hos Kirkens Bymisjon i Bergen.

forstå hvorfor foreldre gjør som de gjør. Det har også gitt meg betraktelig færre fordommer mot mennesker som strever i foreldrerollen. Nå har jeg et verktøy som kan brukes. Jeg kan hjelpe foreldrene med å oppdage hvordan egen barndomserfaring påvirker egen foreldrerolle. Det er fantastisk å erfare at foreldre gjennom refleksjon og praktisk innsats faktisk klarer å endre relasjonen mellom seg og sitt barn. Det kan være fra små endringer og korrigeringer til å snu en negativ tilknytnings-historie som har pågått i generasjoner.

Fornøyde foreldre

Foreldrene som har deltatt på kurset er utelukkende positive. Så godt som alle opplever at de har konkret nytte av kurset. I løpet av kursperioden kan de fortelle historier hjemmefra der de har prøvd ut det vi har snakket om.

En tvillingpappa kunne nesten forundret slå fast: «Jeg er blitt en mye bedre pappa!»

Videre kunne han fortelle: «Jeg taklet det dårlig når guttene ble lei seg eller irritert, jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre. Nå har jeg lært å tolke signaler som jeg tidligere tok for å være bare trass. Det er slutt på kranglingen mellom tvillingene, det har skjedd ting med hele samhandlingen. Jeg har fått skuldrene ned noen hakk, og er blitt flinkere til å løse opp floker og sette ord på ting. Staten burde egentlig sponse slike kurs for alle vordende foreldre. Det gir tryggere barn, og færre problemer!»

Andre foreldre forteller at de er blitt mindre redd for barnets gråt og sinne. Barnets følelser blir dermed møtt og akseptert og ikke avledet eller ignorert. Historiene vitner om økt forståelse og empati for barnet, og noen foreldre kan – litt undrende – fortelle at den nye kunnskapen også har påvirket deres forhold til venner og egne foreldre.

Oppfølging

For di kurset bygger på følelsesmessige og reflekterende forhold mellom barn og foreldre, tror jeg at den nye kunnskapen lettere blir en varig kunnskap. Dette gjør likevel ikke behovet for oppfølging

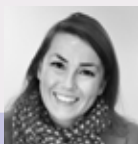
«Jeg er blitt flinkere til å løse opp floker.»

mindre, fordi utfordringene endrer seg med barnets utvikling. Jeg arbeider i dag med å få til et godt oppfølgingsopplegg.

COS-P er uten tvil det beste redskapet jeg har hatt i forhold til å veilede foreldre. Jeg forstår hvorfor foreldrene som tar kurset etterlyser lignende kurs for både barnehageansatte, barnevernsansatte, lærere og andre yrkesgrupper. Med COS-P tror jeg at mange fagpersoner ville sett på «krevende» barn og foreldre med nye øyne og sannsynligvis endret strategier i møter med dem. ■

Rask hjelp til unge med psykose

Unge i Bergen har fått et nytt lavterskeltilbud, hvor de kan få hjelp ved psykose. Tilbudet heter TOPS.



Av Else-Marie Løberg, psykologspesialist og seksjonsleder ved TOPS

Lavterskeltilbudet TOPS i Helse Bergen er for unge i alderen 15–30 år der det foreligger en psykosemistanke. TOPS skal vurdere grad av psykose, og hjelpe de unge til rask behandling. Alle kan ta kontakt, uten henvisning.

TOPS startet i 2012. Målsettingen er å minimere den perioden unge mennesker går med ubehandlet psykose eller psykosenære symptomer. For å klare dette er det nødvendig med et lavterskeltilbud som er så tilgjengelig at alle, som den unge selv, foreldre, lærere og helsepersonell, tar kontakt.

Når en psykose eller psykosenær tilstand blir oppdaget av TOPS, er det viktig at den unge får rask behandling. For få til en snarvei til behandling har TOPS tett kontakt med distriktspsykiatriske sentre (DPS) og psykisk helsevern for barn og unge (PBU). Vi har opprettet et eget tidlig psykosennettverk for å få dette til, og representanter fra DPS og PBU er ofte med oss i møte med den unge for å opprettholde kontinuitet i behandlingen.

Faglig bakgrunn

Målsettingen om å få ned varighet av ubehandlet psykose (VUP) er i tråd med kommende nye nasjonale retningslinjer for psykosebehandling. Forskningsresultater fra Stavanger, som har hatt et lignende tilbud i ti år, viser at kort VUP er positivt for prognosen. Videre er perioder med ubehandlet psykose en risikofase for selvmord, og fører med seg mye personlig lidelse. Det er også særlig ønskelig å senke VUP for unge, der tilbaketrekking fra venner, familie og skole kan være særlig uheldig for videre utvikling.

Psykosebehandling

Litt forenklet betegner psykose problemer med å skille mellom det som er virkelig og det som ikke er virke-

lig. Noen opplever det som en forvirringstilstand, og andre føler det som en tankemessig overbelastning. Psykose merkes ofte ved at en ser eller hører ting som andre ikke ser eller hører (hallusinasjoner), eller har tanker som andre synes er veldig uvanlige og pussige (vrangforestillinger). Når unge etter hvert begynner å tro på disse opplevelsene, kanskje blir bekymret og redd, eller får en funksjonsnedsettelse som en følge av dem, er symptomene over psykosegrensen. Mange kan også oppleve at det blir vanskeligere å tenke og konsentrere seg, og at det blir vanskelig å være med andre. Noen unge kan ha slike alternative opplevelser og tanker uten at de tror de er virkelige, men kan kanskje begynne å undre seg og leke med alternative ideer om hva det kan være. Da er ungdommene i en nærpsykosefase, som likevel fordrer tett oppfølging.

God oppfølging både i psykose- og psykosenære faser medfører reduksjon av belastning, for eksempel på skolen. Det er viktig med familiebehandling for å øke forståelse og generøsitet over vanskene, samt kognitiv terapi og informasjon om psykose for å forholde seg til symptomene på en mest mulig hensiktsmessig måte. Medisiner mot psykose hjelper også de fleste som har en psykose. I tillegg må en følge med på symptomene for å sette inn ekstratiltak, som innleggelse og skolefritak, ved psykoseøkning.

Vurdering av tilstand

Hvordan vurdere om det er en psykose? Overgangen fra nærpsykose til psykose går gradvis, og psykose kan best beskrives innenfor et kontinuumsperspektiv. Særlig for unge kan dette i tillegg svinge en del med dagsformen, hvem de er sammen med og graden av belastninger. Unge har gjerne mindre samsvar mellom symptomtrykk og funksjon. De kan for eksempel fungere greit sammen med venner til tross for høyt

Hva er TOPS?

- TOPS er et lavterskeltilbud ved psykosemistanke for aldersgruppen 15-30 år.
- Alle som bor i Helse Bergens opptaksområde kan ringe TOPS på 55958585.
- TOPS vurderer grad av psykose, og hjelper de unge til rask behandling.
- Tidlig behandling ved psykose er viktig for prognose og å unngå selvmord og langvarig funksjonstap.

symptomtrykk, eller isolere seg selv om de sier de ikke tror på sine alternative opplevelser. Psykosevurderinger kan derfor være kompliserte.

For å gjøre vurderingene mest mulig valide, har vi valgt å bruke internasjonale konvensjoner der cut-off settes ved en skår på 4 eller mer på utvalgte psykose-spørsmål på symptominventoriet PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). Dette vurderes særlig basert på frekvens og ikke minst de atferdsmessige konsekvensene av symptomene. I tillegg vurderer TOPS grad av selvmordsfare, rusbruk og depresjon, for å kunne gi bedre råd i forbindelse med videre behandling.

Erfaringer så langt

Så langt har 130 tatt kontakt og vi har snakket med 73 av disse, der 26 var over psykosegrensen, 20 psykosenære og 27 hadde behandlingsbehov for andre ting. 43 av henvendelsene kom i november 2012, etter at TOPS hadde en mer systematisk informasjonskampanje. Informasjonsarbeidet har inkludert medieoppslag, forelesninger og undervisning, telefonkontakt med helsesøstre, fastleger, barnevernstjenesten, fengsels-tjenesten, PPT, alle kommuner i Helse Bergen, lærere og rådgivere, samt adresserte utsendinger av 10 000 brosjyrer. 41 av henvendelsene har kommet fra psykisk helsevern, 6 fra fastlege, 5 fra helsesøstre, 28 fra foreldre, 5 fra ungdommene selv og resten fra et ganske varierende spekter av instanser (blant andre PUT, fengsel, lærere, somatisk helsevern, private psykologer og psykiatere, venner og bekjente).

Vi ser at TOPS over tid i økende grad har blitt brukt

som et reelt lavterskeltilbud. Vi opplever at de unge synes det er positivt å endelig kunne fortelle om det som bekymrer dem, og til og med bli møtt av en forståelse av vanskene – «de er ikke alene i verden med vanskene sine!». Ved å komme tidlig til, unngår vi også at for mange blir så dårlige at de ikke tør å snakke med noen grunnet skepsis og paranoid beredskap, samt unngår vonde akuttinnleggelser.

Hvordan bruke TOPS

Det er lov å ringe TOPS hvis man lurer på om en ungdom har psykose. Er det psykose eller psykosenære symptomer, hjelper vi den unge til rask behandling. Vi skriver en epikrise, som fungerer som henvisning, informasjon til fastlege og eventuelt den som henviser, og er behjelpelig med tilbakemeldinger. Når vi vurderer at det er et behandlingsbehov for noe annet enn psykose, går epikrisen til fastlegen, som får ansvar for å viderehenvise gjennom vanlige kanaler. Vi kan også kontaktes for generelle råd om psykose. Vi ser at skolehelsetjenesten og helsesøstre er i en unik posisjon til å få kontakt med unge som har det vanskelig, og som kanskje kan slite med en begynnende psykoseutvikling. Unge som ellers ikke tør å snakke med foreldre, venner eller legen sin vil kunne fortelle om sine bekymringer til helsesøster. Ved å kontakte TOPS vil en tidlig kunne se om det er psykoseproblematikk som er underliggende, og slik medvirke til at den unge får tidlig hjelp. ■



ANSATTE: Kari Mjelde, Else-Marie Løberg og Line Hoston jobber ved TOPS, et lavterskeltilbud for unge med mistanke om psykose. Foto: Skjalg Ekland/BA.

Krav til statsbudsjett

Norsk Sykepleierforbund har i brev til helse- og omsorgsministeren stilt flere krav til statsbudsjettet for 2014. Kravene har klar relevans for helsesøstre, og da særlig kravet om satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Vi gjengir derfor brevet i sin helhet.



Av Astrid Grydeland Ersvik,
leder Landsgruppen
av helsesøstre NSF

Norsk Sykepleierforbund, med 100 000 medlemmer i ryggen, er svært opptatt av å bedre den norske helse- og omsorgstjenesten. Våre krav til statsbudsjettet for 2014 er viktige for å styrke kvaliteten og pasientsikkerheten.

Kravene er delt inn i fire hovedområder:

1. Bemanning og kompetanse
2. Likelønn og kvinners arbeidshelse
3. eHelse og IKT
4. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

1. Bemanning og kompetanse

1.1 Rekruttere og beholde helsefaglig personell

I kommende tiårene vil det bli stadig flere eldre og pleietrengende i Norge. Det er derfor behov for å tenke langt mer offensivt omkring kompetanseutvikling innenfor helse- og omsorgstjenesten i fremtiden. Statistisk sentralbyrå har i Helsemod

bidrar på denne måten til å tømme fattige land for helsepersonell og underminerer derved den uttrykte politikken om etisk rekruttering av helsepersonell. NSF mener det heller må satses langt mer på rekruttering og fagutdanning, dersom vi skal klare å rekruttere nok kompetanse til framtidens helsetjeneste. Vi må satse mer offensivt på hele faste stillinger, bedre bemanning og lønns- og arbeidsforhold som faktisk tiltrekker unge kvinner og menn til å velge utdanning og yrke innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Norske myndigheter må erkjenne behovet både for å rekruttere til sykepleierutdanningen og for å beholde sykepleierkompetanse i klinisk og pasientnær praksis. Innenfor kommunehelsetjenesten viser tall fra NorgesBarometeret AS i 2012 at en tredjedel av kommunene mangler fagkompetanse for å kunne oppnå malene i Samhandlingsreformen. Over 50 prosent av disse mangler først og fremst sykepleiere.

NSF krever:

- Bedre lønns- og arbeidsbetingelser, bedre bemanning og at hele faste stillinger må brukes aktivt for å rekruttere og beholde helsefaglig personell
- Alle nyansatte i kommunehelsetjenesten må ha helsefaglig utdanning
- To tredjedeler av de nyansatte i kommunehelsetjenesten må ha høyskole- eller universitetsutdanning

1.2 Kvalitet i sykepleierutdanningen

Selv om det er vesentlig å øke antallet helsefaglig personell, er det avgjørende at dette ikke går på bekostning av kvaliteten på utdanningen. Klarere

«NSF krever at sykepleiere som tar spesialutdanning får full lønn under utdanningen.»

2012 framskrevet merbehovet for sykepleiere og helsefagarbeidere til henholdsvis 28 000 og 57 000 årsverk i 2035.

Hittil har mangelen på kompetanse og personell i stor grad blitt løst gjennom import av helsepersonell fra utlandet. NSF mener dette er en svært korttenkt løsning, som bare bidrar til å flytte problemet. Norge

et 2014

oppgave- og ressursfordeling mellom utdannings- og praksisinstitusjonene må på plass. Dette vil sikre lik kvalitet i forskning og utdanning. Det er nødvendig med økt samarbeid og mer stabile rammevilkår. Langsiktige strategiske bevilgninger og en solid basisbevilgning til styrking av utdanningen og forskningsfeltet, er sentrale virkemidler.

NSF mener at kategorisystemet er utdatert og i liten grad reflekterer reelle kostnader. Prissystemet er ikke revidert i takt med innholdet i og kostnadene ved utdanningen. De reelle kostnadene per studieplass er langt høyere enn det nåværende kategori-

systemet gir av budsjettmidler. Det store studentantallet gir store kapasitetsproblemer med hensyn til undervisningslokaler, øvingslaboratorier og undervisningspersonell. Dersom vi klarer å øke studentantallet i tråd med framtidens behov, vil utfordringen med manglende kapasitet og kvalitet i studiene bli ytterligere forsterket. Derfor er det avgjørende at kategorisystemet enten revideres, eller at det erstattes av et fornyet grunnlag for budsjettering. I tillegg må arbeidet med å etablere et nasjonalt system for kvalitetssikring og finansiering av praksisstudiene i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten intensiveres.

NSF krever:

- at det etableres et nasjonalt system for kvalitetssikring og finansiering av praksisstudiene, og at kategorisystemet for utdanningene revideres i forhold til utdanningenes reelle kostnader.

1.3 Økt satsing på spesialistutdanning blant sykepleiere

Behovet for kliniske spesialister innenfor sykepleietjenesten vil som følge av Samhandlingsrefo-

STÅR PÅ: Forbundsleder i NSF, Eli Gunhild By, krever at det settes av 200 millioner kroner i 2014 til å starte arbeidet med en forpliktende opptrappingsplan for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Foto: Norsk Sykepleierforbund



mens intensjoner bli langt større enn det har vært tidligere. I spesialisthelsetjenesten er det behov for en kraftig økning av anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere, og innenfor kommunehelsetjenesten vil det bli behov for spesialister blant annet innen geriatri, psykiatri, kreft, diabetes, hjerte og lunge for å nevne noen. Vi må ha et samsvar mellom befolkningens behov for helsetjenester og kompetansesammensetningen i helse- og omsorgstjenes-

«Retten til heltid må lovfestes og arbeidet må organiseres rundt hele stillinger.»

ten! Sykepleietjenestens nedslagsfelt krever både sammensatt og spesialisert kompetanse. Behovet for både spesialister og generalister må erkjennes, og myndighetene må være villig til å foreta de grepene som skal til for å rekruttere, utdanne og beholde den kompetansen det er behov for!

NSF krever:

- at det i 2014 utarbeides en plan for å dekke det reelle behovet for spesialisykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- at det settes av tilstrekkelige ressurser til å gjennomføre videreutdanninger av god kvalitet, herunder gode praksisstudier.
- at sykepleiere som tar spesialutdanning får full lønn under utdanningen.

2. Likelønn og kvinners arbeidshelse

2.1 Likelønn

Det vedvarende like lønnsgapet mellom kvinner og menn, kjønnsdelt arbeidsmarked og deltidsproblematikken representerer strukturelle utfordringer. Denne strukturelle diskrimineringen rammer kvinner i form av:

- Manglende anerkjennelse og verdsetting av den kompetanse som er nødvendig for å utføre arbeidet.
- Manglende anerkjennelse av de belastninger som disse yrkene innebærer.

NSF mener derfor at likelønn er et politisk ansvar, ikke noe partene i arbeidslivet kan håndtere på egen hånd. Det er behov for aktive tiltak for å fjerne like-lønns-gapet, det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og deltidsproblematikken. Norske myndigheter må utarbeide en plan for å løse både de strukturelle faktorene, og de faktiske resultatene i form av man-

glende likelønn og skjev kjønnsfordeling.

NSF krever:

- Det må utarbeides en forpliktende opptrappingsplan for å løse likelønnsutfordringene, i henhold til Likelønnskommisjonens konklusjoner.
- Offentlig sektor må sikres budsjetter og rammer for lønnsoppgjørene som gjør det mulig å løse like-lønnsproblemene, herunder spesielt verdsettingsdiskrimineringen.

2.2 Kvinners arbeidshelse

Ifølge Almlid-utvalget er det mye som tyder på at helsesektoren har spesielle utfordringer når det gjelder arbeidstidsordninger, innholdet i arbeidet, og arbeidsbelastninger. Videre er sykepleiere, ifølge en ny rapport fra NOA (Nasjonal overvåkning av arbeidsmiljø og helse) den yrkesgruppen som ligger øverst på flest arbeidsmiljøeksponeringer. Arbeids-tilsynet har dessuten pekt på manglende samsvar mellom oppgaver og ressurser, og rapporter fra våre tillitsvalgte indikerer at dette problemet bare vokser.

For å løse disse utfordringene, mener NSF at følgende områder må følges spesielt opp: Nattarbeid, heltid uten økt helgebelastning og kvinners sykefravær.

NSF krever:

- Regjeringen må følge opp Ot.prp. nr. 54 (2008–2009) om problemstillinger knyttet til utelukkende nattarbeid, slik at også nattarbeidere omfattes av arbeidstidsforkortelsen.
- Retten til heltid må lovfestes, og arbeidet i helse-sektoren må organiseres rundt hele stillinger, uten at ansatte påtvinges økt helgebelastning.
- Det må iverksettes forskning på hvordan manglende likestilling i samfunn, arbeidsliv og familie påvirker kvinners arbeidshelse og sykefravær.

3. Helse og IKT

Økt satsing på eHelse vil både øke produktiviteten og bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helsetjenesten. eHelse skal bidra til at ressursene utnyttes best mulig. Det er store muligheter innenfor satsing på teknologi og eHelse, samtidig som økt bruk av teknologi forutsetter utvikling av ny kompetanse og nye etiske vurderinger.

NSF mener det spesielt er fire elementer som understreker behovet for en nasjonal satsing på IKT og eHelse; bedre samhandling mellom aktørene, økt fleksibilitet og innovasjonsevne, bedre brukemed-

virkning, og økt kompetansebehov i skjæringspunktet mellom teknologi og helsetjenester.

NSF krever:

- at det settes av tilstrekkelige ressurser til å tilrettelegge for en god og rasjonell bruk av elektronisk pasientjournal, herunder et felles sett av terminologier de ulike helseaktørene imellom.
 - at det avsettes midler til etablering av felles standarder og integrerte systemløsninger som sikrer god og trygg kommunikasjon aktørene imellom.
 - at det legges føringer på kommunene for satsing på velferdsteknologi som virkemiddel.
- for å øke pasientenes selvstendighet, trygghet og livskvalitet.
- at det avsettes midler til kompetanseutvikling for helsepersonell og teknisk personell i håndtering og bruk av eHelse og IKT, herunder etiske spørsmål.

4. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

I Helsedirektoratets «Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten» fra 2010 (ref: IS 1798) er det beskrevet et behov for 1550 ekstra årsverk. Av disse er det 860 helsesøsterårsverk. Helsedirektoratet har estimert en kostnad på 880 millioner kroner for denne oppgraderingen, målt i 2010-kroner.

En undersøkelse KS har gjennomført i 2012 blant de ti største kommunene i landet, viser store variasjoner i satsingen på helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Antallet årsverk, blant 10 000 innbyggere fra 0–20 år i de ti kommunene, varierer mellom 25 og 77.

Undersøkelser Nor-

gesBarometeret AS har utført for NSF i 2012 viser at bare 22 prosent av kommunene har prioritert en satsing på dette området i 2012. Denne underprioriteringen innebærer at viktig forebyggingsarbeid blant barn og unge ikke blir utført. I flere stortingsmeldinger har regjeringen påpekt at det er svært viktig å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenester for blant annet å forebygge psykiske lidelser, rus og kostholdsproblemer, og for å utjevne sosiale ulikheter i helse. Undersøkelser viser at så mange som 20 prosent av norske ungdommer kan lide av depresjoner og andre psykiske lidelser, samtidig som frafallet fra videregående skole øker. Skolehelsetjenesten og helsestasjoner for ungdom jobber med tidlig intervensjon som kan forebygge og redusere problemene.

Jordmortjenesten i kommunene har en sentral rolle både i svangerskaps- og barselperioden. Vi ser i dag at det ikke er tilstrekkelig mange stillingshjemler for jordmødre i kommunehelsetjenesten, i forhold til det reelle behovet. Kartlegginger viser at flere kvinner ønsker jordmor, men at det ikke er tilgjengelig jordmortjeneste der de bor. Dette er negativt for oppfølgingen av kvinner og barn, og for samarbeidet rundt den gravide og senere barselfamilien.

NSF krever:

- at det igangsettes en forpliktende opptrappingsplan for helsestasjons- og skolehelsetjenesten med øremerkete midler. Som en del av denne planen mener NSF det må settes av 200 millioner kroner til formålet i 2014.
- at jordmortjenesten gis rammebetingelser til å følge opp forutsetningene for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, i tråd med intensjonene i St.meld. nr. 12 – En gledelig begivenhet og i St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen. ■

BØR INNFR! Norsk Sykepleierforbund stiller en rekke krav til Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre. Foto: Bjørn Studeal.

Hjelper bergensere å leve sunt

Frisklivssentralen i Bergen tilbyr livsstilskurs for barn og voksne, samt røykesluttkurs for alle som trenger det.



Av Gunfrid Boge, helseøster med master i helsefag og rådgiver ved Frisklivssentralen i Bergen.

Etter en prosjektperiode på omtrent ett år, ble Frisklivssentralen i Bergen offisielt åpnet 6. september 2012. I forbindelse med innføring av Samhandlingsreformen i 2012, er det anbefalt at alle kommuner skal opprette en frisklivssentral som skal være et lavterskel helsetilbud til innbyggerne i kommunen. De første frisklivssentralene ble opprettet på midten av 1990-tallet. Bergen kommune er den første av de store kommunene som har opprettet en frisklivssentral.

Frisklivssentralen i Bergen bygger på Veileder om frisklivssentraler: «Frisklivssentralens viktigste oppgave er å styrke positive helsefaktorer og utjevne sosiale helseforskjeller». Frisklivssentralen i Bergen har 4,5 årsverk som skal betjene byens 260 000 innbyggere. Dette innebærer et behov for målrettet bruk av tildelte ressurser. Bergen kommunen har derfor valgt å avgrense Frisklivssentralens virksomhet til definerte målgrupper. Teamet ved frisklivssentralen er tverrfaglig sammensatt med fysioterapeut, pedagog, førskolelærer, helseøster og en med bachelor i psykologi.

Opgavene er sekundærforebyggende, og Frisklivssentralen i Bergen har valgt individuelle og grupperettede tiltak med endring av livsstil og egenmestring som hovedsatsingsområde. I tillegg skal Frisklivssentralen jobbe med nettverksbygging mellom kommunale enheter, eksterne aktører og frivillige organisasjoner og skal også være et kommunalt kompetansesenter innenfor motiverende samtale, kosthold, aktivitet/trening og røykeslutt.

Målgrupper

Røyking og overvekt er to viktige risikofaktorer for utvikling av livsstilssykdommer. Overvekt er et økende problem i befolkningen, og tidlig inngripen er en for-

utsetning for å stoppe denne utviklingen. Derfor er familier med overvektige barn en viktig målgruppe for Frisklivssentralen i Bergen i tillegg til voksne med overvekt og folk som røyker eller bruker snus.

Oppfølgingstilbud

Frisklivssentralen i Bergen tilbyr tre ulike kurspakker med fokus på motivasjon og endring, kosthold og aktivitet. De tre kursene er røykesluttkurs, livsstilskurs for familier og livsstilskurs for voksne.

Tilbudet er brukerrettet med en kombinasjon av individuell og grupperett tilnærming. Informasjon om røykesluttkurs og livsstilskurs finnes på nettsiden til Frisklivssentralen i Bergen. www.bergen.kommune.no/aktuelt/tema/friskere-bergensere.

Det er også utarbeidet brosjyrer om røykesluttkurs og livsstilskurs for voksne og barn som er distribuert til fastlegekontorer og skolehelsetjenesten i Bergen.

Røykesluttkurs

Røykere og snusere kan selv ta kontakt på telefon eller mail med Frisklivssentralen for påmelding til kursene. I tillegg kan bedrifter ta kontakt for røykesluttkurs for ansatte.

Kurstilbudet består av seks kurskvelder, samt individuelle samtaler etter behov. Tema på kurset er blant annet motivasjon, mestring og helseerisiko.

Det er inngått samarbeid med svangerskapsomsorgen i kommunen, slik at jordmødre kan henvise gravide røykere til individuell oppfølging ved Frisklivssentralen.

Livsstilskurs

Hovedmålsettingen med livsstilskursene er å gi deltakerne kunnskap og motivasjon til å gjøre små endringer i forhold til kosthold og trening som over tid vil



**TRIM BORT KILO-
ENE:** Barn med
overvekt forplikter
seg til å trene to gan-
ger i uken når de
deltar på livsstils-
kurs. Illustrasjons-
foto: Colourbox.

ha positiv effekt på deltakernes helse – jamfør «Små grep, stor forskjell» (Helsedirektoratet.no). Det er lite oppmerksomhet på vektreduksjon, men mer snakk om helsegevinster ved å spise sunnere og økt aktivitetsnivå.

Kursene jobber med motivasjon og endring, struktur og planlegging, kosthold og aktivitet og trening. I tillegg til seks kursøker à tre timer gis det tilbud om individuelle samtaler etter behov. Oppfølgingsperioden vil være over to til fem år etter behov, med tettest oppfølging de første 12–14 ukene mens kurset pågår. Det gis også tilbud om individuell oppfølging for dem som av ulike grunner ikke kan følge kurstilbudet. MI (motiverende intervju) brukes som verktøy i samtaler og kurs. Henvisning for voksne med overvekt går via fastlegene, mens helsesøstre og skoleleger henviser familier med overvektige barn.

Trening: Deltakelse på livsstilskursene innebærer at deltakerne må forplikte seg til treningsaktivitet to ganger i uken i oppfølgingsperioden. For å oppnå best mulig helsegevinst, bør aktiviteten foregå med så høy intensitet at deltakeren blir svett og andpusten. Både for barn og voksne tilbys tre ulike treningsalternativer.

Kosthold: Frisklivssentralen følger Helsedirektoratets anbefalinger om kosthold. «Små grep, stor forskjell

– råd for et sunnere kosthold» anbefaler å spise mer frukt og grønt, mer fiber, mindre fett og sukker (<http://helsedirektoratet.no/folkehelse/ernering>). Deltakerne settes ikke på diett, men anbefales å spise vanlig sunn mat og være bevisst på å velge de sunneste alternativene og være oppmerksomme på porsjonsstørrelser og måltidsrytme.

Familiefokus

I familier er foreldrene premissleverandører, tilretteleggere og rollemodeller for både kosthold og aktivitet. Forskning viser at en forutsetning for å lykkes med

«Deltakerne må forplikte seg til treningsaktivitet to ganger i uken.»

livsstilsendring hos barn med overvekt, er å involvere foreldre i oppfølgingen. Derfor tilbyr Frisklivssentralen i Bergen et livsstilskurs som er rettet mot foreldre til barn i alderen 6–11 år med overvekt. Kurset handler om motivasjon, endring, mestring, grensesetting, kosthold

og aktivitet. Det er valgt gruppetilnærming som metode fordi vi tror den utveksling av erfaringer vi oppnår i gruppene kan være nyttig og lærerik for deltakerne.

Erfaringer

Frisklivs sentralen i Bergen har bare vært i drift i tre måneder, men har allerede hatt forespørsel fra 46 voksne røykere/snuser som ønsker å slutte. Det har vært gjennomført ett røykesluttkurs der deltakerne selv har meldt seg på direkte til Frisklivs sentralen, og to røykesluttkurs der bedrifter har etterspurt røykeslutt-

«Foreldre er bekymret for stigmatisering hvis det blir mye fokus på vekt.»

kurs. Til sammen har det vært 30 påmeldte til disse kursene. Alle 24 som har fullført kursene har enten redusert antall sigaretter eller sluttet helt. Våren 2013 vil det bli oppstart av nye kurs fortløpende etter behov.

45 voksne med overvekt har blitt henvist til Frisklivs sentralen via fastlegen. Det ble startet opp to livsstilskurs i slutten av oktober – ett på dagtid og ett på kveldstid. Det er seks samlinger på disse kursene. Av 13 deltakere har tre sluttet. De ti som fortsatt er med har alle iverksatt endringer av kosthold og fysisk aktivitet i ulik grad, men det er for tidlig å si noe om gevinst i forhold til vekt og helse. Alle vil få tilbud om individuell oppfølging i ett til fem år etter kurslutt. Det er planlagt oppstart av tre nye kurs våren 2013.

Barn med overvekt blir henvist til Frisklivs sentralen via skolehelsetjenesten. Det tok litt tid etter oppstart før henvisningene begynte å komme. Dette tror vi har sammenheng med at i oppstarten var det bare

seksåringer som kunne henvises til Frisklivs sentralen via skolehelsetjenesten, og at det tok litt tid etter skolestart før skolehelsetjenesten kom i gang med 1. klasseundersøkelsen. Tilbakemeldinger fra skolehelsetjenesten tyder på at mange foreldre er bekymret for stigmatisering av barnet hvis det blir for mye oppmerksomhet rundt vekt, og at mange foreldre ikke innser at det kan være nødvendig med livsstilsendringer for å redusere vektøkning allerede fra seksårs alder. Dette gjorde at Frisklivs sentralen utvidet målgruppen til å gjelde barn i alderen 6–11 år med overvekt. Antall henvisninger har tatt seg opp utover høsten, og det er nå mottatt 36 henvisninger fra skolehelsetjenesten omtrent en tredjedel av henvisningene gjelder seksåringer og resten er jevnt fordelt på aldersgruppen 7–11 år. Det er startet opp ett familiekurs høsten 2012 med fem familier, og det er planlagt 2–3 nye kurs for familier våren 2013. Det er for tidlig å si noe om effekt av kurset siden det bare har vært to kurssamlinger, men vi ser at livsstilskursene slik de er organisert ikke passer like godt for alle familier. Blant andre vil familier med dårlige norskkunnskaper ha vansker med få fullt utbytte av kurset, og familier med flere barn kan ha vansker med å få tiden til å strekke til. Derfor har noen familier fått tilbud om individuell oppfølging i stedet for kurs. Både familier som går på kurs og de som får individuell oppfølging får tilbud om oppfølging fra Frisklivs sentralen i ett til fem år.

Oppfølgingstilbudene ved Frisklivs sentralen i Bergen blir kontinuerlig evaluert av brukere, samarbeidspartnere og ansatte, og det vil bli gjort endringer av tilbudene etter hvert som det er behov for det. Oppstartsfasen til Frisklivs sentralen i Bergen har vært en spennende og travel tid, og vi ser frem til nye utfordringer i videreutvikling av eksisterende tilbud og utarbeiding av nye satsingsområder. ■

INFORMASJON:

Brosjyrer med informasjon om forskjellige kurs er tilgjengelig hos fastlegekontorer og skolehelsetjenesten i Bergen.



Referanser:

1. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320 (7244), 1240–1243.
2. Epstein LH, Valoski A, Wing RR og McCurley J (1994). Ten-year outcomes of behavioural family-based treatment of childhood obesity. *Health Physiology*, 13, 373–383.
3. Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak. Nasjonal veileder, Helse- og omsorgsdepartementet.
4. Veileder for kommunale Frisklivs sentraler. Etablering og organisering. Helse direktoratet, IS-1896, 2011.
5. <http://www.fhi.no/barnehelseundersokelsen>
<http://www.helseidirektoratet.no/folkehelse/ertering>
<http://www.helseidirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet>
<http://www.helseidirektoratet.no/publikasjoner/sma-grep-stor-forskjell-/Sider/default.aspx>
<http://www.ssb.no/emner/03/01/helseforhold/>



LANDSGRUPPEN AV
HELSEØSTRE NSF

Innmelding

Landsgruppen av Helsesøstre NSF, Postboks 272,
6501 Kristiansund N, e-post: lah@sykepleier.no eller via vår hjemmeside på www.sykepleierforbundet.no/helsesostre

SKRIV TYDELIG – MED BLOKKBOKSTAVER!

Navn _____

Adresse _____

Postnummer _____ Poststed _____

Stilling _____

Født _____

Arbeidssted _____

Tlf. arbeid _____

E-post _____

NB! Medlemsnummer NSF _____

Helsesøsterutdanning, sted og årstall _____

Dato _____

Underskrift _____

§2 i vedtektene: Medlemskap

Medlemskap i faggruppen er åpent for medlemmer i NSF som imøtekommer de krav til medlemskap som faggruppen for øvrig fastsetter:

Har videreutdanning som helsesøster

Er sykepleier i helsesøsterstilling/tilknyttet fagområdet

Helsesøsterstudenter kan opptas som studentmedlemmer

Årskontingent innkreves av NSF og er fra og med 2013 kr. 500,- Halv pris for helsesøsterstudenter og pensjonister.