



Tidsskrift for helsesøstre

NR. 2-2013

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

**Sier nei
til anabole
steroider**



Sykepleien

LEDER:
Astrid Grydeland Ersvik



Flaggskip og kampfly

Dagen etter årets helsesøsterkongress, lanserte helseministeren Folkehelsemeldingen. Med den kom løftet om 180 friske millioner til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Jonas Gahr Støre uttalte at tjenesten var selve flaggskipet i meldingen. Mediene slo opp «300 nye helsesøsterstillinger», og helsesøstrene jublet. Endelig fikk vi en satsing, ikke langt fra de 200 millionene som NSF hadde krevd for 2014. Ettersom dagene gikk, kom nyanseringene og jubelen stilnet noe. Her skulle ingen midler øremerkes, og slett ikke brukes bare til helsesøsterstillinger. Dette ble bekreftet i Kommuneproposisjonen 2014 som ble lagt frem 6. mai: *Regjeringen vil styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Innenfor veksten i de frie inntektene til kommunene for 2014 legges det til grunn at 180 mill. kroner går til styrking av tjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet vil ha dialog med KS om den konkrete innretningen av midlene. Regjeringen vil i tillegg til økonomisk styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten videreutvikle de forebyggende helsetjenestene til barn og unge gjennom å revidere forskriften om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (FOR-2003-04-03-450).*

Flaggskip er ifølge Wikipedia betegnelsen på skipet som i en større flåteenhet har flåtesjefen ombord. Flaggskipet er som oftest plassert i midten av flåten og fører sjefens flagg hele døgnet. Ordet flaggskip brukes også i overført betydning som eksempel på det ypperste. Når vi leser om «flaggskipet» helsestasjons- og skolehelsetjenesten i selve Folkehelsemeldingen, kan det tyde på at man ikke har tatt inn over seg ordets egentlige eller overførte betydning. Man skal «videreutvikle og styrke» tjenesten, og understreker særlig skolehelsetjenestens betydning, og viktigheten av tverrfaglighet. Intet nytt under solen, ingen ting konkret. Hvis tjenesten skal utgjøre det ypperste og være i midten av flåten – dvs. det kommunale tjenestetilbudet – trengs primært en betydelig opprusting av personellressurser. Vårt forslag er å starte med

helsesøsterstillingene, all den tid helsesøstre har den den tettteste oppfølgingen av og den kunnskapen de fleste av våre barn, unge og foreldre trenger i det daglige. Videre bør det opprettes et nasjonalt (aller helst regionale) kompetansemiljø for denne tjenesten. LaH NSF leverte allerede i 2009 en tverrfaglig utarbeidet planskisse for et kompetansesenter. Både departementet og KS har fått presentert den kompetansen helsesøstre innehar, og hvordan den kan og skal utnyttes til beste for barn, ungdom og foreldre. Vi har presentert gode eksempler på samarbeid og fagutvikling i tjenesten. Alt dette håper vi departementet og KS vil ta med seg når innretningen av midlene skal diskuteres.

180 millioner er mange penger. Allikevel – da jeg noen dager etter lanseringen av midlene leste i Dagens Næringsliv om 62 milliarder til det norske kampflyprogrammet, midler som skal gå til både fly, teknisk utstyr, trening, tjenester og simulatorer, framstod summen ganske beskjeden. Det avstedkom noen refleksjoner rundt hva som anses som viktig og hva som prioriteres. Selvfølgelig er det nødvendig å kunne forsvare vårt land, å forebygge krig. Vi vil aldri kreve – eller få – 62 milliarder til vår tjeneste. Selv 1 milliard ville kunne gjøre underverker i forsvaret av barn og unge, i vår kamp for å bedre helse- og oppvekstforhold for de som er fremtiden. La oss tro på helseministeren når han sier at de 180 millionene kun er en start på en mangeårig satsing. Vi vil følge nøye med på at midlene blir brukt slik intensjonen er; å gjøre helsestasjons- og skolehelse-tjenesten til et virkelig flaggskip.

Med ønske om en god sommer til alle våre lesere.

Astrid E. 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

NESTE UTGAVE: 17. oktober 2013

REDAKSJONSKOMITÉ:

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

Monica Ørland
Ingrid Hindal
Ingrid Oma Langeland
Greta Hagen Vika
Grethe Svendsen Groven
Karin Løken
Kirsti Bryne Rykkje

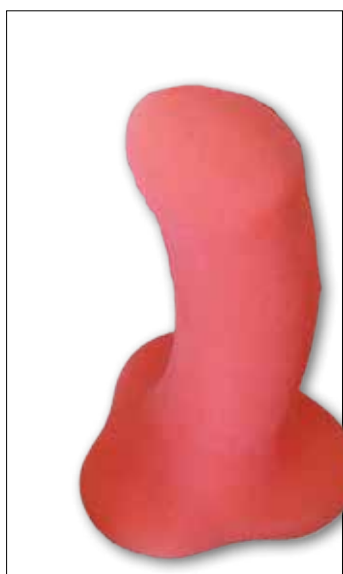


52 GOD NATT: Søvnkurs gir resultater.

«Ein kan ikkje ha ansvar for noko ein ikkje har myndigheit over.»

Lederstafetten side 20

66 **MATVANER:** Spiseteam hjelper foreldre og barn.



14 **SEX:** Nytt opplegg for seksualundervisning.

Innhold

NR.2-2013

3	LEDER: Astrid Grydeland Ersvik
8	Til kamp mot anabole steroider
14	Med sex på timeplanen
22	Nytt samtaleverktøy om kosthold og fysisk aktivitet
24	Styrk mobbeofferets selvbilde med LØFT
34	Hva er Velo-cardio-facial-syndrom?
40	Bedre oversikt med registrering på data
44	Alternativer til medisiner ved atferdsdiagnoser
47	LaHs styre og lokale faggruppelidere
48	Synstesting av barn
51	Jeg har en drøm
52	Søvnkurs gir resultater
56	Smarttelefoner stjeler foreldretid fra barna
60	Enkoprese - mer enn toalettvaner og myk avføring
66	Familier får hjelp av spiseteam
72	Helsesøsterkongressen i Tromsø
FASTE SPALTER	
6	Smånytt
18	Aktuelle bøker
20	LEDERSTAFETTEN: Bjørghild Underhaug
32	TILBAKEBLIKK: Barnesanatoriet på Grefsen

Ny idéportal



I mars ble Haukeland universitetssjukehus sin nye idéportal «Idémot-taket» lansert. Portalen har som mål å samle flest mulig gode ideer. Både ansatte, pasienter og pårørende kan komme med innspill på internett til hvordan tjenestene ved sykehuset kan bli bedre.

Kilde: helse-bergen.no

Kan kolikk varsle migrene?

Det kan være en sammenheng mellom kolikk og migrene, viser en fransk-italiensk studie. Forskerne tok for seg 208 barn i alderen 6 til 18 år som er plaget av migrene. De fant at 76 prosent hadde hatt kolikk som babyer. Studien gir ikke endelig svar på om det er en sammenheng, men forskerne mener at de er på sporet av noe og at det bør forskes mer på dette.



Kilde: Forskning.no

SMÅNYTT

Mange med ADHD har angst

En tredel av førskolebarn med ADHD viser symptomer på angst. Sårbarheten for angst begynner allerede i 3-års alderen, viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet. Blant barna i undersøkelsen var symptomer på ADHD og på

angst uavhengige av hverandre, men funnene indikerer økt risiko for sameksisterende angstproblemer blant barn med mye ADHD-symptomer.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

«Latter er et beroligende middel uten bivirkninger.» *Arnold H. Glasow*



Dans gir bedre psykisk helse

Dans forbedrer den psykiske helsen til jenter, ifølge en svensk studie. I studien fikk 59 jenter mellom 13 og 18 år med angst, depresjon og psykosomatiske smerter tilbud om dansetrening to ganger i uken i åtte måneder. Det resulterte i reduserte symptomer, sammenlignet med en kontrollgruppe på 53 jenter med de samme symptomene. Samtlige jenter hadde oppsøkt helsesøster med plagene sine, før de fikk tilbud om trening.

Dansetreningen la vekt på gleden ved å bevege seg, ikke på prestasjoner. Ett år etter

at dansetreningen var avsluttet, opplevd 45 prosent av jentene forbedret generell helse. I kontrollgruppen hadde selvpoplevd helse blitt forbedret med sju prosent.

Funnene kommer fra en studie ledet av Anna Duberg, fysioterapeut ved Universitetssykehuset i Örebro og doktorgradstudent ved Örebro Universitet. Hennes konklusjon er at dans kan brukes til å hjelpe tenåringsjenter med psykiske og psykosomatiske lidelser.

Kilde: Forskning & framsteg/fof.se

Ikke flere overvektige

Om lag 16 prosent av tredjeklassingene er overvektige, det vil si cirka hver sjettede åtteåring. Det viser nye resultater fra Barnevekststudien ved Folkehelseinstituttet. Blant jentene er 18 prosent overvektige, og blant guttene er 14 prosent overvektige. Tallene for 2008 og 2012 er nokså like. Det er derfor ingen tendens til at andelen med overvekt går opp, verken hos gutter eller jenter, ifølge Folkehelseinstituttet.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

Skal kartlegge epilepsi

Om lag 700 foreldre til barn med epilepsi vil i løpet av året bli invitert til å delta i Barneepilepsistudien. Studien ønsker å inkludere alle barn i Folkehelseinstituttets mor og barn-undersøkelse (MoBa), som har eller har hatt en epilepsidiagnose. Formålet med studien er blant annet å kartlegge forekomst av og finne risikofaktorer for epilepsi i barnealder.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Halvparten skulker

Annenhver elev i videregående skole har skulket i løpet av de siste tre månedene, og hver fjerde elev har løyet på seg sykdom for å få gyldig fravær. Det viser en undersøkelse blant 6000 elever ved 23 videregående skoler i norske 13 fylker, gjennomført av forskere ved NTNU og SINTEF.

Kilde: Aftenposten.



Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Kreftsyke skjerner barna

Bare 14 prosent av kreftpasientene må kutte ned på utgiftene til barnas fritidsaktiviteter på grunn av kreften, viser en norsk undersøkelse der nesten 400 kreftpasienter deltok. De som må redusere utgiftene til aktiviteter og gaver til barna, er i første rekke familier som i utgangspunktet har dårlig råd på grunn av arbeidsledighet eller fordi forelderen er eneforsørger.

Kilde: Forskning.no



Én av tre er alvorlig stressa

En tredjedel av svenske 16-åringar er alvorlig stressa, viser en kartlegging fra Stockholms universitet. Åtte prosent av elevene hadde så omfattende problemer at det i en klinisk situasjon med voksne ville fått diagnosen utbrent. Spesielt ille var problemene blant jenter. Mens én av fem gutter slet med stress i undersøkelsen, fortalte nesten halvparten av jentene om det samme. De som deltok i undersøkelsen var elever ved såkalte eliteskoler, og det kan ha påvirket resultatet, ifølge forsker Karin Schraml.

Kilde: Forskning.no



«Gutter kan oppleve det som vanskelig å være tynn.»



UHELDIG TRENING: Noen gutter blir fristet til å bruke anabole steroider for å få større muskler. I Haugesund jobber nå Helsestasjon for ungdom med å spre kunnskap om skadevirkningene, for å forhindre at flere bruker slike midler. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Til kamp mot anabole steroider

I Haugesund har vi kartlagt treningsvaner og bruk av anabole steroider blant gutter og satt i gang forebyggende tiltak. Vi tilbyr også guttene egne trefftider på Helsestasjon for ungdom.

Haugesund har vi i prosjektet «Gutter mot anabole steroider» satt oss som mål å styrke kunnskaper om trening og kosthold blant gutter 14–17 år for å forebygge bruk av prestasjonsfremmende midler. Forankring av tiltaket ligger i kommunens russatsing med midler fra Helsedirektoratet. Selve prosjektet er forankret på Helsestasjon for ungdom, HFU.

Bakgrunnen for prosjektet er en prosess som har bygget seg opp over tid. Kommunen har fått forespørsel om tiltak rettet mot bruk av anabole androgene steroider (AAS). Ansatte i kommunen var usikre på hvor de skulle henvise til ved spørsmål om AAS. En så behov for tiltak og opplysning omkring bruk av AAS både for brukere og pårørende av brukere. Media har også satt sitt søkelys på problematikken og utfordret kommunen på å tydeliggjøre hvilke tiltak som settes inn for å hjelpe målgruppen.

Prosjektperioden varte fra november 2012 til mai 2013. Prosjektet har to ansatte, en helsesøster i 40 prosent stilling og en spesialsykepleier i 40 prosent stilling. Vi har også hatt samarbeid med mannlig lege på Guttedag.

Det er gjort lite studier på hvilke tiltak som gir best effekt i forebygging av AAS bruk blant unge gutter. Det er behov for undervisningsopplegg om AAS i skolen og kompetanseheving blant ansatte som jobber med ungdom (Uteseksjonen Stavanger, 2012). Unge gutter står ovenfor mange utfordringer og valg som kan påvirke deres nåværende helse og gi store konsekvenser for deres fremtidige helse. Dagens formidling av kroppsidealer til unge gutter er sterkt preget av sosiale og tabloide medier.

De retusjerte bildene er medieskapt og presenterer et kroppsideal som er uoppnåelig for de fleste. For gutter kan det oppleves som vanskelig å være tynn, og eventuelle kompleks for dette kan føre til bruk av skadelige metoder for å øke muskler og kroppsstørrelse (Barland, Johannesen og Tangen, 2010). Gjennom prosjektarbeidet ønsker vi å nå ut til målgruppen og bidra med å utvikle et positivt kroppsbilde samtidig som vi gir nøktern informasjon om risiko ved bruk av AAS. Ved å bidra til å styrke bevissthet og kunnskaper om trening og kosthold blant gutter 14–17 år kan vi forebygge bruk av AAS.

Del 1 av prosjektet består av 18 egenkomponerte spørsmål som inngår i spørreundersøkelsen Ungdata. Spørsmålene omfatter temaer som trening, kosthold og prestasjonsfremmende midler.

Del 2 av prosjektet består av forebyggende tiltak: informasjonskampanjer, undervisning i skolene, samarbeid med treningsentre og tilgjengelighet på HFU.

Kartlegging

Ungdata er et resultat av et faglig samarbeid mellom NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring), KoRus Vest Stavanger (kompetansesenter rus) og Kommunesektorens organisasjon (KS). Undersøkelsen er et kvalitetssikret system for gjennomføring av lokale spørreskjema undersøkelser blant elever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring. Kartleggingen av den lokale oppvekst-situasjonen er godt egnet som grunnlag for kommunalt plan- og utviklingsarbeid knyttet til folkehelse og forebyggende arbeid overfor ungdom. Alle elever på ungdomstrinn og på videregående skoler ble bedt



Av Espen Grunnaleite, spesialsykepleier, Haugesund kommune, rusteamet



Av Liv Siiri Hoika, helsesøster Haugesund kommune



Av Eirik Røthing Simonsen, lege Guttedag, Haugesund kommune

om å delta. Gjennom de egenkomponerte spørsmålene i Ungdata ønsker vi å kartlegge omfang av AAS bruk i målgruppa, og undersøke treningsvaner og motivasjon. Resultater fra undersøkelsen er i dag ikke analysert.

Forebygging

Utgangspunktet for utarbeidelse av våre tiltak er handlingsplanen utarbeidet av Uteseksjonen i Stavanger etter deres kartlegging i 2011/2012. Informanter i denne kartleggingen besto av både brukere av AAS, hjelpeinstanser for ungdom, treningsentre og pårørende til AAS brukere. Å øke kunnskapsnivå om AAS bruk blant ungdom, dem som jobber med ungdom og foreldre er noen forebyggende tiltak som foreslås (Uteseksjonen Stavanger, 2012). Foruten prosjektet er det ikke satt av andre økonomiske midler i Hauge-sund kommune. Vi ser derfor behov for forebyggende tiltak som kan implementeres i allerede etablert drift med de rammer en vanligvis har til rådighet.

Samarbeid med treningsentre

Ved å invitere treningsentrene til samarbeid, tilby undervisning på skolene og gjøre helsetilbudet til gutter på HFU bedre kjent ønsker vi å styrke nettverket rundt målgruppen. Gjennom dette samarbeidet har vi inngått en avtale med fire av fem sentre om en felles holdningskampanje om nulltoleranse til prestasjonsfremmende midler. Hvert av sentrene

«Vi har nulltoleranse for doping - vi står sammen!»

stiller med en kontaktperson som inngår i nettverks-samarbeidet vi har initiert. Tilbakemeldinger fra sentrene viser en tendens blant enkelte kunder: de melder seg inn i et nytt senter om de blir bortvist på grunn av uønsket atferd eller bruk av AAS.

Det er utarbeidet en felles uttalelse som er flettet inn i kundekontraktene slik at vi får samme praksis på treningsentrene i Haugesund og dermed også en mer forutsigbar praksis. De nye vilkårene som skal implementeres er som følger:

1. Sentrene skal kunne utvise kunder med uønsket/bekymringsfull atferd.
2. Sentrene som samarbeider kan utveksle informasjon om kundene som er utvist.

Disse vilkårene kan gjøre det lettere for sentrene å få oversikt over hvilke medlemmer som ikke forholder

seg til vilkårene og dermed kunne tilby dem hjelp og veiledning i et større nettverkssamarbeid. Ved tidligere praksis har man ekskludert medlemmet uten videre oppfølging da man ikke har hatt andre alternative tiltak. Målet med et nettverkssamarbeid og kontaktpersoner er å knytte sentrene opp mot HFU slik at de kan formidle kontakt. Om en gutt har fått utfordringer relatert til AAS og dette fører til at vedkommende blir utestengt, kan senteret henvise til HFU. Vi kan tilby guttene samtale med lege, og ved behov henvise videre. Treningsentrene har informasjonsplakater om Guttedag/ HFU og henviser ungdom som har behov. Treningsentrene har en kontaktperson vi kan bruke ved behov og ungdom vi treffer på HFU eller på skole kan ta kontakt med de aktuelle kontaktpersonene på senteret de trener. Skoler kan også ta kontakt med HFU eller kontaktpersoner på treningsentrene dersom utfordringer eller trender om kropp og trening viser seg i skolemiljø. Treningsentre som samarbeider viser sine holdninger på vår nettside Guttedag.no: «Vi har nulltoleranse for doping- vi står sammen!»

Undervisning på skolene

Vi har satt oss et mål om å tilrettelegge en undervisningspakke til gutter i målgruppen om sammenhengen mellom kroppsbygge, trening og kosthold som kan benyttes i skolen. Undervisningen på skolene har vært lagt opp i samarbeid med kroppsøvingslærere og sosiallærere på de ulike skolene, og skolene har valgt ulike varianter: En skole har valgt undervisning til bredden (både gutter og jenter 1. trinn), en skole har valgt målrettet helseopplysning til gutter som trener og en skole har valgt samtalegruppe for gutter over tid.

Mannlig lege på Guttedag HFU har hatt en sentral rolle når det gjelder helseopplysning og har hatt positiv erfaring med å være i kontakt med skolene. Videre framover ser vi mulighet for tettere samarbeid mellom skole og legen på Guttedag når det gjelder guttehelse.

Guttegruppe på ungdomsskolen

Vi har drevet en samtalegruppe med tema om guttehelse for gutter i 10. klasse.

Gruppen ledes av 2 menn, sosiallærer på skolen og spesialsykepleier prosjektansatt i Haugesund kommune. Vi ønsker å se om gruppen kan fungere informativt og kunnskapsbyggende om riktig kroppsbygge, trening, kosthold og muskelbygging? Kan gruppen ha en preventiv virkning, forebygge



REKLAMEKAMPANJE: Plakater med informasjon om at det tilbys trefftider bare for gutter ved Helsestasjon for ungdom er hengt opp på treningssentre, skoler og andre steder i Haugesund.

bruk av prestasjonsfremmende midler og være med på å øke bevisstheten om eget potensial og egne ressurser blant guttene?

Samtalegruppen er av og for gutter. Den skal være med å gi gutter økt bevissthet omkring egne valg, økt mestringsfølelse og selvtillit som gutt i hverdagen. Det skal være et sted hvor man kan diskutere ulike emner og problemstillinger gutter er opptatt av – sammen med andre gutter og mannlige gruppeledere. Gruppen er eksklusiv og skal gi muligheten til å kjenne på tilhørighet. Gruppen skal være ett forum hvor gutter kan få hjelp til å se konsekvensene av de valg man tar i ulike situasjoner. Evaluering er ikke gjort fordi gruppa ikke er avsluttet.

Øke kunnskap om AAS blant ansatte

Prosjektdeltakere og andre ansatte på HFU har deltatt på kurs og nettverkssamlinger om AAS bruk. I prosjektperioden har prosjektansatte satt seg inn i tema ved å lese litteratur og tilgjengelige rapporter, artikler og undersøkelser gjort fra 2008 og fram til i dag. Rutiner omkring samtaler med ungdom er gjennomgått på ny sammen med andre ansatte på HFU, og vi har reflektert omkring holdninger og

etikk ved hjelp av case og rollespill. Det er satt av tid til internundervisning etter prosjektperioden der ansatte i helseøstertjenesten inviteres inn.

Øke kunnskap om AAS hos pårørende

HFU mottar telefoner fra pårørende som er bekymret. Lege på guttedag har gitt informasjon etter behov, og kan henvise videre til behandling. Dersom pårørende ønsker oppfølging over tid henvises de til Veiledningssenteret for pårørende i Haugesund. Prosjektet foreslår som tiltak videre at det settes av midler til informasjon til foreldre i målgruppa.

Nettsider

Offentlige nettsider er informative, men inneholder informasjon om mange forskjellige tjenester og det kan være vanskelig å orientere seg. For å nå målgruppen med nyttig informasjon er det nødvendig å gjøre nettsidene til HFU og Guttedag mer brukervennlige og tilgjengelige. Nettsidene må være mer attraktive og tilbudet må være tilpasset målgruppen. Vi fikk kjøpt et eget domene guttedag.no som loser brukeren direkte inn på egen nettside med faktabokser. Siden er oppdatert på informasjon

og oppgradert på funksjon. Brukeren kan klikke seg inn på faktabokser med forskjellige tema med informasjon og gode linker til andre opplysningssider. Snart kan guttene også laste ned guttedag.no applikasjon «app» på smarttelefon med samme faktainformasjon som på nettsiden.

Reklamekampanje

Vi fikk laget en reklamekampanje bestående av forskjellige plakater med aktuelle temaer rundt guttehelsetilbudet som plasseres på sentrale steder i Haugesund. De henger blant annet på treningssentre, i idrettshaller og på skoler. Plakatene er iøynefallende med kort og informativ tekst. Det ble innkalt til pressekonferanse der lokale medier fikk invitasjon og både radio og tv lagde reportasjer med intervjuer om prosjektet og Guttedag på HFU

Guttedag

Guttedag i Haugesund ble etablert i 2008 med midler fra HelseDirektoratet og abortforebyggende tiltak. Tall fra HFU viste at det hovedsakelig var jenter som benyttet helsetilbudet. Det er en forsøksordning som har vist stigende besøkstall etter oppstarten. Målet med Guttedag er å senke terskelen for å søke helsehjelp for guttene, slik at flere gutter bruker tilbudet på HFU. Tallene fra 2012 viste at det var 95 prosent jenter som besøkte helsestasjonen. Jenter bruker dette tilbudet i mye større grad enn gutter, blant annet fordi helsestasjonen for eksempel skriver resept på subsidiert prevensjon. Jenter kommer også flere sammen, mens gutter oftere kommer alene. Legen erfarer at gutter gjerne kan komme sammen for å ta en klamydiatest, men dersom de har andre, mer alvorlige spørsmål – da kommer de alene. Guttedagen er skapt for å gi disse guttene et tilbud – uten at de trenger å være redd for å møte venninner på venterommet. Onsdager klokken 14–16 er det Guttedag og jenter har ingen adgang. Guttedag er bemannet med helsesøster og mannlig lege, og i prosjektperioden også en mannlig spesialsykepleier. Tallene viser at de fleste som kommer på Guttedagen, kommer for å teste seg for klamydia. Guttene kommer også med spørsmål om kropp, om vanlige plager og for samtaler om psykiske plager. Vi har anledning til å gi time til psykolog ansatt på HFU.

Som lavterskeltilbud har Guttedagen også blitt benyttet flere ganger der det har vært konflikter mellom pasient og fastlege. Det har vært behov for akuttinnleggelse på psykiatrik og vi har fått tilbakemeldinger ved flere av disse konsultasjonene av svært takknemlige pasienter.

Målsetting er at alle gutter kan komme – med alle mulige spørsmål. Likevel har vi valgt å be guttene om å oppsøke fastlege for å få hjelp til enkelte medisinske behov. Dette er for å skille mellom våre og fastlegenes oppgaver (rett oppfølging), samt forhindre misbruk av tilbudet.

Guttedag er nå godt kjent i Haugesund etter godt og



langsiktig informasjonsarbeid fra HFU og stabil drift i snart 5 år. Kommunen har også hjulpet med midler til en informasjonskampanje. Dette har gjort at vi nå brukes i stadig større grad – og vi ser hver uke at det er behov for tilbudet.

Avslutning

Den nye ruspolitiske handlingsplanen understreker viktigheten av å styrke kompetanse om dopingmidler, behandling og forebygging (Meld. St. 30 2011-2012). HFU er et lavterskel helsetilbud til ungdom, og behandling av AAS problematikk hører til i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke hensiktsmessig at ansatte på HFU skal opparbeide seg spisskompetanse på doping, men heller øke kunnskapsnivået og vurdere hvordan man kan bruke allerede etablerte tiltak og treffpunkter til forebyggende arbeid. Med våre tiltak håper vi å være mer tilgjengelige for målgruppen og gjøre terskelen lavere for gutter generelt slik at flere tar kontakt og bruker HFU. ■

Referanser:

1. Bartland, B., Johannesen, C.A og Tangen, J.O (2010): Doping, muskler, mestring og mening. En kvalitativ studie av unge menns bruk av muskelbyggende medikamenter. PHS forskning 2010:6. PolitiHøgskolen, Oslo
2. Meld. St. 30 (2011-2012): Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika-doping. Hentet fra:
3. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012.html?id=686014>
4. Uteseksjonen Stavanger (2012): Anabole steroider ungdom. Bruk av androgene-anabole steroider blant gutter 16–20 år i Stavanger. Rapport: Hurtig kartlegging og handling. Uteseksjonen, Stavanger



Med SEX på timeplanen

Helsesøstre i ungdomsskolene i Sandnes har utviklet og tatt i bruk et tverrfaglig undervisningsopplegg om samliv, seksualitet, prevensjon og kjønnssykdommer for 0. trinn.

Av helsesøstrene Hilde Egenæs, Linda Horne Mæland, Margunn Ludvigsen og Marianne Nesbø

Dagens informasjonssamfunn utsetter ungdom for massiv påvirkning om sex. Ungdom henter sin informasjon fra tv-serier som for eksempel Paradis Hotel eller Big Brother, fra bøker, magasiner, internett, filmer og porno. Det som ungdom får presentert i media og på internett er ikke nødvendigvis god informasjon, men det er her ungdom henter kunnskapen sin, og det må vi forholde oss til. Vi ønsker å bidra til at ungdom skal få saklig informasjon, vi vil være med å sortere noe av informasjonsstrømmen, og gi dem kunnskap de kan stole på. Derfor har vi utviklet et undervisningsopplegg som har et godt faglig innhold og som er gjennomsyret av verdien av å ta vare på seg selv, sin egen seksuelle helse, og hverandre.

I læreplanen for grunnskolen finner vi flere kompetansemål som omhandler temaet seksualitet. På 10. trinn skal elevene «drøfte problemstillinger knyttet til seksualitet, ulik seksuell orientering, prevensjon, abort og seksuell overførbare infeksjoner.» (Utdanningsdirektoratet 2009). I Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet 2004) er det også tatt utgangspunkt i Læreplanverket og at et tett samarbeid mellom skole og helsestasjonstjenesten er nødvendig for å jobbe forebyggende. I henhold til det anbefalte programmet skal skolehelsetjenesten tilby helseopplysning om forplantningslære, prevensjon, seksuell helse og legning og seksuelt overførbare infeksjoner på ungdomsskolen.

I Helsedirektoratets handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort (Helsedirekto-

ratet 2010) framheves det at ungdom og unge voksne må ha god kunnskap og handlingskompetanse for å kunne ta bevisste valg i seksuelle situasjoner.

Hva gjorde vi?

Helsesøster hadde tidligere undervisningen alene om seksualitet og prevensjon på sin ungdomsskole. Dette kunne være en utfordring, særlig om man var ny i skolehelsetjenesten, og ikke alle følte seg komfortable med å drive «sånn» undervisning. Som det er nå, er det helsesøstre med spesiell interesse, og entusiasme for temaet, som underviser i faget. En idé om et samarbeidsprosjekt mellom flere aktører ble «sådd» i 2007, og en plan for en felles temadag for 10. trinn på alle ungdomsskolene i Sandnes kommune ble lansert.

Hvordan gjør vi det?

Ved å tilby ungdommene en hel skoledag med tema seksualitet og samliv, oppnår vi at elevene får undervisning i flere av kompetansemålene fra læreplanen på en dag. I 2008 starter vi med temadag for 10. trinn på to ungdomsskoler i kommunen. Oppmuntret av positiv evaluering fra lærere og elever har vi siden da tilbudt alle ungdomsskoler i Sandnes temadagen. Nå tar alle offentlige ungdomsskoler imot dette tilbudet og har gjort det til en del av sin undervisningsplan.

Det er nødvendig med et tett samarbeid med skolen, om innholdet og om den praktiske gjennomføring av dagen. Skolene forsøker også å ha fokus på seksualitet og samliv i tiden rundt temadagen i de aktuelle fagene; naturfag, RLE, samfunnsfag,



PREVENSJON: Elevene lærer at kondom er det eneste prevensjonsmiddelet som beskytter både mot sykdommer og graviditet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

kroppsoving og norsk. Helsesøstrene har ansvar for å invitere representanter fra de ulike fagområdene og i samarbeid med dem planlegge innholdet som skal presenteres for elevene.

Dagene blir delt opp i seks bolker, med korte pauser mellom, kun lenge nok til at elevene får trekke frisk luft og bevege seg til neste klasserom. Det er lagt inn en lengre spisepause midt på dagen. Hver foreleser får et klasserom å forholde seg til. Klassene starter i hvert sitt klasserom og ruller deretter inntil de har vært innom alle seks temaene på timeplanen. Det er lagt opp til undervisning, diskusjon, refleksjon og øvelser.

Vi har med oss representanter fra LLH (landsforening for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner), Amatheia og forebyggende avsnitt hos politiet og barnevern. Sammen med skolelege og to helsesøstre er de ansvarlige for det faglige innholdet denne

«Vi vil gi dem kunnskap de kan stole på.»

dagen. Det kreves en stor samarbeidsvilje og innsats fra alle involverte, å stille på sju temadager i løpet av sju uker hver høst.

SEX

Sex på timeplanen

Timeplan:

1. time Kroppens anatomi og fysiologi når du er 15/16år (skolelegen)
2. time Seksualitet og sex (helsesøster)
3. time Seksualitet og seksuell legning (LLH)
4. time Kondomskole og prevensjon (helsesøster)
5. time Sett dine egne grenser, også på nettet! (Politi/barnevern)
6. time Å bli gravid uten at det er planlagt, film og refleksjoner (Amathea)

Skolelege

Skolelegen underviser om pubertetsutvikling, normalvariasjon på kjønnsorganer og seksuelt overførbare infeksjoner (SOI). Klamydia er den kjønnssykdommen som flest ungdom er kjent med. Undervisningen gir kunnskap om smittemåter, beskyttelse, hvordan og hvor man kan sjekke om man er smittet. Elevene har mange spørsmål som legen svarer på.

Seksualitet og sex

Hva er seksualitet? Det handler om lyst og glede over egen kropp, følelser og forelskelse. Fast følge. Respekt. Likeverd. Vi framholder at seksualitet er mer enn bare sex. Seksualiteten har vi med oss inn

«Kondomskole og kysseskole har vært praktisk, nyttig og morsomt.»

i livet, mens debut alderen for sex er noe annet. Vi ønsker å gi ungdom en seksualpositiv holdning, med kunnskap og innsikt til å sette egne grenser. Vi oppfordrer ungdommen til å bli kjent med sin egen kropp, finne ut hva som er godt og hva som ikke er godt. Gutter og jenter er svært forskjellige når det gjelder tenning, det er noe vi ønsker å formidle til begge kjønn. At der hvor guttene trenger en brøkdell av et sekund på å «være klar», så trenger jenter 15–20 minutter med «oppvarming» for å være på tilsvarende nivå. Det er viktig for et senere godt sexliv, å ha lyst nok, å være tent nok.

Vi snakker om å dyrke forelskelsen, nyte samværet, tosomheten, det første samleiet,

TIL KONDOM: Silikonpenis som elevene bruker når de skal lære å tre på kondom.

hvilke forventninger har ungdommen?

Sex er noe privat – ikke noe en deler med andre i det offentlige rom. En skal sette egne grenser og ikke la andre få bestemme når en skal ha sex. Ifølge Lærerpilplanverket skal elevene få opplæring i god allmenndannelse. Det handler om respekt for andre menneskers grenser. Både å respektere andres grenser og å tolke og forstå at forskjellige personer har forskjellige grenser.

Seksualitet og seksuell legning

Representant fra LLH forteller om hvordan det er å vokse opp som skeiv i Norge i dag. Føle seg annerledes. Elevene får høre eksempler med mobbing, trakassering, vold, utestengning fra idrett osv. Dette berører elevene. De lytter ivrig og får stille spørsmål.

Kondomskole og prevensjon

Elevene får innføring i de ulike prevensjonsmidlene som brukes i dag. Det undervises særlig om kondom, men også om de hormonelle prevensjonsmidlene. Det legges vekt på at kondomet er det eneste prevensjonsmiddelet som beskytter både mot seksuelt overførbare sykdommer og mot graviditet.

Målet med denne skoletimen er å lære elevene om riktig bruk av kondom, og hvordan p-pillen virker. Vi ønsker at de skal kunne ha en opplevelse av sikker sex, som gir utgangspunkt for god sex.

Videre skal ungdommene reflektere rundt spørsmålene: Hvem har ansvar for å bruke prevensjon? Og hva ønsker ungdommen egentlig å beskytte seg mot?

For å gi elevene mulighet til å kjenne på hvordan et kondom er og øve på bruk, har vi kjøpt inn klassesett med flotte røde silikonpeniser. Elevene får utdelt hver sin silikonpenis og flere kondomer. Helsesøster demonstrerer hvordan kondompakken åpnes, kondomet tres på og tas av penis. Det er satt av god tid til praktisk øving for elevene. Dette mener vi er viktig for å gi dem noe erfaring i forkant av at de kan ha behov for kondom.

Sett dine egne grenser

Politiets forebyggende avsnitt og barnevernets oppsøkende tjeneste har delt på å bidra med undervisning i forhold til å få fram hva som er lovlig, og ulovlig seksuell handling. Ungdommen har blitt presentert for «case» fra praksis og blitt utfordret i forhold til å tenke selv og ta viktige valg. Hva er greit og ikke greit i aldersforskjell? Er det greit med jente på 12 (8.kl) og en gutt på 16 (10.kl) Hva med gutt på videregående skole? Hva hvis det var søsteren





HELSEØSTRE: Skolehelsesøstre i ungdomsskolen i Sandnes. Fra venstre: Margunn Ludvigsen, Anne Grete Sand, Linda Horne Mæland, Hilde Egenæs, Magnhild Thomsen og leder Marianne Nesbø. Ikke med på bilde er Agnete Torkildsen.

din? Politiet provoserer og får fram reaksjoner. De får ungdommen til å tenke. Hvorfor har vi seksuell lavalder? Er det bare for å være kjip overfor ungdommen? Eller har den seksuelle (kriminelle) lavalder en funksjon i dag? Hva betyr det for meg? Politiet tar også for seg temaer som incest, pedofili, voldtekt, den uønskete, kriminelle delen av sex.

Barnevernet har hatt størst fokus på å få ungdommene til å reflektere over egne grenser, spesielt på internett.

Amathea

Gravid og usikker? Er ungdom bevisst at man kan bli gravid når man har ubeskyttet sex? Amathea snakker med elevene om det å bli uønsket gravid. Hvilket valg man står overfor, alternativer til abort og om abort. Denne skoletimen brukes til samtaler og refleksjoner. Amathea viser filmen «Et vanskelig valg» (Amathea 2011). Her får ungdommene se og oppleve noe av de valgene som må tas om en blir gravid. Dette gir ungdommene informasjon om hva de selv kan gjøre, og hvor de eventuelt kan søke hjelp.

Veien hit

Helsedirektoratet har delegert ansvar og midler til fylkesmennene for å stimulere kommunenes arbeid med forebygging av uønsket svangerskap og abort (Helsedirektoratet 2010). I 2011 ble vi oppmerksom på denne muligheten til å søke om midler fra fylkesmannen. Vi fikk innvilget 40 000 kroner og bruker pengene til å lønne frivillig representant fra LLH. Pengene er også benyttet til innkjøp av et skolesett med peniser og til litteratur.

Vi har utviklet dette undervisningsopplegget etter tilbakemeldinger og evalueringer fra både lærere og elever. Lærere uttrykker at innholdet i temadagen følger læreplanen som «hånd-i-hanske».

En av de første elevene som deltok på temadagen har senere vært med som representant fra LLH. Flere elever har sagt at undervisningen fra LLH er den viktigste undervisningen de har fått på skolen.

Kondomskole og kysseskole har vært praktisk, nyttig og morsomt. Elevene setter pris på avbrekk som praktisk øving med kondomer. Kysseskolen er mer en gimmick som får fram lattermusklene og avslutter timen med seksualitet. Alle jentene nikker gjenkjennende når «skolen» er ferdig.

Politiet har også mottatt henvendelser etter at de har snakket om incest og overgrep. Elevene har fått informasjon om hvor og hvem de kan kontakte for å fortelle sin historie og få hjelp.

Temadagen i Sandnes er et godt tverrfaglig tilbud om helseopplysning som er positivt evaluert av lærere, elever og helsesøstre. Opplegget for temadagen er i jevn utvikling. Vi tilpasser oss trender og interesser som ungdommene har. Underveis i prosessen har vi ofte tenkt: «Vi kan – vi vil – vi får det til!»

Nøkkelen til en vellykket temadag for 10. trinn ligger i tverrfaglig samarbeid og en overordnet og faglig begrunnet idé om innholdet. Dessuten må du ha tro på at du kan og vil. Mia Børjesson har vært en viktig inspirator med tanke på utforming av innholdet i timen om seksualitet. ■

Referanser:

1. Amathea (:2011). Et vanskelig valg. Hentet 020513 fra: <http://www.ungoggravid.no/video/>
2. Helsedirektoratet (2004). Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon – og skolehelsetjenesten -Veileder til forskrift av 3. april 2003.
3. Helsedirektoratet (2010). IS-1813 – Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010–2015 –strategier for bedre seksuell helse.
4. Utdanningsdirektoratet (2009). Seksualitet og kjønn; et ressurshefte for lærere i grunnskolen. Hentet 270313 fra: http://www.udir.no/Upload/Brosjyrer/5/Udir-Ressurshefte_Seksualitet-dell-2_REV2011.pdf?epslanguage=no

Aktuelle bøker



Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKANMELDELSE

Tittel: **Tankevirus**
Forfatter: **Hanne H. Brorson**
Forlag: **Gyldendal**
Norsk Forlag, 2012
Anmelder: **Karin Løken,**
helsesøster og familieveileder



Tankene er utslagsgivende

Dette var 59 sider som jeg leste fort, og som berørte meg som privatperson og helsesøster. Jeg ble inspirert til å anvende eksemplene fra boka i mitt virke som familieveileder på helsestasjonens familiesenter.

Boken handler om hvordan det psykologiske immunforsvaret jobber for at vi skal få en best mulig psykisk helse. Det starter med en filosofisk betraktning over hvor gode eller dårlige mentale bilder vi lager i forhold til oppmerksomhet og tanker. Det sies at oppmerksomheten er bindeleddet mellom meg og verden. Hva retter jeg oppmerksomheten mot – det positive eller negative? Det triste og farlige? Dersom jeg gjør det siste er det ikke rart jeg blir bekymret. Tankene er utslagsgivende for om vi lager gode eller dårlige mentale bilder.

«Tankevirus er nesten umerkelige mekanismer som angriper måten du tenker på. De infiserte tankene virker ofte troverdige og er mange ganger basert på virkelige hendelser, men de er altfor negative». Et tankevirus kan blant annet være, vær-perfekt-virus, katastrofevirus, tenk-hvis-virus. For å behandle et virus trenger vi psykologiske vitaminer som A, D,E og K.

Vitamin- A skal hjelpe oss til å avsløre om vi kan stole på tanken. Vitamin- D skal hjelpe oss til å diskutere situasjonen. Den kan forstås på tre måter- som positiv, negativ og nøytral. Dersom jeg er av de som tenker negativt trenger jeg hjelp av vitaminene A2 og A3.

Jeg anbefaler boken fordi vi alle trenger vitaminene for å få en best mulig psykisk helse.

BOKANMELDELSE

Tittel: **Tverrfaglig samarbeid i praksis – Til beste for barn og unge i Kommune-Norge**
Forfatter: **Kari Glavin og Bodil Ersdal**
Forlag: **Kommuneforlaget AS, 2013**
Anmelder: **Berit Hamre, leder for helsesøstrene i Madla bydel, Stavanger**



Tidlig og bedre hjelp – hva må til?

Dette er en håndbok om tverrfaglig samarbeid for alle som jobber med barn og unge i kommunene.

Behov for tidlig intervensjon og bedret samarbeid er tydelig uttrykt i samhandlingsreformen som fokuserer på kommunens ansvar for helhetlig tenkning, forebygging og tidlig intervensjon. Boken beskriver hvordan vi kan komme til med hjelp før alvorlige problem utvikler seg. Felles målsetting og siktemål vil lette samarbeidet. Når barna og familien settes i fokus vil profesjonsinteresser komme i bakgrunnen og behovet for samarbeidskompetanse øke.

Utfordringen ligger i hverdagen. Hvordan kan vi bli bedre sammen slik at vi kan gi rett hjelp tidlig? Det forutsetter at vi i mye større grad spiller på lag med barnet og familien. Sitat: «For at barn og unge i fremtiden skal få best mulig oppvekstvilkår og tidligst mulig hjelp, må hver instans ikke bare være opptatt av å nå egne mål, men ha felles målsettinger der barna står i sentrum. Foreldrene er viktige samarbeidspartnere, og deres medvirkning er helt avgjørende for å lykkes.» Her ligger et stort forbedringspotensial. For å kunne gi rett hjelp tidlig, må ulike profesjoner samarbeide og gi fleksible løsninger til dem som trenger det.

Boken gir eksempler på samarbeidsformer og prosjekter som virker. Den er skrevet av to helsesøstre med mye kunnskap og erfaring. Det gir boken tyngde. Jeg håper mange leser boken, og får ny innsikt og inspirasjon til samarbeid til beste for barn og unge!

«Å dra nytte av gode råd krever større visdom enn å gi dem.»

John Churton Collins

BOKANMELDELSE

Tittel: **Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester**

Forfattere: Tom Eide, professor ved Fakultet for helsevitenskap og Senter for etikk og samfunn ved Høgskolen i Buskerud og Einar Aadland, dosent ved Diakonhjemmet Høgskole.

Forlag: Kommuneforlaget AS
Anmelder: Linda Øye, helsesøster



Etikk i helse- og omsorgssektoren

Ansatte i helse- og omsorgstjenestene står daglig oppe i mange vanskelige situasjoner og problemstillinger. Å vise åpenhet, respekt og omsorg krever etisk klokkskap og et bevisst forhold til egne verdier og holdninger.

Etikkhåndboka presenterer en rekke forslag til hvordan en kan utvikle kompetanse i praktisk etikk både individuelt og i organisasjonene som helhet. Den ser blant annet på hvordan man kan ivareta brukernes integritet, verdighet og behov for trygghet, hvordan man kan utvikle en god organisasjonskultur og hvordan man kan skape dialog på tvers av fag. Det er ingen lærebok i etikk som fag, men en håndbok i hvordan man kan arbeide praktisk med å bygge opp etisk kompetanse, øke etisk sensitivitet og heve den etiske kvaliteten i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Boka er illustrert med praktiske eksempler på etiske problemstillinger.

Boka presenterer en rekke tiltak og metoder for etikkarbeid. Er tiden knapp og ressursene få så trenger en ikke nødvendigvis planlegge å gjennomføre etikkprosjekter, men en kan danne refleksjonsgrupper på arbeidsplassen som vil kunne øke den enkelte medarbeiders kompetanse og bevissthet rundt etiske dilemmaer. I dette arbeidet vil det være viktig å ha forankring til ledelsen.

BOKANMELDELSE

Tittel: **Det blå rommet**
Forfatter: Susan Henderson
Forlag: Juritzen forlag
Anmelder: Ingrid Hindal, helsesøster Madla helsestasjon, Stavanger



Viktig supplement til fagbøker

Det blå rommet er en roman om sju år gamle Tillie, hennes hardt arbeidende far, pliktoppfyllende storebror og psykisk syke mamma. Boken omhandler ett år fullt av skjellsettende opplevelser i Tillies liv. Bokens begynnelse, midtre del og avslutning skildrer et fødselsforløp der Tillies første barn kommer til verden.

Boken beskriver en dysfunksjonell familie i stor krise. Fars karriere blir styrende for de valgene som tas. Mors sviktende psykiske helse blir neglisjert. Barnas følelsesmessige reaksjoner blir oversett. Fars jobb krever at familien må flytte til Washington. Når Tillie kommer til sitt nye hjem, er ikke moren der. Faren har ingen forklaring på hvor hun har tatt veien og Tillie begynner å lete etter moren.

Forfatterens grep, der hun lar jeg-personen ha fortellerstemmen, gir en nærhet til handlingen. Forfatteren evner å fange leserens nysgjerrighet, samtidig som leseren kan kjenne på den fysiske, og ikke minst den psykiske smerten til Tillie. På overflaten er det mye kulde og fravær av anerkjennelse fra fars side. Samtidig formidler Tillies stemme den enorme lojaliteten barn har til sine foreldre.

Romanen kan være en viktig lærebok for helsesøstre. Fortellingen skildrer barn i risiko – de barna helsesøstre skal identifisere og tilby rett hjelp tidlig. Romanen kan være et viktig supplement til fagbøker som «Sveket» (Kari Killén) eller «Barn i risiko» (Øyvind Kvello). I fagbøker blir vi ofte presentert for lister over for eksempel risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer. «Det blå rommet» tar leseren inn i barnets univers. Leseren blir sensitivisert og det er umulig å forholde seg likegyldig til det barnet opplever.

Vi blir også minnet på hvor sårbar en fødsende og deretter en nybakt mor kan være.

Jeg håper helsesøstre vil lese boken og at leseropplevelsen vil stimulere til å forene fagkunnskap med evnen til å forstå barnets perspektiv. Med en slik evne og innstilling mener jeg en helsesøster kan utføre rollen som advokat for et barn på en god måte.

Leder på liksom?

LEDERSTAFETTEN

For ledere på alle nivå i helsestasjon og skulehelseteneste synes det å vera manglande samsvar mellom delegert ansvar og delegert myndigheit. Det skal likevel meir til enn gode rammer og tilstrekkelig handlingsrom for å vera ein god leder.

Enhetsleder, seksjonsleder, ledende helsesøster, fagleder, administrativ leder og koordinator. Mange er tittlane som skal beskrive ulike former for ansvar og myndigheit i helsestasjon og skulehelsetenesta. Eller skal dei ikkje det? Er det heller slik at ein søker å finne benevnelser som gir skinn av delegert myndigheit for å oppfylle lovkrav om ledelse av eige fag eller delegert ansvar til ulike områder? Som har som funksjon å gi inntrykk av tildelt ansvar og myndigheit, mens det i realiteten ikkje følger myndigheit med ansvaret? Kreative benevnelser som flytter ansvar utan å flytte myndigheit? Som reknar med at ansvarsbevisste helsesøstre gjer jobben utan å kreve formell og reell innverknad.

Uklart handlingsrom for ledelse

I ein stillingsannonse for leder i helsestasjonstenesta søkes det etter fagsjef som skal ha «ansvar for personalforvaltning».

«Ei slik høvdingrolle må skapast.»

Andre ledere har «delegert personalansvar». I ein kommune søkes etter ledende helsesøster for helsestasjon og skulehelsetenesta med helsesjef som næraste overordna. Andre stader er helsestasjon og skulehelsetenesta organisert som del av eit stort kommunalt tverrfaglig team. Kva betyr dette for utøvinga av ledelse i praksis? Har du som leder i helsestasjon og skulehelsetenesta ansvar for tenestetilbud, personal og økonomi, eller har du ikkje? Er det du som har medarbeidersamtaler, som kan bruke skjønn i tillegg til personalreglement, ja-

som leder avdelinga di og rapporterer til sjefen om status? Som ikkje bare er talerøyr opp og ned i organisasjonen, men som har myndigheit til å beslutte?

Eller har du bare littegranne delegert ansvar? Du skriv årsrapport, set opp ferielister, skriv under på eigenmeldingar. Er det slik at du på dei fleste spørsmål frå medarbeidere ikkje kan svare men må ta det opp med sjefen din? At når du leder eit prosjekt ikkje kan beslutte?

Er tittlar som fagkoordinator eller administrativ leder ein måte å unngå å gi formelt ansvar samtidig som ein i praksis flytter over ansvaret? Korleis kan ein ha faglig ansvar og ansvar for forsvarlig drift utan å ha myndigheit til å lede? Dersom handlingsrommet vert for lite, er du redusert til å administrere.

Å avklare kva ein har ansvar for, og myndigheit til, er nødvendig for å kunne gjera ein god jobb og for å kunne trives i lederjobben. Sunn fornuft tilseier at

ein kan ikkje ha ansvar for noko ein ikkje har myndigheit over. Det vert slik ei utfordring å avklare kva som i realiteten er delegert.

Våger du å lede?

Vil du vera leder må du utnytte handlingsrommet du har, og arbeide for å utvide dette om det er for trøngt til å utøve reell ledelse.

Tannenbaum, Weshler & Masaryk (1961) definerer ledelse som følger; «Lederskap er en mellommenneskelig påvirkning, utøvet i en situasjon, og rettet

mot gjennom kommunikasjonsprosessen oppnåelse av et eller flere spesifiserte mål» (Eriksen 1999: 134).

Det er slik ikkje bare handlingsrommet du er gitt som avgjer kor god leder du er. Like mykje er det å våge å satse på eiga overbevisning. Å ha kunnskap om myndighetsføringer og kva som er god praksis. Å stå for noko, å argumentere for og å skjære gjennom ved behov. Om du ikkje har ambisjoner på vegne av tenesta, kvar skal du då lede mot?

For at ledelse skal ha betydning må den slik vera retta mot måloppnåing. Ledelse handlar om å lede ansatte mot noko. Det vil slik ikkje vera tilstrekkelig å administrere personalreglementet slik at egenmeldingane kjem inn i tide. Eller reknar ut kor mange prosent stilling helsesøster på dei ulike skulane. Ledelse handlar om å lede personalet mot mål som kan vera initiert frå kommuneledelse, ledergruppa internt eller som de i fellesskap har bestemt i avdelinga du leder. Så må det bli opp til deg korleis du leder personalet mot målet.

Myndigheit må ikkje forvekslast med autoritær ledelse. I teorien finn ein at prinsipp for god ledelse og godt foreldreskap i stor grad er dei same. I si beskriving av god foreldrefungering bruker Magne Raundalen bildet «den milde høvding». Ein mild høvding treng ikkje til vanleg heve stemmen. Han er ikkje opptatt av bagateller og kontrollerer ikkje sine undersattar. Han ventar at landsbyfolket arbeider hardt og skjøtter arbeidet. Høvdingen bryr seg om folka sine. Han er vennleg og viser godheit. Høvdingen sit der trygg og klok, og har forventning

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



■ Av Bjørghild Underhaug

Seksjonsleder Helsestasjonens
Familiesenter i Sandnes.

om at han vert rådspurt i viktige saker.

Ei slik høvdingrolle må skapast. Det er du som leder som må utvikle rolla di. Eriksen (1999) snakker om *følgeberedskap*. Her søker leder å oppnå legitimitet og autoritet som følge av tillit og respekt. Her vil ikkje formell myndighet gitt gjennom stillingsbeskrivelse, plassering på organisasjonskartet eller høg formell utdanning vera tilstrekkelig.

For å vera høvding må du våge å innta lederrolla og vera synleg og tydelig. Å lede er slik langt meir enn å administrere og koordinere.

La dei beste argumenta vinne

Kommunikativ ledelse har i seg mykje av tankegodset beskrive over, og er ein demokratisk lederstil der dei gode argumenta og konsensus skal ligge til grunn for beslutningane. Å vera leder i kunnskapsbedrifter som helsestasjon og familiesenter, innebærer ofte at dei ansatte har større fagkunnskap enn leder. Det er dei som går på fagkurs, som kjenner detaljane og som skaffer seg erfaring med ulike verktoy og problemstillingar.

For å få til eit godt produkt, er led-eren slik avhengig av systematisk og tett samarbeid med dei ansatte. Å vera tett på kan vera å prioritere deltakelse i team-møter, delta i vanskelige saker og vanskelige møter med brukere, prioritere åpen dør og vise oppriktig interesse for korleis ansatte løyser saker og kva dei erfarer i møte med brukerne. Ledelse utøves i relasjonen til medarbeidarane, og ein kan slik vanskelig lede på ein god måte utan å vera tett på.

Slik profesjonsmakt skyv maktbalansen i retning delegering og samarbeid

(Jacobsen&Thorsvik 2005). Lar ein seg truge av høg kompetanse og set egne kjensler i høgsetet, vil ein slik sette heile avdelinga i fare for negativ utvikling.

Å la dei beste argumenta vinne er slik eit val som vil styrke trua på at leder vil det beste for enheten og ikkje har eigen agenda om å skaffe seg ein maktposisjon. Har ein tålmod og vilje til dette, vil ein over tid bygge opp velvilje og tiltru ein kan tære på i situasjonar der beslutningar må tas raskt og ein ikkje har tid å innhente dei ansatte sine råd. I tillegg vil ein skaffe seg ein solid tabbekvote, noko som gjer at ein vert modig nok til å prøve seg fram og til å våge å vise seg sårbar. Å ta i bruk dei ansatte sine ressurser vil slik ikkje bare gagne avdelinga, men på sikt styrke posisjonen din som leder.

Får ledelse fokus?

Det synes heldigvis ennå som at dei fleste ledere i helsestasjon og skulehelsetenesta er helsesøstre. Med eller utan lederutdanning. Respekten for helsefaget er stor. Eg undrar meg om vi set faget ledelse like høgt. Det sit langt inne å ansette helsesøstre utan formell utdanning. Er vi like optatt av kompetanse når vi anset ledere i tenesta? Ut frå litteraturen synes heller ikkje kompetanse på ledelse å vera medfødt, sjølv om enkelte personlige eigenskaper som stor energi vert trukke fram. Det synes slik å vera mykje å hente ved å utdanne helsesøstre til lederjobber. Vi treng trygge, sterke, flinke ledere til møter med samarbeidspartnere, administrasjon og politikere. For å kunne påverke der dei store beslutningane tas, må ein ha kunnskap om makt og «spe-



OM Å LEDE: God ledelse krev kunnskap og erfaring, skriver Bjørghild Underhaug.

let» som foregår mellom administrasjon og politikerne. Det får ein ikkje i helsesøsterutdanninga.

Men korleis er oppfølginga når du har fått lederjobben? Når var du på lederseminar sist? Eller hadde veiledning saman med ledergruppa du tilhøyre i det å vera ein god leder for dei ansatte? I å nå måla som er sett? Slik eg kjenner tenesta får ledelse lite fokus i praksis. Eit første steg mot kompetanseheving kan vera å prioritere lederkonferansen som Lah arrangerer i haust framfor endå eit kurs om psykiske vansker. God ledelse krev kunnskap og erfaring. Å vera ei god helsesøster vil hjelpe deg i å bygge legitimitet og tillit. Men ved å anerkjenne ledelse som ditt kanskje viktigste område for vidareutvikling vil du betre kunne bidra til å bringe teamet ditt mot toppen. ■

Referanser:

1. Eriksen Erik Oddvar (1999). Kommunikativ ledelse om styring av offentlige organisasjoner. Bergen: Fagbokforlaget.
2. Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2005). Hvordan organisasjoner fungerer: Innføring I
3. Organisasjon og ledelse (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Nytt samtaleverktøy om kosthold og fysisk aktivitet

Gode vaner for god helse. Det er slagordet når alle helsestasjoner til høsten får et nyutviklet verktøy til å snakke med barn og foreldre om døgnrytme, kosthold og fysisk aktivitet.

Tekst Hege Fantoft Andreassen, journalist, Kreftforeningen

Fysisk aktivitet og sunt kosthold er viktig for god helse, trivsel og utvikling i barne- og ungdomsårene, og for å forebygge kreft og andre livsstilssykdommer som voksen.

Kreftforeningen har lang tradisjon for å utvikle materiell og verktøy til helsestasjonstjenesten. Hensikten med det nye samtaleverktøyet er å gjøre det enklere for helsesøstre og annet helsepersonell å snakke med barn og foreldre om noe av det mest elementære i alle barns hverdag, nemlig mat og fysisk aktivitet.

– Vi ønsker å støtte opp om det forebyggende arbeidet som gjøres i helsetjenesten, og tilby et verktøy som kan gjøre det enklere å snakke med barn og foreldre om kosthold og fysisk aktivitet. Slik kan vi bidra til at flere barn og familier har gode vaner i hverdagen, sier ernæringsfysiolog Kaja Lund-Iversen, som har samarbeidet med helsesøster Åse Mary Berg og fysioterapeut Inger Merete Skarpaas.

Enkelt og praktisk

Alle helsestasjoner i landet skal få materialet tilsendt innen skolestart 2013. Det vil også bli mulig å etterbestille flere eksemplarer gratis.

Materialet tar utgangspunkt i barns hverdagsliv, hvordan få sunne og

gode måltider og hva barn liker å gjøre av leker og aktiviteter. Det er utviklet spesielt med tanke på skolestartundersøkelsen, men det fungerer godt også i andre sammenhenger, slik som gruppeundervisning for elever og på frisklivssentraler. Verktøyet består av elleve plansjer og en veileder.

– Vi har vært opptatt av å lage et fleksibelt verktøy som skal være enkelt å bruke. Ikke minst at det også skal være egnet å bruke overfor barn og foreldre med minoritetsbakgrunn, sier Berg.

Nye rutiner ved skolestart

Overgangen fra barnehage til skole er stor for mange, og nye hverdagsrutiner må ofte innarbeides. I skolestartundersøkelsen kan foreldre og barn sammen med helsesøster snakke om hva som kan gjøres av endringer, for eksempel å kutte ned på brus og godteri eller spise mer grønnsaker og frukt.

– I møte med helsesøstre har vi fått vite at det er behov for denne typen verktøy, som kan brukes overfor litt eldre barn enn de aller minste. Målgruppen for samtaleverktøyet er familier og barn mellom seks og ni år, sier Berg. Som helsesøster har hun erfart at barn ofte er svært interessert i å snakke om mat og hva de liker å gjøre.

– De er bevisste og har klare preferanser, men kan også utfordres på å lære nye ting, sier hun.

Aktivitet og sunn vektutvikling

Det er grunn til bekymring når stadig flere barn og unge sliter med overvekt og fedme, mener rådgiverne i Kreftforeningen. På sikt vil dette også kunne øke risikoen for sykdommer som kreft og diabetes. Mye tid til stillesittende aktiviteter er en stor utfordring i dag.

– Barn har et naturlig aktivitetsbehov som de dekker gjennom lek og moro. Samtidig vet vi at dersom ikke de voksne legger til rette for allsidig fysisk aktivitet gjennom oppveksten, er det enkelt å etablere en stillesittende livsstil, sier Inger Merete Skarpaas, spesialrådgiver på fysisk aktivitet i Kreftforeningen.

I samtaleverktøyet er det lagt opp til å kunne snakke med barn og foreldre om hverdagsaktivitet, skolevei, lek og friluftsliv, deltakelse i organisert aktivitet og begrensning av skjermtid.

Gode tilbakemeldinger

Femti helsesøstre fra hele landet har prøvd ut og evaluert samtaleverktøyet.

– Det var ikke vanskelig å rekruttere helsesøstre til utprøving og



FAGPERSONER: Arbeidsgruppa i Krefteforening, fra venstre Åse Mary Berg, Inger Merete Skarpaas, Kaja Lund-Iversen. Foto: Hege Fantoft Andreassen.



PLANSJE: «Gode vaner for gode helse» består av elleve plansjer med inspirerende illustrasjoner. Illustrasjoner: Krefteforening.

evaluering. Vi fikk mange gode tilbakemeldinger og konstruktive innspill til forbedringer etter at det var prøvd ut i praksis, sier Lund-Iversen. Hun synes det er viktig å ha en grundig evaluering av verktøy som skal brukes av andre.

– Det gir oss trygghet på at vi har utviklet noe som målgruppen vil ha og opplever som nyttig, legger Berg til.

Hun deltok på Helsesøsterkongressen i Tromsø i april, der den endelige

versjonen av verktøyet ble presentert på Krefteforeningens stand.

– Det var stor jubel blant helsesøstrene der. De synes det er supert å få et felles verktøy som nå tilbys alle, sier hun.

Landsgruppen av helsesøstre har støttet opp om prosjektet siden oppstart, og i referansegruppen har både helsesøstre og fysioterapeut deltatt. Helsedirektoratet har også gitt sin tilslutning til arbeidet. ■

■ Mange forskjellige temaer

Samtaleverktøyet «Gode vaner for god helse – barn, kosthold og fysisk aktivitet» har elleve illustrative plansjer med følgende temaer:

1. Døgnrytme – søvn, måltidsrytme og ulike former for fysisk aktivitet.
2. Tallerkenmodellen – valg av matvarer for å få et balansert kosthold.
3. Fem om dagen – hvordan spise mer frukt, bær og grønnsaker.
4. Skolemat – gode alternativer til matpakke og drikke på skolen.
5. Drikke – valg av drikke, og hvordan begrense de søte drikkene.
6. Mellommåltid – gode mellommåltid og begrense søtsaker til helgen.
7. I butikken – valg når vi handler, og bruk av Nøkkelhullet og brødskalaen.
8. 60 minutter – fysisk aktivitet på fritiden og i skoletiden, og for å komme oss dit vi vil.
9. Lek og friluftsliv – gode alternativer for lek, bevegelse og aktiviteter i hverdagen.
10. Organisert aktivitet – alternativer for organisert fysisk aktivitet egnet for barn.
11. Skjermaktivitet – skjermbruk hos barn og behovet for å begrense inaktivitet.

Styrk mobbeofferets selvbilde med LøFT

Løsningsfokusert tilnærming (LøFT) er et samtaleverktøy som fokuserer på løsninger og muligheter. Metoden kan styrke selvbildet til en som har vært utsatt for mobbing.



Av Kirstine Sunde Hjørthaug, helsesøster



Av Hilde Toftøy-Lohne, helsesøster

ingen barn skal tåle eller akseptere krenkende handlinger i skolehverdagen. I følge opplæringsloven har skolen ansvaret for at mobbing opphører, men helsesøster har en viktig rolle i å møte og ivareta sårbare barn på en oppbyggelig måte. Dette må signaliseres gjennom holdninger og tydeliggjøres i ord. Hun bør være tydelig på at det ikke er noe med barnet som gjør at det «fortjener» å bli mobbet. Helsesøsters individstyrkende tiltak bør gjøres parallelt med skolens antimobbeprogram. Vi har valgt å trekke ut elementer fra løsningsfokuserte tilnærming (LøFT), som har vist å være effektiv i forhold til barn som har blitt utsatt for mobbing. Barn som blir mobbet har ofte lavt selvbilde og står i fare for å utvikle psykiske og fysiske problemer. Godt selvbilde, vennskap og inkludering i positivt skolemiljø virker beskyttende. LøFT-metoden har vist seg å være effektiv for å styrke selvbildet til en som har vært utsatt for mobbing.

Teoretisk bakgrunn

Løsningsfokusert tilnærming

Løsningsfokusert tilnærming (LøFT) er et samtaleverktøy der fokuset er løsninger og muligheter framfor problemer og tidligere traumer (2,3). Det er klientens egne mål som er drivkraften i prosessen

(3), og det fokuseres på brukerens egne ressurser og strategier for at problemet skal løses. Det er brukeren som er ekspert i sitt eget liv. LøFT inneholder ingen teorier om hva som danner problemer eller hvordan disse skal løses (4). LøFT-metoden er optimistisk og forsterker fremtidshåp, og er respektfull i forhold til klientens selvbestemmelse (3,5). Hjelpere forholder seg ikke-vitende til den som veiledes. LøFT kan brukes i individuelle samtaler, i grupper og som basis for støttegrupper.

Selvbilde

Selvbilde er summen av hvordan man oppfatter seg selv på sentrale områder, for eksempel moralsk, sosialt, følelsesmessig, skolefaglig og fysisk. Selvbilde er tanker, følelser, tro, antagelse eller viten man har om seg selv (6). Ens egen opplevelse og forståelse av seg selv er svært betydningsfull for personens liv og forholdet til andre (7). Like mye som opplevelsen av kompetanse på ulike områder, vil selvbilde næres av samspillet med andre. Det er vanskelig for et barn å bygge sin selvfølelse bare på egne krefter (8). Å ha tro på seg selv beskytter mot stress. Hvordan man håndterer en vanskelig situasjon henger sammen med hva slags selvbilde man har (9).

Skolehelsetjenesten

Gjennom bestemmelser i opplæringsloven kapittel 9 a, er skolen pålagt å legge til rette for et godt miljø. Alle elever har rett til ikke å bli utsatt for krenkende ord eller handlinger som mobbing, vold, diskriminering, rasisme eller utestengning (10). Etter regelverket er skolen forpliktet til å ha et antimobbeprogram. I følge

Om artikkelen

Artikkelen er skrevet i forbindelse med fordypningsoppgave ved helsesøsterutdanningen ved Høyskolen Diakonova i 2012.



POSITIV SAMTALE: Når helsesøster bruker metoden Løsningsfokusert tilnærming, prøver hun sammen med barnet å finne løsninger, framfor å fokusere på problemer.

Veilederen (11) skal skolehelsetjenesten blant annet omfatte forebyggende psykososialt arbeid, samt samarbeid med skole om tiltak som fremmer godt psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø for elever, jf. § 2-3 (12). Helsesøster forvalter de lovpålagte oppgavene. Utover disse har helsesøster «åpen dør» og er tilgjengelig for samtaler med barn som strever med ulike utfordringer. Hun er den i kommunehelsetjenesten som kommer i kontakt med tilnærmet alle elever og mange av deres familier.

Mobbing

En vanlig definisjon av mobbing er når: en person gjentatte ganger og over en viss tid, blir utsatt for negative handlinger fra en eller flere andre personer (13). I elevundersøkelsen fra høsten 2011 svarer 8,5 prosent av elevene fra 5. trinn til og med videregående skole, at

«Det er brukeren som er eksperten i sitt eget liv.»

de blir mobbet flere ganger i måneden (14). En skiller mellom direkte, indirekte og digital mobbing. Direkte mobbing er åpne, verbale og fysiske angrep på offeret, mens indirekte mobbing innebærer utestengning, baksnakking og ryktespredning (13). Digital mobbing er mobbing gjennom ulike sosiale medier, og denne formen har økt kraftig de siste årene (15,16). Medietilsynets Trygg bruk-undersøkelse «Barn og digitale medier 2010» viser at 19 prosent av barn mellom 8-16 år har lagt merke til at noen har blitt mobbet eller truet på ulike nettsamfunn (16). Mobbing må ikke anses som en konflikt som skal løses, men må anses som et overgrep (13). Høyesterett avsa så sent som 1. februar 2012 en dom som konstaterer at en bestemt kommune er erstatningsansvarlig overfor et mobbeoffer (12).

Problemstilling

Med bakgrunnskunnskap om LøFT, selvbilde og mobbing, velger vi følgende problemstilling: «Hvordan kan helsesøster bruke LøFT for å styrke selvbilde til en som er utsatt for mobbing?».

Metode

For å svare på problemstillingen valgte vi å gjøre en litteraturstudie. Vi gjorde systematiske søk etter litteratur i vitenskapelige databaser som Pub-med, Medline, Ovid nursing, Psyckinfo, Cochrane library og Pro Quest. Vi aksepterte litteratur fra 2000 til 2011, med

unntak av to kilder (1992 og 1999) som vi anser som viktige for oppgaven. Likevel tilstrebet vi litteratur av nyere dato.

Vi brukte aktuell pensumlitteratur og annet oppslagsverk som ble søkt opp gjennom bibliotekets database Bibsys. I tillegg søkte vi direkte i norske og utenlandske tidsskrifter som British Journal of School Nursing, Tidsskrift for Den norske Legeforening, Scandinavian Journal of Caring Sciences, The Journal of School Health og The Journal of School Nursing.

I søkeprosessen fant vi få treff som går direkte på vårt tema. Ved separate søk på mobbing og selvbilde fikk vi svært mange treff. Dette snevret vi inn ved hjelp av ulike kombinasjoner med de andre søkeordene. I tillegg har vi gjort manuelle søk i artiklenes referanser. Det er lite litteratur som knytter helsesøster og LøFT sammen, men de vi fant, har stor overføringsverdi til vår oppgave. Som en del av metoden, har vi i tillegg hatt samtale med en erfaren helsesøster som bruker LøFT i skolehelsetjenesten.

Funn og diskusjon

Vi vil presentere våre funn knyttet til helsemessige konsekvenser av mobbing, selvbilde og mestringsforventning. Videre drøfter vi hvordan helsesøster kan bruke LøFT til å styrke selvbildet, og hennes muligheter og utfordringer knyttet til dette. Her vil vi implementere våre funn om LøFT, og trekke inn praksiserfaring.

Konsekvenser av mobbing

Å bli utsatt for mobbing kan føre til psykiske og fysiske helseplager (5,17,18,19,20). Natvig et al undersøker sammenhengen mellom å være utsatt for mobbing og psykosomatisk helse blant norske 13-15 åringer. Studien viser at økende eksponering for mobbing er assosiert med flere psykosomatiske symptomer (21). En studie med samme søkelys sammenligner 28 europeiske land, og finner sammenfallende resultat med Natvig et al i alle land (22). En avhandling peker på hvordan mobbing fører til ensomhet. Ensomhet kan påvirke selvbildet hos mobbeofre (20). Konsekvenser av mobbing kan følge en langt inn i voksenlivet. Fosse (2006) avdekker i sin avhandling at omtrent halvparten av pasientene som ble behandlet i en voksenpsykiatrisk poliklinikk, var mobbet av og til eller oftere under oppveksten. Pasientene var oftere ugifte, mottok trygd og hadde lavere utdanning (23). Sammenhengen mellom mobbing og psykiske og fysiske plager,

understreker viktigheten av å legge til rette for et skolemiljø der mobbing ikke tolereres.

Selvilde og mestringsforventning

Barnets vurdering av egne ferdigheter er avgjørende for utviklingen av selvbildet. Det engelske ordet self-efficacy, som kan oversettes med mestringsforventning, står nær det norske ordet selvbilde. Barn med godt selvbilde viser mestrende adferd (8). Kvarme et al (2009) avdekker en sterk forbindelse mellom generell mestringsforventning og helserelatert livskvalitet blant 12-13 år gamle skolebarn (24). Tetzchner skriver at barn fra 9-års alder uttrykker egenskaper ved seg selv i forhold til andre (1). Jevnaldrende har stor betydning, og aksept og støtte fra jevnaldrende har sterk innflytelse på skolebarns selvbilde (25,26). Mobbeofre blir beskrevet som mer ensomme enn sine medelever, med negativt selvbilde og lav selv-tillit (17,20,21,22.). Pellegrini viser, i likhet med flere studier, at vennskap og positive relasjoner virker beskyttende mot å bli mobbet (5,26,27,28,29). Schäfer et al (2004) viser at mobbeofre skårer lavt på generelt selvbilde, og har større vanskeligheter med å opprettholde vennskap enn ikke-mobbete. Studien oppfordrer derfor skoler til å trene opp selvsikkerhet, at barna støtter hverandre og lærer vennskapsferdigheter (30).

Hvordan kan helsesøster bruke LøFT til å styrke selvbildet?

Helsesøsters rolle i skolen er å fremme helse og forebygge sykdom (11). Når barn blir mobbet, er det avgjørende for barnets helse og utvikling å stoppe mobbingen umiddelbart. I følge opplæringsloven er det skolen som skal bære ansvaret for at mobbing opphører (12). For å få til dette, må det jobbes på ulike plan; både skolebaserte anti-mobbeprogram, tverrfaglig samarbeid og individstyrkende tiltak. I denne sammenheng har helsesøster i første rekke sin funksjon i individstyrkende tiltak og tverrfaglig samarbeid.

Studier viser at løsningsfokustert tilnærming har god effekt i forhold til mobbeproblematikk. Individuelle LøFT-samtaler og støttegrupper er effektive strategier når elever trenger hjelp (31,32).

Mestringsforventning

Kvarme (2010) peker på effekten av løsningsfokusterte samtalegrupper for stille og sosialt tilbaketrukkne elever. Studien viser signifikant økning av mestringsforventningen hos barna som deltok (33).



PÅ NETT: Digital mobbing er mobbing gjennom sosiale medier. Denne formen for mobbing har økt kraftig de siste årene. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Mestringsfølelse styrker selvbildet (8,24,33). Mobbede barn har ofte få eller ingen venner, og kan derfor ha mange fellestrekk med sosialt tilbaketrukkne barn. Opplevelse av mestring er en god følelse som kan gi livsgnist og håp for fremtiden (34). Dette gir barnet forventning om at det er i stand til å takle hverdagen. Sterk mestringsforventning skaper pågangsvilje, robusthet, personlige resultater og reduserer stress og depresjon (35).

Individuelle LøFT-samtaler

Helsesøster kan være en ressurs for barn og unge som blir mobbet. Alle deltagerne i en forskningsstudie der LøFT-metoden ble benyttet, trakk frem helsesøsters støttende rolle ved mobbing. De følte det var godt å snakke med helsesøster da de var lei seg, og få hjelp til å bli inkludert av jevnaldrende. En jente sa:

«Jeg synes i hvert fall at det hjelper å snakke med

«Vennskap virker beskyttende mot å bli mobbet.»

helsesøster. Når vi er lei oss kan vi si hvordan vi føler det og alt det der, sånn at helsesøster bygger opp selvtilliten vår liksom, så når vi går ut herfra så tenker vi ikke mer på det liksom» (36).

Ved at barnet får tillit til helsesøster tilrettelegges det for åpenhet. Barn er ofte skamfull og flau over å bli mobbet, og det er vanskelig for dem å fortelle om det (37). Helsesøster bør møte eleven der den er. Dersom barnet ikke ønsker å snakke om vanskelighetene kan helsesøster bruke LøFT-spørsmål for å tydeliggjøre barnets ønsker (38). Andre kan ha behov for å utdype

problemene. Ved å la barnet snakke om sine problemer og bekymringer, og anerkjenne dette, viser helsesøster at hun tror på barnet og tar dets opplevelser og følelser på alvor (5). Dette skaper tillit, som for mange er nødvendig før de er modne for den løsningskapende samtalen. Når barnet forteller, lytter helsesøster aktivt og løsningsfokusert. Hun lytter etter de positive forskjellene og overhører de negative. Hun leter etter hva og hvem som er viktigst for barnet (2), og hvorvidt barnet synliggjør sine ressurser. Helsesøster kan gi drahjelp i prosessen ved å stille spørsmål som gjør det opplagt at barnet har sterke sider. For eksempel «hva er du flink til på skolen?» i stedet for «er det noe du er flink til?». I tillegg er det forsterkende å bruke såkalte mestringsspørsmål som «hvordan greide du det?» eller «hva har gitt deg styrke til å holde ut?» (31).



MOBBEOFFER: Mange barn blir mobbet på skolen. I en norsk undersøkelse fra 2011 svarte 8,5 prosent av elevene at de ble mobbet flere ganger i måneden. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Mestringsspørsmål suppleres med ros og komplimenter for å kaste lys på barnets egne oppdager. Helsesøster lytter også etter unntak i barnets problematiske hverdag. Unntakssituasjoner er omstendigheter der problemet er til stede, men barnet likevel opplever problemet som mindre. Disse situasjonene kan gi positive ringvirkninger som leder til oppmerksomhet på ytterligere positive egenskaper som igjen fører til økt selvbilde (39,40). Slik kan helsesøster gjøre det lettere for barnet å komme ut av offerrollen. Den løsningsfokuserte lyttingen er krevende; helsesøster må være fullstendig skjerpet og tilstede i møte med eleven. Å sette av tid og skape ro er avgjørende for en vellykket løsningskapende samtale. I flere kommuner blir skolehelsetjenesten ofte nedprioritert til fordel for helsestasjonsvirksomheten. Dette kan by på utfordringer i forhold til kontinuitet og fremdrift i LøFT-prosessen.

En erfaren helsesøster presiserer at det er viktig å tørre ikke å gi råd, men la barnet finne frem til ressursene selv. Man må ha en positiv indre tanke om at mennesker er i stand til å hjelpe seg selv. Samme helsesøster antyder at LøFT også har sårbare sider. Metoden krever innsats fra barnet, og barnets modenhetsgrad kan virke inn på resultatet. Hun påpeker at metoden krever personlig overskudd fra helsesøster, og sier at mangel på dette kan gi grobunn for ikke å lykkes like godt med LøFT-metoden (41).

I den løsningskapende samtalen forsøker helsesøster å få barnet til å fortelle om positive arenaer og gode erfaringer på skole og fritid, for eksempel «hva er annerledes når du har det bra?», «hvem er da til stede?». Ved å fokusere på positive opplevelser kan de få større betydning og bringe frem hvilke muligheter som eksisterer og nye veier oppdages (2,41). Slik bevisstgjøres barnet på hvilke mennesker som er involvert i positive situasjoner, og oppfordres til å gjøre mer av det som fungerer (32). Barnet får hjelp til å oppdage hvilken betydelig styrke det har i seg selv, og kan ha i familien og på ulike arenaer (39).

Ved bruk av LøFT i forhold til mobbing er det mer nyttig å stille spørsmål om hvordan barnet vil skoledagen skal være i fremtiden, enn å spørre om detaljer rundt selve mobbingen (31). Kvarmes studie (2010), der skolebarn forteller om erfaringer om det å bli mobbet og hvordan de ser for seg sin drømmemedag, viser at det å snakke om en positiv fremtid fører til glede, optimisme og håp (5). Språkets skapende makt står sentralt i løsningsfokuserte samtaler. Samtalen om en positiv fremtid blir en handlingsrettet men-

tal repetisjon. Når man ønsker å få til en forandring er det effektivt å fokusere på hva man vil oppnå (2,31,39). Fremtiden har innvirkning på nåtiden, og fremtidshåp kan bidra til å skape det livet vi ønsker (2,39). Ved at helsesøster stiller målrettede spørsmål skapes refleksjon om hvordan eleven opplever situasjonen (2).

Det er vesentlig at helsesøster er etisk bevisst når hun bruker LøFT. Barnet kan oppleve metoden som en «oppskrift» som tres ned over hodet dersom helsesøster ikke trår varsomt og toner seg inn på barnet. Maktubalansen mellom helsesøster og barnet kan forsterke en mulig opplevelse av maktovergrep dersom LøFT ikke brukes respektfullt. Helsesøster og eleven skal forme prosessen sammen og finne nye løsninger og mer hensiktsmessige handlingsmønstre (38). Tverrfaglig samarbeid står sentralt i selvbilde-styrkende arbeid. Helsesøster er avhengig av å spille på lag med barnets lærere slik at LøFT blir en del av barnets hverdag. Støtte fra ulike hold øker sannsynligheten for å lykkes. Derfor er det god grunn til å samarbeide også med den mobbedes familie som kan bidra til å synliggjøre og styrke ressurser, og legge merke til fremgang.

LøFT-grupper og støttegrupper

Studier poengterer viktigheten av at skolen legger til rette for et tolerant og bredt fellesskap der elevene kan knytte vennskapsbånd (26,29,42). Positive relasjoner med jevnaldrende kan være assosiert med mindre grad av mobbing (26,27,28,29,42). Opplevelsen av å ha et godt liv er tett knyttet opp mot vennskap, og det å være uten venner har negativ innvirkning på selvbildet (5,28,43). Derfor bør helsesøster tilrettelegge for at vennskap knyttes, og at barna erfarer hvordan de kan støtte hverandre. Dette kan hun blant annet gjøre gjennom LøFT-grupper. I slike grupper er det samlet fem til sju elever som samtaler om et valgt tema eller om noe som opptar dem. Gruppen blir ledet av helsesøster etter LøFT-prinsippene. Et lignende tiltak er å opprette støttegrupper basert på LøFT-metoden rundt den mobbede. Dette fører ofte til slutt på mobbingen og kan gi venner (31,32). Sue Youngs arbeid med støttegrupper viser at mobbingen opphørte i 47 av 50 tilfeller (31). Støttegruppen bør bestå av minst fem personer, og den som er utsatt for mobbing velger ut hvilke barn som skal spørres. Dette er jevnaldrende barnet føler seg trykk på. Den som er utsatt for mobbing skal ikke delta i støttegruppen, men ha løftbaserte enesamtaler



NYTT HÅP: Målet med samtalen er å gi barnet mer tro på seg selv og et styrket selvbilde. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

med helsesøster. Gruppen kommer med forslag til tiltak som kan gjøre hverdagen bedre for den som blir mobbet. Deltagernes forslag blir berømmet og de får bekreftelse på at deres hjelp er betydningsfull (31). LøFT i støttegrupper kan ha dobbel effekt, da praksiserfaring viser at også deltagerne i gruppen får hevet selvbilde. Helsesøster har stor arbeidsmengde, men å gjøre det meningsfullt for barn å hjelpe en medelev som blir mobbet må anses som verdifull investering av tid og ressurser (44).

Positivt og trygt skolemiljø

Eleni et al peker på at den mest effektive metoden for å redusere mobbing, og dermed forebygge svekket selvbilde, er å skape et positivt og trygt miljø. De anbefaler at helsesøster går i spissen for dette arbeidet (29,42,45). Et slikt miljø gir rom for å være seg selv og bidrar til å ivareta og styrke barnets selvbilde. Tverrfaglig samarbeid om å skape trygt skolemiljø kan være utfordrende, fordi de ulike partene kan ha forskjellig oppfatning av hvordan dette skal gjøres. Det er fruktbart med et godt samarbeidsklima der

«Barnet får hjelp til å oppdage styrken det har i seg selv.»

fagpersonene har gjensidig respekt for hverandres kompetanse. Slik kan alle involverte lettere få gjennomslag for sine ideer, og samtidig få verdifulle innspill fra hverandre.

Det er en forutsetning at helsesøster er kvalifisert, imøtekommende og tilgjengelig for å bruke Løftmetoden (44). Hun kan signalisere sin tilgjengelighet ved å være synlig i klasserommet og skolegården for å påminne elevene om hennes tilstedeværelse, samt observere hvilke elever som stadig går alene. Det er ofte helsesøsters ansvarsområde, i samarbeid med sosiallærer, å støtte de sårbare barna da hun har nødvendig opplæring i dette (44). Det kan imidlertid være utfordrende å gjennomføre LøFT-tiltak i den reelle hverdagen til helsesøster fordi det krever mye

av hennes tid. LøFT i grupper er fordelaktig. Det er tidsbesparende, barna lærer av hverandre, får støtte og deler følelser og erfaringer (41,44).

Konklusjon

Sammenhengen mellom mobbing og de helsemessige konsekvensene i barndommen og voksenlivet understreker hvorfor det er så viktig å styrke utsatte barn og forebygge mobbing i skolen. Dette må helsesøster og skolens ansatte arbeide sammen om på en systematisk og målrettet måte. Det er behov for videre forskning i forhold til hvilken innvirkning LøFT-metoden kan ha på barns selvbylde. ■

Referanser:

1. Tetzchner S. Utviklingspsykologi, barne- og ungdomsalderen. 1. ed. Gyldendal Akademisk: Oslo; 2005.
2. Glavin K, Helseth S, Kvarme LG (red). Fra tanke til handling. Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten. 1. ed. Akribe forlag: Oslo; 2009.
3. Haaland KR. LøFT og narrativer i profesjonelle samtaler. Universitetsforlaget: Oslo; 2005.
4. Brief Solutions [nettsted]. Kommunikasjon for samhandling og utvikling [cited 2011 Nov 11]. Tilgjengelig fra: <http://www.briefsolutions.no>.
5. Kvarme LG, Helseth S, Sæteren B, Natvig GK. Schoolchildren's experiences of being bullied - and how they envisage their dream day. *Scand J Caring Sci* 2010.
6. Kvello Ø. Utredning av atferdsvarianter, omsorgssvikt og mishandling. Universitetsforlaget: Oslo; 2007.
7. Evenshaug O, Hallen D. Barne- og ungdomspsykologi. Gyldendal Akademisk: Oslo; 2000.
8. Gjærum B, Grøholt B, Sommerchild H (red). Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre. Universitetsforlaget: Oslo; 2003.
9. Borge, AIH. Resiliens, risiko og sunn utvikling. Gyldendal akademisk: Oslo; 2003.
10. Barneombudet [nettsted]. [cited 2011 Nov 20]. Tilgjengelig fra: <http://www.barneombudet.no>.
11. Sosial- og helsedirektoratet. Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift 3. april 2003 nr 450. Sosial- og helsedirektoratet: Oslo; 2004.
12. Lovdata [nettsted]. [cited 2011 Nov 15]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no>.
13. Olweus D. Mobbing i skolen. Hva vi vet og hva vi kan gjøre. Universitetsforlaget: Oslo; 1992.
14. Utdanningsdirektoratet [nettsted]. [cited 2012 Jan 8]. Tilgjengelig fra: <http://www.udir.no>.
15. Willard N. Educator's Guide to Cyberbullying and Cyberthreats: Responding to the Challenge of Online Social Aggression, Threats and Distress. Research Press: Champaign IL; 2007.
16. Medietilsynet [nettsted]. [cited 2011 Oct 13]. Tilgjengelig fra: <http://www.medietilsynet.no>.
17. Vatn AS, Lien L, Bjertness E. Mobbing og helseplager hos barn og ungdom. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007; (127): 1941-4.
18. Potera C. Reducing Violent behavior in adolescents. *Am J Nurs*. 2011;3 (Pt11):19-20.
19. Klepp KI, Aarø LE. Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Gyldendal akademisk: Oslo; 2009.
20. Greiff P. Mobbing, selvoppfatning og psykisk helse (avhandling). Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Pedagogisk institutt; 2005.
21. Natvig GK, Albrektsen, G. & Qvarnstrøm, U. Psychosomatic Symptoms among Victims of School Bullying. *J Health Psychol*. 2001; (6):365-77.
22. Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health*. 2005;2(Pt15):128-32.
23. Fosse GK. Psyisk helse hos voksne psykiatriske pasienter som ble mobbet i barndommen (avhandling). Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Pedagogisk institutt; 2006.
24. Kvarme LG, Haraldstad K, Helseth S, Sørum R, Natvig GK. Associations between general self-efficacy and health-related quality of life among 12-13-year-old school children: a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2009; (7):85.
25. Misvær N, Haugland S. Håndbok for skolehelsetjenesten. Kommuneforlaget AS: Oslo; 2009.
26. Holt MK, Espelage DL. Perceived Social Support among Bullies, Victims, Bully-Victims. *J Youth Adolesc*. 2007;(36):984-94.
27. Pellegrini AD, Bartini M, Brooks F. School Bullies, Victims, and Aggressive Victims: Factors Relating to Group Affiliation and Victimization in Early Adolescence. *J Educ Psychol*. 1999;2(Pt1):216-24.
28. Fow CL, Boulton MJ. Friendship as a moderator of the relationship between social skills problems and peer victimization. *Aggress Behav*. 2006; 2(Pt32):110-21.
29. Andreou E, Vachou A, Didakalou E. The Roles of Self-Efficacy, Peer Interactions and Attitudes in Bully-Victim Incidents. Implications for Intervention Policy-Practices. *Sch Psychol Int*. 2005; 5(Pt26):545-62.
30. Schäfer M, Korn S, Smith PK, Hunter SC, Mora-Merchán JA, Singer MM et al. Lonely in the crowd: Recollections of bullying. *Br J Dev Psychol*. 2004; (22):379-94.
31. Young S. Nya lösningar mot mobbing. Bokförlaget Mählberg & Sjöblom: Täby; 2009.
32. Young S, Holdorf G. Using Solution Focused Brief Therapy in Individual Referrals for Bullying. *Educational Psychology in Practice*. 2003; 4 (Pt19):271-82.
33. Kvarme LG, Helseth S, Sørum R, Luth-Hansen V, Haugland S, Natvig GK. The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy on socially withdrawn school-children: A non-randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2010; 11(Pt47):1389-96.
34. Aambø, A. LOS: løsningsorienterte samtaler. Gyldendal akademisk: Oslo; 2004.
35. Briefsolutions. [nettsted]. Læring og mestring i løsningsfokusede barnehager. Publisert 10.12.10. [Cited: 2011 Nov 11]. Tilgjengelig fra: www.briefsolutions.no.
36. Kvarme L. Hvordan opplever barn å bli mobbet? *Tidsskrift for helsesøstre*. 2011; (3):28-32.
37. Weston F. Working with children who have been bullied. *Br J Sch Nurs*. 2009; 4(Pt5):172-76.
38. Luth-Hansen Vivian. Forelesning ved Høgskolen Diakonova 26.-27. januar 2012.
39. Jong P, Berg IK. Løsningsfokusede samtaler. Gyldendal Norsk Forlag: Oslo; 2006.
40. Ferraz, H, Wellman, N. The integration of solution-focused brief therapy principles in nursing: A literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008; (15): 37-44.
41. Samtale med helsesøster som har erfaring i bruk av LøFT-metoden i skolehelsetjenesten.
42. Sutton, J, Keogh, E. Social competition in school: Relationships with bullying, Machiavellianism and personality. *Br J Educ Psych*. 2000; 70 (Pt3):443-51.
43. Helseth S, Misvær N. Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *J Clin Nurs*. 2010; (19):1454-61.
44. Kvarme, L, Eboh V, van der Teijlingen, E. Use of solution focused brief therapy in bullying. *Br J Sch Nurs*. 2008; 7(Pt3):346-8.
45. Hendershot C, Dake JA, Price JH, Lartey GK. Elementary School Nurses' Perception of Student Bullying. *J Sch Nurs*. 2006; 4 (Pt122):229-36.

SANATORIUM I 1965. Små pasienter ved Barnesanatoriet på Grefsen studerer en figur full av Holmenkollski. Holmenkollskien var en nål med norsk flagg og en liten ski. Den ble solgt av Norske Kvinners Sanitetsforening for å bekjempe folkesykdommer.

Barnesanatoriet på Grefsen ble etablert som et privat tuberkulosesanatorium i 1898. I 1909 overtok Norske Kvinners Sanitetsforening sanatoriedriften og etablerte et folkesanatorium med 120 sengeplasser. Sju år senere, i 1916, ble det bygd en egen avdeling for barn med 18 senger. Barnesanatoriet ble senere utbygd til 40 sengeplasser. I 1960-årene var barnesanatoriet i ferd med å bli nedslitt. Aftenposten skrev i 1965 at forholdene var «under all kritikk». Det manglet penger til nødvendig oppussing. I 1950-årene hadde det vært opp til 60 barn på Barnesanatoriet. Utover i 1960-årene gikk belegget ned. I 1965 var det omtrent 25 barn på sanatoriet. Tallet på pasienter fortsatte å synke fram til driften ble avviklet i 1971.

Bildet er tatt 3. juni 1965, og sto på trykk i Aftenposten. I bildeteksten fra den gang står det: Tuberkulosen er ikke utryddet. Grefsen Sanatorium er det eneste barnesanatorium utenom Vensmoen i Saltdalen, som kan glede seg over verdens minste tilbakefallprosent. Takket være salg av «Holmenkollskien» som barna har flokket seg rundt, ble det i høst bygget barnehage. Barnepleiersken heter Ruth Henriksen.

Kilde: Norsk teknisk museum/teknisk-museum.no, Scapnix og osf.no





Hva er Velo-cardio-facial

Velo-cardio-facial syndrom (VCFS) er en ganske ukjent sykdom, til tross for at den er en av de vanligste genetiske syndromer hos menneskene.

Tekst Inger-Lise Sæther, Forsker, PH. D. Regionsenter for barn og unges psykiske helse (R-Bup), Helseregion Øst og Sør

Helsestasjonen er det sentrale helsetilbudet i hver kommune og skal drive forebyggende arbeid og ivareta den fysiske og psykiske helsen hos barn og unge og deres familier. Dette innebærer store utfordringer i møte med hver enkelt familie, ikke minst når barnet har en komplisert sykdom og barnets reaksjoner kan være vanskelig å forstå. Foreldre til barn med sjeldne eller lite kjente diagnoser kan ofte føle seg alene om sin situasjon og sine problemer i møte med tjenesteapparatet. Det kan føre til helserelevante, praktiske og sosiale problemer, og manglende adekvat oppfølging (SINTEF, Rapport 2008). Velo-cardio-facial syndrom (VCFS) er en slik sykdom som er relativt ukjent til tross for at den er en av de vanligste genetiske syndromer hos menneskene, og den vanligste i sammenheng med medfødt hjertefeil og skjult ganespalte (Shprintzen, 2008).

Årsak og forekomst

Årsak til VCFS er en skade i DNA på kromosom 22q11.2, den lange armen på kromosom 22. Oppdagelsen av lokalisasjonen sees av mange som en av de viktigste oppdagelsene i klinisk genetik de siste tiår (Swillen et al., 2005). I 90-95 % av tilfellene skyldes syndromet spontan mutasjon (Shprintzen, 2008). Det er ennå ikke fullt klarlagt hvor mange barn som fødes med VCFS hvert år. Tallene varierer fra 1:2000 til 1:4000 barn (Shprintzen, 2008, Sullivan, 2008) Hyppigheten synes å være økende på grunn av at flere overlever alvorlig, medfødt hjertefeil som mange av disse barna har. Den store variasjonen i oppgitt forekomst kan skyldes at det er stor variasjon i symptombildet og underreportering fordi syndromet ennå er lite kjent. Syndromet har vært kalt en «strandet» sykdom fordi den har falt utenfor diagnosemanualene (DSM IV eller ICD-10) selv om den kan diagnostiseres med stor sikkerhet ved hjelp av en genetisk test. Egen pågående forskning har vist

at det kan være vanskelig for helsepersonell å se barnets vansker i sammenheng, og de ulike vanskene oppfattes lett som fragmenterte. Det medfører at diagnosen ikke blir stillet, og foreldrene får ingen forklaring på hvorfor barnet har så mange alvorlige vansker. I klinisk praksis kan det bety at barnet og foreldre ikke får den hjelpen de har behov for og foreldre kan bli alene om bekymringene om hvorfor deres barn har så mange alvorlige sykdommer. Barnet blir gjerne behandlet av personell som har sin erfaring fra arbeid med psykisk utviklingshemmede, noe som kan medføre at barnets ressurser og vansker blir feilvurdert. Egen forskning har vist at manglende forståelse for syndromet også kan føre til at barnet blir en kasteball mellom instanser som Barne- og ungdoms psykiatri, habiliteringstjeneste, og PP-tjeneste til stor frustrasjon og fortvilelse for foreldre.

Ulike betegnelser

Velo-cardio-facial syndrom blir også kalt di George syndrom eller 22q11.2 delesjon syndrom. Di George syndrom har vært den mest brukt betegnelsen i Norge. I 2010 anbefalte Helsedirektoratet at man skulle bruke betegnelsen Velo-cardio-facial syndrom (VCFS) fordi betegnelse peker på klinisk gjenkjennbare trekk hos mange av barna («Velo» som peker på gane-svelg dysfunksjon, «cardio» som viser til hjerteanomalier og «facial» som viser til typiske ansiktstrekk). I internasjonal fagpresse er VCFS fremtredende, men i økende grad brukes den genetiske betegnelsen 22q11.2 delesjon syndrom (DS) som viser direkte til kromosomfeilen. En kan ikke se bort ifra at forvirringen i begrepsbruk og de ulike fokus de representerer kan være til hinder for helhetlig forståelse av fenomenet.

Vanlige symptomer

De vanligste symptomene hos barn med VCFS inklud-

syndrom?



derer hjertefeil, hypokalcemi, dårlig funksjon av ganeseil og svelg, ganespalte, lettere hørselsvansker og avvikende ansiktstrekk. (Shprintzen, 2008; McDonald-McGinn & Sullivan, 2010). Forsinket utvikling, og lærevansker og tale- språkvansker er vanlig, og karakteristiske atferdstrekk er sosial tilbaketrukkethet, angst, skyhet og impulsivitet, svak konsentrasjonsevne og oppmerksomhetsvansker. Noen av barna med VCFS ser ut til å ha en sårbarhet for å utvikle alvorlige psykiske vansker (Green, Gothelf, & Eliez, 2009). De ulike vanskene er ikke gjensidig ekskluderende, men kan være overlappende og skape et tydelig, men likevel forvirrende bilde. Noen er sterkt preget av syndromet, andre i mindre grad. De fleste barn med VCFS har en fullskala kognitiv profil i grensen av normalområdet (IQ-70-75). Alvorlig grad av psykisk utviklingshemming forkommer, men er sjelden og mange skårer innen normalområdet på kognitive tester (Antshel et al., 2010;).

Sped- og småbarn

Ulike former for hjertefeil er funnet hos ca. 75 % av barna (Lima, 2012; Sullivan, 2008). For mange er hjertefeilen akutt livstruende og må opereres umiddelbart etter fødselen eller kort tid etter. Når barna blir operert for hjertefeil, kan karakteristiske trekk som tymus hypoplasi eller aplasi bli registrert og gi mistanke om syndromet. Det vil da oftest bli gitt tilbud om genetisk test (Lima, 2012).

Immunforsvarsproblemene er en konsekvens av tymus hypoplasi. Tymus bidrar til kroppens immunforsvar gjennom modning av funksjonelle T-celler. Det er få data om infeksjoner og nedsatt immunforsvar hos barn med VCFS. Studier viser at barna fortsetter å utvikle infeksjoner også utover i barneårene. Likevel kan det se ut til at infeksjonene sjelden er av alvorlig grad.

SYMPTOM: Noen barn med Velo-cardio-facial syndrom er sterkt preget av syndromet, andre i mindre grad. Vanlige symptomer er avvikende ansiktstrekk, ganespalte og hjertefeil.

Betydningen av nedsatt immunforsvar kan også innvirkning på andre vansker og behandling av disse (Lima, 2012).

Dysfunksjon i gane og svelg forekommer hos 70-80 % av barna og kan skyldes svak innervasjon og koordinasjon av muskulaturen i svelg, tunge og spiserør, skjult (submucøs) eller åpen ganespalte (Shprintzen, 2008; Sullivan, 2008). Det kan medføre vansker med suging, spising og

«Barnet kan bli en kasteball mellom instanser.»

svelging, og mange har ekstreme vansker på dette området (Shprintzen, 2008; Sullivan, 2008, egen forskning under arbeid). Spise- og svelgevanskene fører ofte til refluks og pustebesvær. Når barnet ikke legger på seg er det skremmende. Barn med hjertefeil kan også være kraftløse. Å se at barnet har pustebesvær og blir blå og kaster opp maten fører til fortvilelse og utmattelse både for mor og barn. For mor kan det oppfattes som en symbolsk avvising av mors omsorg og ha betydning for tilknytningsprosessen mellom mor og barn.

Spisevansker, fordøyelsesvansker og forstoppelser kan føre til dårlig ernæring og ytterligere forverring av immunforsvaret (Eicher, McDonald-McGinn, Fox et al., 2000). Swillen (1997) peker på at det kan gå år før plager som forstoppelse blir avhjulpet. Årsaken til disse plagene er ikke fullt

forstått, men synes å ha en sammensatt forklaring. Blant annet kan hypotoni og malformasjon av tarmen være årsaken. Slike plager kan bidra til en falsk metthetsfølelse og føre til for lavt matinntak.

Sykdommer og plager som følge av anomalier i urinveiene kan føre til urinveisinfeksjoner og nyrebekkenbetennelser og til enuresis som er hyppig rapportert i klinikk (Devrient, Rommel & Casteels, 2005).

Språkutviklingen

Det er vel dokumentert at barn med VCFS ofte er forsinket i sin utvikling, og forsinket tale og språk vekker ofte bekymring når barnet forventes å begynne å snakke (Golding-Kushner, 2005). Mange barn med VCFS er nesten non-verbale de første 30 månedene, men mange kan ha en påfallende rask utvikling i løpet av 3-4-årsalderen (Golding-Kushner, 2005). De første setningene kommer gjerne ikke før 3-6 års alder. En studie av ferdighetene hos

gjøre talen ytterligere vanskelig å forstå for dem som ikke kjenner barnet. En stor andel av redusert forståelighet i ulike aldre indikerer store begrensninger i kommunikasjonen hos små barn, men også hos ungdommer og voksne. Når barnet har hypernasal tale bør det henvises til logoped ved Statped Øst eller Vest for å få vurdering med henblikk på taleforbedrende operasjon ved Rikshospitalet eller Haukeland sykehus.

Sosiale vansker og psykisk sårbarhet

Tidlig i barneårene kan sosiale vansker og emosjonell sårbarhet ofte komme i skyggen av somatiske vansker og lærevansker, selv om disse vanskene er gjennomgripende og har negativ innflytelse på livsutfoldelse og læring.

En stor variasjon av emosjonelle vansker har vært beskrevet hos barn og unge med VCFS. I løpet av utviklingen kan disse vanskene komme til uttrykk på dramatisk vis. Swillen, Devriendt, & Gewillig (1997) fant at etter 11 års alder rapporterte foreldre økende nivå av angst og depresjon. Dette samsvarer med egen studie, en intervjuundersøkelse av 24 mødre til barn med VCFS. De pekte på at en kombinasjon av hormonelle forandringer under puberteten og økte sosiale krav som følge av alder kan spille en rolle i utviklingen av alvorlig angst og depresjon hos barn og unge med VCFS.

Autisme spekter vansker har også vist seg å være fremtredende. En svensk studie fant at ca. 40 % av barna fylte kriteriene for autismespektrum vansker og/ eller ADHD (Niklasson, Rasmussen, Oscarsdotir og Gilberg 2009).

Adekvat hjelp

Det er viktig å understreke den store variasjonen i symptomer når det gjelder barn med VCFS. Behandlingen må derfor ta utgangspunkt i det enkelte barnet, og generelle råd er derfor vanskelig å gi. En hovedsak vil likevel være å innlede en god samhandling med foreldre med sikte på felles forståelse av barnets atferd, slik den viser seg. Ikke alle barna her fått sin diagnose bekreftet, men dersom helsepersonell får tanker om at det kan gjelde VCFS, bør man samtale med foreldre om muligheten for og, eventuelt, anbefale en genetisk test for å få mistanken bekreftet eller avkreftet. De fleste foreldre vil være interessert i å få en forklaring på barnets vansker, men noen vil også vegre seg mot å vite. Jeg vil anbefale at man foreslår henvisning til Spesialistteam for

«Mange foreldre og barn vil ha behov for å møte andre med samme diagnose.»

fem – åtte – åringer når det gjaldt å gjenfortelle en historie, fonologi, syntaks og reseptivt vokabular, viste at barna hadde vansker på alle de undersøkte områdene (Persson, Lohmander, Jonsson et al., 2006; Sæther, 2011). Resultatene viste også negativ korrelasjon mellom alder og ferdigheter når det gjaldt å gjenfortelle en historie, noe som innebærer at eldre barn kan ha større vansker med ekspressivt språk. Studien bekreftet at språk- og talevansker er et gjennomgående trekk hos personer med 22q11 delesjon syndrom. Dette innebærer at barna trenger språk- og taloppfølging, ikke bare i førskolealder, men gjennom hele oppveksten.

Taleutvikling

Barn med VCFS har større risiko for hypernasalitet enn barn med ganespalte uten syndrom (Golding-Kushner, 2005). Hypernasalitet innebærer at stemmen ofte får en klang fra øvre nesesvelget og talen preges av luftstrøm gjennom nesen. Hvor mange som har hypernasal tale er usikkert. Ulike studier varierer fra 75 % - 90 % av barna (Shprintzen, 2005). Hypernasalitet kan føre til at barnet har vansker med artikulere språklidene korrekt. Kompenserende artikulasjonsmåter kan



SPISEVANSKER: Dysfunksjon i gane og svelg er vanlig hos barn med syndromet. Det kan medføre vansker med suging, spising og svelging. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Velo-Cardio-Facial syndrom/DiGeorge 22q11delesjon syndrom, Barneklubben, Rikshospitalet både for utredning og veiledning eller for å få en samtale med genetiker.

Helsedirektoratet ga i 2010 ut en veileder som blant annet omhandler forekomst, utredning, behandling og oppfølging i tillegg til språk-, talevansker og logopedi. Den beskriver behandling av VCFS i flere land og avslutter med vurderinger og tilrådinger.

Dersom barnet har betydelige språk- og talevansker bør det henvises til Statped (se web adresse nedenfor).

Mange foreldre og barn vil ha behov for å møte andre med samme diagnose til erfaringsutveksling og for informasjon. Frambu senter for sjeldne sykdommer arrangerer samlinger for foreldre og barn med VCFS-diagnosen. De arrangerer leire for barn og unge og inviterer også fagfolk til å informere om syndromet.

Individuell plan (IP), en rettighet

Når barnet er født med store vansker kan foreldrenes intuitive kompetanse ofte oppleves som util-

strekkelig, og gi en følelse av tap av kontroll. Barnets vansker påvirker hele familien og kan bli styrende for dagliglivet. Helsepersonell må forholde seg til familiene ikke bare som flinke teknokrater, men også som kloke og taktfulle profesjonelle. Empatisk interaksjon og en felles forståelse med foreldre må etableres for å hjelpe foreldre til å gjenvinne tilliten til at egen kapasitet som god nok. Hjelp til en opplevelse av kompetanse og tilfredsstillelse i rollen som foreldre ansees å være sentral for tilpasningen til foreldrerollen og har en avgjørende innvirkning på foreldreatferden og på barnets psykososiale utvikling (Stern, D, 1995).

I dag har alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven rett til å få utarbeidet en individuell plan. Det skal være en plan til hjelp og støtte for den som har behov for koordinerte tjenester, og koordinator for planen skal samarbeide med den som har tjenestebehovet. Den skal oppfordres til, og delta aktivt i å beskrive behov for tjenester, ønsker og mål som er viktig for vedkommende selv – i dag og i fremtiden.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er hjemlet i helselovgivningen og trer i kraft fra 1. januar 2012. Rett til individuell plan følger for øvrig også av NAV-loven fra 2006, lov om sosiale tjenester i NAV fra 2009 og barnevernloven.

Rapporter og kontaktadresser

Foreningen VCFS - Di George Syndrom (22 q 11 delesjon), Hjemmeside: Foreningen VCFS
Frambu - et kompetansesenter for sjeldne og lite

«Barnets vansker påvirker hele familien og kan bli styrende for dagliglivet.»

kjente funksjonshemninger, <http://www.frambu.no/SINTEF>, Rapport (2008). Sjeldne funksjonshemninger i Norge. Brukeres erfaringer med tjenesteparatet. Den «sjeldne» erfaringen dreier seg om en opplevelse av å falle utenfor fagfolks kunnskapsunivers. <http://www.sintef.no/>.

Spesialistteamet ved Rikshospitalet: DiGeorge 22q11 delesjon syndrom: <http://www.oslouniversitetssykehus.no/pasient/diagnoseog sykdommer/Sider/22q11>

Statped: <http://www.statped.no>



TRYGGE I ROLLEN: Foreldre kan oppleve utilstrekkelighet og at de mangler kompetanse til å ta seg av sitt barn med VCFS-diagnose. Støtte fra helsepersonell kan gi dem tryggheten tilbake. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Veilederen tilbudet-til-pasienter-med-leppe-kjeve-ganespalte-herunder-velocardiofacialt-syndrom-faglig-gjennomgang: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/tilbudet-til-pasienter-med-leppe-kjeve-ganespalte-herunder-velocardiofacialt-syndrom-faglig-gjennomgang> ■

Referanser:

1. Antshel, KM, Shprintszen R, Fremont, W, Higgins et al. (2010). Cognitive and psychiatric Predictors in velocardiofacial syndrome: a 3-year follow up study. *Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry*. Apr; 49(4):333-44.
2. Devrient, K., Rommel, N., Casteels, I. (2005). Nephro-urologic, gastrointestinal, and ophthalmic findings. In: Murphy, K.C. & Scambler, P.J. (2005). *Velo-cardio-Facial Syndrome. A Model for Understanding Microdeletion Disorders*. Cambridge University Press.
3. Eicher, P.S., McDonald-McGinn, D.M., Fox, C.A., Driscoll, D.A., Emanuel, B.S. & Zackai, E.H. et al. (2000). Dysphagia in children with 22q11.2 deletion: unusual pattern found on modified barium swallow. *Journal of Pediatric*, 137, 158-64.
4. Golding- Kushner (2005). Speech and language disorders in velo-cardio-facial syndrome. In: Murphy, K.C. & Scambler, P.J. (2005). *Velo-cardio-Facial Syndrome. A Model for Understanding Microdeletion Disorders*. Cambridge University Press.
5. Green, T.M., Gothelf, D. & Eliez, S (2009). Psychiatric Disorders and Intellectual Functioning Throughout Development in Velocardiofacial (22q11.2 Deletion) Syndrome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol 48, 11: 1060-1068.
6. Lima, K. (2012). The 22q11.2 Deletion Syndrome. Clinical, immunological and dental aspects. Ph.D. Thesis. Faculty of Medicine, University of Oslo.
7. McDonald- McGinn, D, Sullivan, K. (2010) Chromosome 22q11.2 Deletion Syndrome (DiGeorge/Velo-cardio-Facial Syndrome). *Medicine*. Vol90, 1: 1-18.
8. Niklasson, L., Rasmussen, P., Oskarsdottir, S., Gilberg, Chr (2009): Autism, ADHD, mental retardation and behavior problems in 100 individuals with 22q11deletion syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 30: 763-773.
9. Persson, C., Lohmander, A., Jonsson, R., Oskarsdottir, S., Soderpalm, E. (2003). A prospective cross-sectional study of speech in patients with the 22q11 deletion syndrome. *Journal of Communication Disorders*. 36 (1) 2003, 13-47.
10. Shprintzen, R.J. (2008). Velo-Cardio-Facial Syndrome: 30 Years of Study. *Developmental Disability Research Reviews*, 14: 3-10.
11. Sullivan, KE (2008). Chromosome 22q11.2 deletion syndrome: Di George syndrome /Velocardiofacial Syndrome. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 28(2): 353-66.
12. Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation. A Unified View on Parent -Infant Psychotherapy*. New York: Basic Books.
13. Swillen, A., Devriendt, K., Legius, E., et al. (1999). The Behaviour Phenotype in Velo-Cardio-Facial Syndrome (VCFS): From Infancy to Adolescence. *Genetic Counseling*, 10 (1): 79-78.
14. Swillen, A, Devriendt, K. & Gewillig, M (1997). Intelligence and psychosocial adjustment in velocardiofacial syndrome. A study of 37 children and adolescents with 22q11.2 deletion syndrome. *Journal of Medical Genetics*, 34, 453-458.
15. Sæther, I-L. (2011, a). Språk og kommunikasjonsvansker og andre medfødte vansker hos barn og unge med Velocardiofacial Syndrom. En Pilotstudie. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 4: 22-27.
16. Sæther, I-L. (2011, b) Sosiale aspekter og emosjonell sårbarhet hos barn med Velocardiofacial syndrom (VCFS). En pilotstudie. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 4: 30-36.

Bedre oversikt over barns helsetilstand

Helseprofil 0-20 år er en tilleggsfunksjon i HsPro. Modulen gir god oversikt over barns helsetilstand, men den kan bli enda bedre.



Av Margaret Torbjørnsen, helseøster og rådgiver i etat for barn og familie Bergen kommune

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Bergen kommune gir tjenester til cirka 63 500 barn og unge 0–20 år. De siste årene er det født omtrent 3500 barn per år. Nesten 100 % av barnefamilier velger å bruke tjenesten.

Tjenesten tilbys ved 20 helsestasjoner, 104 grunnskoler og 31 videregående skoler. Ungdommer i alle bydeler har tilgang til helsestasjon for ungdom. Jordmortjenesten er etablert ved 11 helsestasjoner og ca. 80 % av gravide velger å ha kontakt med jordmor ved helsestasjonene. Helsestasjonspsykologer gir en lavterskel tilbud til barnefamilier 0–5 år, og i noen enheter er det knyttet psykolog til skolehelsetjenesten. I 2012 var det cirka 12 årsverk av leger tilknyttet tjenesten.

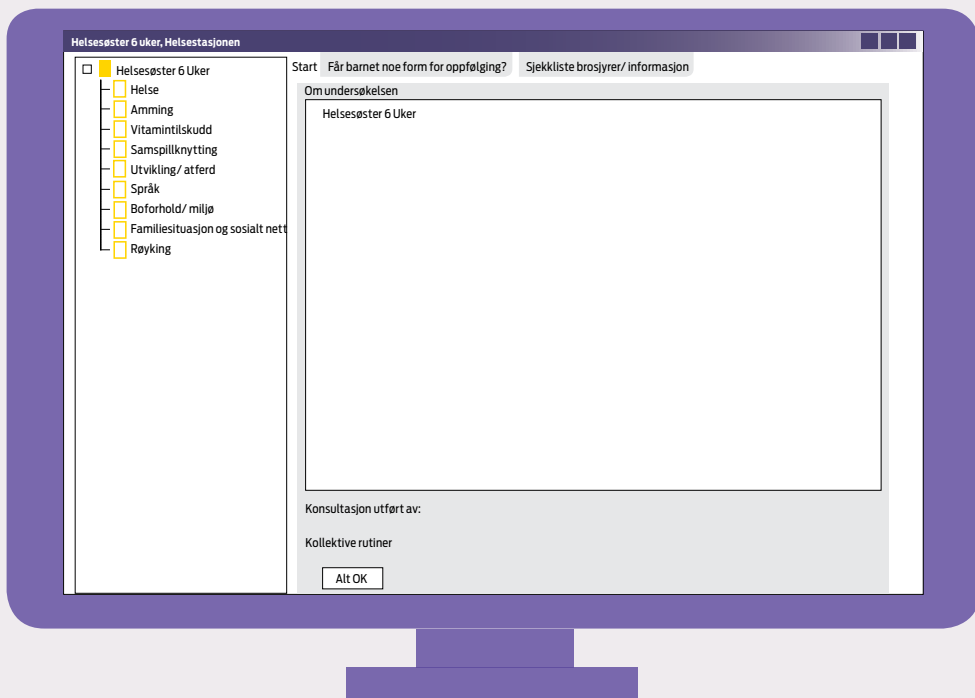
Bystyret har vedtatt at innhold i tjenesten skal følge nasjonale faglige normer. Det er i Bergen utarbeidet lokale programmer for svangerskapsomsorgen, for skolehelsetjenesten ved grunn- og videregående skoler og et program for tjenesten 0–5 år er under arbeid. Innhold i programmene er basert på veileder til forskrift av 3. april 2003 (IS-1154), samt andre statlige veiledere som er utgitt de siste årene.

Tjenesten gir tilbud om helseundersøkelse til hele årskull og har flere kontakter årlige med de minste. Det er ikke vanskelig å se at helsestasjons- og skolehelsetjenesten samler en stor mengde

opplysninger om barn og unges helse og påvirkningsfaktorer.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten pålegger tjenesten «å bidra til kommunens oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen til barn og ungdom, og til gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjon», jf. § 2-2, men dette har vært en sovende paragraf. Muligens fordi opplysninger om barn og unges helse har vært nedtegnet i en form som tilfredsstiller kravene i journalforskriften - det vil si som fritekst, men ikke i en form som kan gi tjenesten annen type informasjon og ikke i en form som omverden kan ha nytte av.

Det kan se ut som sentrale helsemyndigheter ikke har hatt forventninger om at helsestasjonstjenesten vil klare å oppfylle krav i denne paragrafen. Under arbeid med folkehelseoven og forskrift om oversikt over folkehelsen synes det ikke som man har hatt noe særlige tillit til at denne tjenesten vil kunne levere helsedata av interesse. I høringsnotatet som ble sendt ut i forbindelse med ny folkehelseforskrift er det drøftet hvordan fylkeskommunen kan skaffe oversikt over befolknings helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Det er foreslått at fylkeskommunen bruker et standardisert spørreskjema – et for ungdom og et for voksne. Det er vanskelig å se at en spørreundersøkelse vil gi



HELSEUNDER-SØKELSE: Journalføring på data gjør at opplysningene registreres slik at de kan brukes i statistikker som for-teller noe om barn og unges helse i kommunen. Slik ser en del av undersøkelsen for 6-ukers-kontrollen ut. Illustrasjon: Sykepleien.

mer pålitelig data enn en tjeneste som har kontakt med omtrent 100 % av et årskull.

Helseprofil 0-20 år

Helseprofil 0–20 år, er en en modul som gir oversikt over barns helsetilstand. Bergen kommune innførte i 2002 journalsystemet HsPro for journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Systemet leveres av Visma Unique. Slike systemer trenger kontinuerlig forbedring og utvikling og i 2008 innvilget Bergen kommune 0,9 millioner til en videreutvikling av journalsystemet. Hensikten med utviklingen var følgende:

- Å få en mer tjenlig journal for det enkelte barn
- Å evaluere effekten av forebyggende tiltak og få en bedre oversikt over tjenesteproduksjon
- Å bidra til kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer hos barn og unge
- Å levere data til godkjente forskningsprosjekter

Prosjektet ble organisert med prosjektleder (helsesøster), en prosjektgruppe og en uformell rådgivningsgruppe bestående av representanter fra Helse Bergen HF (Barneklirikken), Folkehelseinstituttet (Medisinsk fødselsregister), Universitetet i Bergen (Institutt for samfunnsmedisinske fag), Høgskolen i Bergen og Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Bidrag fra rådgivningsgruppen har vært avgjørende for resultatet.

Prosjektet resulterte i en tilleggsmodul til journalsystemet (helseprofil) som inneholder ni helseundersøkelser:

- 6 ukers helsesøster- og legeundersøkelse
- 6 md. helsesøster- og legeundersøkelse
- 2 år helsesøster- og legeundersøkelse
- Skolestart helsesøster- og legeundersøkelse
- Målrettet helseundersøkelse tilpasset barn i grunnskolen

«Målrettet helseundersøkelse er et godt verktøy til å avdekke vansker hos elevene på ungdomstrinnene.»

Innhold i undersøkelsene er i stor grad basert på veilederens anbefalinger. Det betyr at opplysninger som helsesøster tidligere registrerte som fritekst, registreres nå i en form som kan gi statistikker. Noen temaer går igjen i alle undersøkelser, for eksempel ernæring, søvn, samspill/tilknytning, utvikling/atferd, språk, familiesituasjon og sosialt nettverk, og barnets helse generelt. Ulike screeningsverktøy slik som EPDS og Ages and Stages ble vurdert, men ikke tatt inn. Dette fordi kostnad



REGISTRERING: Helseopplysningene registreres på data i modulen Helseprofil 0-20 år. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

/nytte av å screene en hel befolkning for utviklings- og andre forstyrrelser er omdiskutert. På den andre siden, skulle helsemyndighetene anbefale innføring av ett eller flere screeningsinstrumenter vil modulen kunne utvides uten store problem. Foreløpig er vurderingene som foretas basert på tillit til faggruppene som arbeider i tjenesten, og til deres faglige skjønn.

Hvis vi spør om hensikten med helseprofil er oppnådd, kan det se ut som tjenesten har fått en mer tjenlig journal for den enkelte – på noen områder. Det er for eksempel mulig å få en rask oversikt over barn i oppfølgingsgruppe 3 og 4 og sjekke om de som oppfyller vilkårene til Individuell plan har fått et tilbud. Helsesøstre i ungdomsskolene forteller at Målrettet helseundersøkelse er et godt egnet verktøy til å avdekke ulike vansker hos elevene på ungdomstrinnene. På den andre siden har både leger og helsesøstre kommet med forslag som kan gjøre modulen til et mer effektivt redskap i hverdagen. Dessverre har det ikke lyktes å få systemleverandør til å utføre mer enn en brøkdel av endringsønskene.

Målet om å kunne evaluere effekten av forebyggende tiltak og få en bedre oversikt over tjeneste-produksjon er langt på vei oppnådd, for eksempel

«Det er et stort behov for å utvide modulen.»

har kommunen fått en oversikt over andel barn som får morsmelk. Data fra 2010 og 2011 viser at ca. 73 % av spedbarn fullammes ved 6 uker og ca. 20 % fullammes ved 6 måneders alder. Det er også interessant at andel barn ved 6 uker som ikke får morsmelk i det hele tatt er omtrent lik i 2010 og 2011 (ca. 10 % ved 6 uker og ca. 20 % ved 6 md.). Muligens vil framtidig variasjon i ammeprofilen si noe om kvaliteten innen barselomsorgen. Foreløpig

ser det ikke ut som sertifisering som «ammekyndige helsestasjon» påvirker variasjonen mellom tjenestens åtte enheter.

Modulen har bidratt til kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer hos barn og unge. Helsedata fra skolestartundersøkelsen ble brukt i kommunens levekårsrapport 2012. Med bakgrunn i denne rapporten har kommunen vedtatt en satsing innen tre geografiske områder der man har funnet en opphopning av levekårsulempen. Det vurderes om data fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan brukes, sammen med de andre indikatorene, til å evaluere effekten av satsingen.

I løpet av 2012 har kommunen levert data til godkjente forskningsprosjekter. Det er også registrert en økende interesse fra høyskolestudenter på bachelor- og masternivå. Alle søknader om å bruke data fra Helseprofil vurderes sentralt i kommunen.

Videre utvikling

Tjenesten ønsker en videreutvikling av modulen og planer ligger klare, men er avhengig av finansiering.

Det er et stort behov for å utvide modulen til å omfatte både 1-års og 4-års undersøkelse. Disse er utarbeidet, men ikke programmert. Målrettet undersøkelse bør tilpasses barne- og videregående skoler. Helsestasjon for ungdom, med cirka 10 000 konsultasjoner i året, har behov for et moderne journalsystem der man kan få oversikt over utvikling innen prevensjonsforskiving, prøvetaking for klamydia og andre viktige forebyggende tiltak innen ungdomshelse. En modul for svangerskapsomsorgen kan utvikles etter omtrent samme mal.

Folkehelseloven og folkehelseforskriften sier at kommunen skal ha «nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på dette». Helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan nå levere data av god kvalitet som er til nytte i lokal planlegging og evaluering av tiltak.

Innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten påstås det at «forebygging nytter». Å kunne underbygge påstanden ser ut til å være innen rekkevidden. ■

Har fått penger

Etter at artikkelen ble skrevet, har Bergen kommune fått 400 000 kroner til å videreutvikle modulen «helseprofil.»

Alternativer til medisiner ved atferdsdiagnoser

Sansemotoriske øvelser og skreddersydd diett kan bedre hverdagen til de fleste barn med atferdsdiagnoser, mener artikkelforfatter Kristian Fagerland.



Av Kristian Fagerland,
faglig leder av Barn i farta

Alle barn har til en viss grad utfordringer under oppveksten. Dette skyldes hjernens normale modningsprosess. Hjernen er ikke fullt utviklet før vi runder 20 år. Noen barn har av ulike årsaker forsinkelser i denne utviklingen og får derfor større problemer enn andre.

Mange årsaker

Årsakene til umodenhet og atferdsavvik er mange, og skyldes ofte en sammensetning av flere faktorer. I realiteten er det nok en god blanding av arv og miljø som bidrar til denne problemstillingen. I motsetning til miljø, er arvelige komponenter dessverre vanskeligere å forandre på. Det betyr likevel ikke at dersom hovedgrunnen til et barns atferdsavvik skyldes arv, at vi ikke kan gjøre noe for dette barnet. Heldigvis er følgende ofte tilfelle: «Livet er som et kortspill. Man kan få utlevert dårlige kort (gener), men det betyr ikke nødvendigvis at du kommer til å tape. Hvis du spiller kortene dine (miljø) riktig kan du fortsatt vinne.»

Jirtle og Waterland beviste i begynnelsen av 2000 tallet at genotype (arv) ikke alltid gjenspeiler fenotype (utseende/realiteten). De bekreftet, i mus, at genene for diabetes og kreft kunne skrues av eller på

ved miljøpåvirkning. Hvis mor spiste «usunt» eller ikke var i fysisk aktivitet, så fremmet dette diabetes og kreft i fremtidige avkom. Dette fenomenet kalles epigenetikk, og har blitt et høyt aktuelt tema i dagens cellebiologi.

Livsstilen vår har mulighet til å påvirke hvilke gener vi skal uttrykke. Derfor eksisterer det mange tilfeller hvor to personer kan ha samme gen for sykdom, men bare den ene utvikler sykdommen. Forskjellen er ikke genetisk, men livsstilsrelatert. Livsstil påvirker ikke bare din egen helse, men også faktisk dine fremtidige generasjoner helse. Derfor er det nødvendig for alle, uavhengig av hvilke gener vi er utstyrt med, å redusere stressnivå, spise riktig og være i fysisk aktivitet.

Flere får diagnoser

Det er vel ingen tvil om at dagens barn inntar mat av dårligere kvalitet, er i mindre fysisk aktivitet og stresser mer enn tidligere, sammenliknet med barn for bare 20 år siden. Etter introduksjonen av tv, og data på 90-tallet, har atferdsdiagnoser eksplodert. Noen hevder at dette skyldes mer fokus på disse diagnosene og forbedringer i de diagnostiske kriteriene. Det er mulig vi fokuserer mer på AD/HD og Autisme Spektrumet nå, men faktisk så er de diagnostiske retningslinjene så å si uendret de siste 50 årene for disse gruppene. Alle atferdsdiagnoser blir satt ut i fra spørreskjema fra DMS-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders). Det finnes foreløpig verken gentester, urinprøver, blodprøver eller hjernescaner som diagnostisk kan påvise AD/HD eller autisme. Det er en myte at vi i dag er flinkere til å identifisere disse diagnosene.

Forskning indikerer at omtrent 4-6 prosent av alle

Om forfatteren

Artikkelforfatter Kristian Fagerland er utdannet mikrobiolog og kiropraktor, med videreutdannelse i funksjonell neurologi. Han driver Eureka Kiropraktikk Stavanger – et nevrocenter og klinikk innen barn og atferdsbehandling. I tillegg er han faglig leder av «Barn i farta», som er et nettbasert behandlingsprogram for barn med atferd- og konsentrasjonsvansker.



dagens barn har ADHD eller autisme (1,2,3). Ifølge www.legeforeningen.no defineres atferdsforstyrrelser av denne typen som uheldredelige kjemiske forstyrrelser i hjernen, hvor genetiske faktorer spiller en vesentlig og forklarende rolle. Statped, som er et statlig spesialpedagogisk støttesystem, ser også ut til å støtte legeforeningens definisjon at genetiske faktorer er hovedgrunnen til at disse lidelsene forekommer (4). Andre skoler tenker heldigvis noe annerledes.

Ikke hele sannheten

Francis S. Collins er forsker, ph.d. og lege. Han var leder for «The Human Genome Project» som på slutten av 1990-tallet og begynnelsen av 2000-tallet kartla alle menneskets gener. Tanken bak prosjektet var at når genene våre ble kartlagt, så hadde vi oppskriften til å lage medisiner for alle verdens sykdommer. Denne hypotesen viste seg å være feil. Riktignok klarte forskerne å kartlegge alle menneskets gener,

men vi opplever allikevel ingen endringer i verdens sykdomsbilde. Francis S. Collins uttaler seg i etterpåklokskap som følgende: «Genene våre forteller ikke hele sannheten. Nyere økning av kroniske sykdommer som diabetes, barneastma, fedme og autisme kan ikke skyldes forandringer i genene våre, da disse krever mye lengre tid til å forandre seg. Det må skyldes mil-

GODT FOR PSYKEN: Riktig kosthold kan gi barn med adferdsproblemer et bedre liv. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Etter introduksjonen av tv og data har atferdsdiagnoser eksplodert.»

jølige forandringer som for eksempel diett og fysisk aktivitet.» (5)

Hvis Francis S. Collins har rett, åpner dette dører for en helt ny atferdsbehandling. Hvis miljølige og epigenetiske faktorer som kosthold, trening og stress-

mestring er like viktige som gener, burde vi kanskje være mer skeptisk til hyppig bruk av sentralstimulerende medisiner som Ritalin, Stratera, Concerta og lignende? Disse kurerer ikke atferdsproblemer, men lindrer kun symptomene. Medisinene har for øvrig en del alvorlige bivirkninger (6). Hva med å starte behandlingen av disse barna med en mindre invaderende metode, som å se på livsstilsfaktorer og funksjonalitet av nervesystemet?

Øvelser og ernæring

Eric Kandell beviste i 2000 at dersom tilstrekkelig næring er til stede, blir nerveceller sterkere og mer funksjonelle når de blir stimulert (7). Forskningen ga ham en Nobel-pris. Kandells arbeid støtter en sanse-motorisk tilnærming i behandlingen av disse barna. Denne gruppen kan tilsynelatende ha særs godt av å styrke visse områder i hjernen.

Barna bør få en funksjonell analyse av nervesystemet, og deretter utelukke mulige matintoleranser og stressfaktorer. Når vi forstår hvilke områder av hjernen som funksjonelt er nedsatt, og hvilken mat barna fungerer best på, kan vi gi spesifikke og rehabiliterende sansemotoriske øvelser samt et skreddersydd ernæringsprogram. Dersom det eksisterer psykososialt stress så må dette håndteres av en profesjonell behandler som for eksempel psykolog eller NLP Coach osv.

Barn med atferdsavvik demonstrerer en mer primitiv atferd enn andre barn. Disse barna sliter

«Livsstil påvirker ikke bare din egen helse, men dine fremtidige generasjoners helse.»

med sosiale aspekter, helhetsforståelse, tålmodighet, sinnekontroll, langsiktig planlegging og målrettet oppførsel, kommunikasjon, multitasking osv. På mange måter kan denne type atferd sammenliknes med væremåten til et dyr. Dyr har dårligere sosiale antenner, tenker ofte kortsiktig istedenfor langsiktig, er mye mer utålmodige, mer aggressive, har dårligere evne til å se helheten i situasjoner, dårligere evne til å kommunisere og er dårligere til å multitask enn oss mennesker. Hovedforskjellen på menneskehjernen og dyrehjernen er at vi har utviklet store og komplekse frontale strukturer. Disse strukturene gjør det mulig for oss å kontrollere primitiv atferd. Dermed kan man si at primitiv atferd skyldes et problem i



FULL FART: Barn med atferdsavvik kan slite med sinnekontroll og oppførsel, men det er ikke dermed sagt at de trenger medisiner. Det er først aktuelt hvis de ikke responderer på medisinfri behandling. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

frontale mekanismer, noe som også gjenspeiles i den neurologiske og funksjonelle undersøkelsen.

Disse barna demonstrerer ofte aktive primitive reflekser, noe som er unormalt i «friske» barn (5,8), og er et tegn på nedsatt frontal funksjon. Barna tester også dårlig i andre frontale tester som for eksempel multitasking, impuls kontroll, manglende evne til å ta avgjørelser, optokinetiske responser, fingerfleksjonstester, med mer. I tillegg er de stadig dårlig i motorisk og kognitiv koordinasjon. I den kliniske hverdagen ser vi at trening/stimulering av hjernens frontale områder, samt en eliminering av matintoleranser, og optimalisering av diett og psykososialt stress kan forandre disse barnas hverdag. Skulle det vise seg at noen barn ikke responderer til denne type behandling, noe som er svært sjeldent, så er det indikert med en mer invaderende metode. Først da bør det være aktuelt med medisiner. ■

Referanser:

1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0002518/> (PubMed Health)
2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0002494/> (PubMed Health)
3. Welcome to your child's brain by Aamodt & Wang
4. <http://www.statped.no/adhd> (Statped)
5. Disconnected Kids by Robert Melillo
6. <http://en.wikipedia.org/wiki/Methylphenidate>
7. Principles of Neuroscience by Kandell & Schwartz
8. Reflexes, learning and behaviour by Sally Goddard Blythe

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. 95 24 03 28



Styremedlem/kasserer:
Gro Tønseth
Midtgårdvegen 5,
9105 Kvaløya
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/torunrm@gmail.com
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
Einerkroen 10,
3032 Drammen
E-post: randi.johnsen@ebnett.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: kwaldum@online.no/
kristin.waldum@hev.oslo.kommune.no

AKERSHUS

Hanne Molander Ott
Jerpafaret 26 G, 0788 Oslo
M: 99 77 16 51 P: 22 49 65 40
E-post: hanne.molander.ott@baerum.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: ive.kristin.mittet@gmail.com/
ive.staune.mittet@lillehammer.kommune.no

BUSKERUD

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

ØSTFOLD

Grete V. Bjørland
Ridehusgt. 6, 1606 Fredrikstad
J: 69 95 81 60 M: 93 60 24 43
E-post: Lah Østfold: lahostfold@gmail.com/grvb@
fredrikstad.kommune.no

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

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

AUST-AGDER

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

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.
kommune.no/
gunhild.b.lislevand@hotmail.com

ROGALAND

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

HORDALAND

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

SOGN OG FJORDANE

Solveig Heggheim
Bogardsvegen 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
Sarskagvn 7b, 7650 Verdal
M: 45 61 47 74
E-post: elinduvsete@ntebb.no/
elin.duvsete@verdal.kommune.no

NORDLAND

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

TROMS

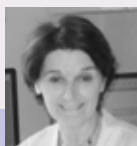
Siv Normann Henriksen
Boks 43, 9450 Hamnvik
M: 99 01 28 24 P: 77 09 91 55
E-post: siv.henriksen@ibestad.kommune.no

FINNMARK

Kjerstin Møllebakken
Porsveien 14, 9912 Hesseng
J: 78 97 76 70/78 97 76 67
M: 95 15 46 70
E-post: kmo@svk.no

Synstesting av barn

Helsesøstre er den mest kompetente yrkesgruppen til å identifisere synsavvik hos barn og henvise til spesialist slik at behandling kan igangsettes på et tidlig tidspunkt. Dagens retningslinjer for synskontroll fungerer godt.



Av Wendy H. Evans Lothe,
ortoptist, øyepoliklinikken,
Haukeland sykehus

Oppdagelsen av synsavvik på et tidlig tidspunkt er avgjørende for synsfunksjonen resten av livet. Amblyopi er svaksynthet som oftest på et øye uten påviselig organisk årsak. Det er den vanligste visuelle defekten i barndommen og den forekommer relativt hyppig, hos 4 - 5 av 100 barn. Det kan begrense yrkesvalget og kan øke risikoen for ulykker. Dersom amblyopi oppdages tidlig i livet, kan det som oftest behandles. Hvis tilstanden varer i voksen alder, er det også en signifikant risikofaktor for blindhet hos en person som mister synet på det gode øyet. Helsesøstre er derfor nøkkelpersoner i denne forbindelsen og viktige samarbeidspartnere i øyehelsetjenesten.

I 2001 nedsatte Statens helsetilsyn en arbeidsgruppe for å forbedre og kvalitetssikre synstesting, samt utarbeide faglige retningslinjer. Sosial- og Helsedirektoratet fulgte opp prosjektet fra 2002. Faglige retningslinjer kom i 2003 og ble oppdatert i 2006.

Synsundersøkelsen anbefales gjennomført ved 4-årskontroll. Arbeidsgruppen ble enige om at LH synstavlen på tre meter skulle brukes ved undersøkelse av fireåringer. Den tilfredsstillende internasjonale kravene for synstavler og den er den eneste kommersielt tilgjengelige barnetavlen i Norge til bruk på tre meters avstand som oppfyller alle disse vilkår.

På side 19 i det Nasjonale Faglige retningslinjer står det skrevet: «Kravet til synsstyrke ved 4 års alder bør være tre riktige svar på linjen 3/4.8. Ved 4 -5 års alder, tre riktige svar på linjen 3/3.8. Hvis kravene ikke oppfylles, anbefales det omtest.»

Noen av medlemmene i arbeidsgruppen mente at 3/3.8 på begge øynene, hver for seg var for krevende for fireåringer. Her er det rom for helsesøstere til å bruke sin ekspertise, erfaring og sunn fornuft. Undersøkelse av barn er utfordrende. Det er ikke alltid lett å stole på svar slik at disse retningslinjene

må tolkes i forhold til andre faktorer. Har barnet nettopp fylt fire år? Er han/hun nærmere fem år? Hvordan er testresultatet i forhold til utviklingsnivået generelt?

Er man usikker på resultatet selv etter omtest er det viktig å kartlegge følgende risikofaktorer for synsavvik.

- strabisme eller flere med synsproblemer i slekten
- prematuritet
- fødselskomplikasjoner
- forsinket utvikling
- neurologisk utfall

Strabisme

Strabisme og brytningsfeil forekommer oftere hos barn med forsinket utvikling, cerebral parese og kromosomfeil. Disse barna skal henvises til spesialist slik som anbefalt i retningslinjene. Alle barn under skolealder med mistanke om synsavvik, bør også henvises til spesialist.

I andre tilfeller, hvis foreldrene er bekymret og det er usikkerhet rundt resultatet av omtest, vil det være korrekt å henvise barnet til spesialist hvis en eller flere av risikofaktorer er til stede.

Foreldre må bli hørt. Strabisme begynner ofte periodevis og det er ikke nødvendigvis slik at den er til stede ved besøk på helsestasjonen. Indikasjon for henvisning er en samlet vurdering av funn ved observasjon og foreldres bekymring.

Ved åpenbar skjelling bør barnet henvises til spesialhelsetjenesten slik som anbefalt i retningslinjene.

Gode tips:

- La barnet velge navn på bildene. Om barnet ikke vil snakke, kan man bruke pekekortet og «matche» symboler.

■ På nett

- helsedirektoratet.no
- lea-test.fi
- ortoptist.no
- statped.no

– Total tildekking av øyet med plasterlapp er viktig ved monokulær testing. Å holde en hånd foran et øye er ikke bra nok.

– Ved omtest er det en god idé at lappen settes på øyet med det beste visus noen timer i forveien.

– Observasjon av ansiktsuttrykk og kroppsspråk ved tildekking av et øye er viktig. Er reaksjonen lik ved dekking av høyre og venstre øye?

– Det er viktig med ro rundt undersøkelsen

– Det er bra at barnet får skryt når svaret er korrekt, men det er ikke nødvendig å kommentere ved feil svar.

Barn som ikke har fått gjennomført en tilfredsstillende visus undersøkelse i førskolealder, må få det gjort ved skolestart.

Fra seksårsalder

Ortoptist tavlen anbefales fra 6-årsalder. Det er en 6m tavle og ved seksårsalder er 6/9 (0.7) eller bedre, hvert øye for seg akseptert som normalt. Er resultatet dårligere enn 6/9, skal det gjøres omtest om tre måneder. Tavlen kan brukes ved tre meter, men da må man huske å notere resultatet riktig med rett avstand (se nedenfor). Ved sju år og oppover er 6/6 (1.0) eller bedre hvert øye for seg normalt for alderen. Er visus under dette, anbefales et omtest om tre måneder. Hvis det fortsatt er tvil om barnets syn skal barnet henvises til øyelege, ortoptist eller optiker slik som anbefalt i retningslinjene.

Henviing til spesialist

Ved all mistanke om øyesykdom skal det henvises til øyelege eller øyeavdeling. Ved mistanke om myopi kan skolebarn henvises direkte til optiker. Er det mistanke om samsynsproblemer bør barnet henvises til ortoptist/ øyelege. En ortoptist undersøker,



SYNSKONTROLL: Helse-søstre gjør en viktig innsats for å oppdage synsavvik hos barn. Illustrasjon: Colourbox.

diagnostiserer og behandler skjelling, dobbeltsyn og samsynsproblemer. Behandling hos barn kan kreve tett oppfølging i en lang periode, og det er her ortoptister har ekspertise. De samarbeider tverrfaglig med annet helsepersonell; øyeleger, optikere, synspedagoger, nevrologer, barneleger,

«Helsesøstre utfører et grundig arbeid ved synsundersøkelse.»

PPT og helsesøstre. Hvor helsestasjon skal henvises, vil variere i ulike deler av landet alt etter hva er

praktisk gjennomførbart med tanke på tilgjengelighet og ventetid.

«Retningslinjene fungerer bra.»

Registrering av resultat

Angis i brøk med undersøkelsesavstanden i telleren og symbolstørrelsen i nevneren:

For eksempel

LH test: $3/3.8$ = test avstand 3 meter, bildestørrelse 3.8 (0.8)

Ortoptist tavle: $6/12$ = test avstand 6 meter, bokstav størrelse 12 (0.5)

Konklusjon

Det er sjelden i dag at vi i øyehelsetjenesten ser pasienter under 12 år med seint oppdaget amblyopi. Slik var det ikke for 30 år siden. Grunnen til dette er nok

at helsesøstre utfører et grundig arbeid ved synsundersøkelse og henviser førskolebarn med synsavvik til spesialist. Helsesøstre bidrar til at alvorlig nedsatt syn på et øye (grav amblyopi) kan være nærmest fraværende i en hel generasjon. Dessverre er det slik i dag at mange voksne med redusert visus på et øye, kunne ha vært behandlet om tilstanden hadde blitt oppdaget i barneårene. Helsesøstre er den mest kompetente yrkesgruppen til å identifisere synsavvik hos barn og henviser til spesialist slik at behandling kan igangsettes på et tidlig tidspunkt. Retningslinjene fungerer bra og det er helsesøstre med sin erfaring og ekspertise som er best egnet for dette arbeidet. ■



» Jeg har en drøm

Jeg har en drøm om at vi alle var bedre på å se, bry seg om og kjenne på ansvaret for at alle barn og unge og deres familier i nærmiljøet lever godt. Hvor fokuset er litt mindre på hva vi selv vil ha og trenger, og mer på hvem rundt oss som trenger det mer – noen svake, noen slitne, noen syke, noen som strever eller noen bitte små.

Jeg har en drøm om at vi alle tørr å si ifra mer når vi ser urettferdighet og stå opp for de svake i blant oss. Det finnes alltid noen som trenger noe rundt oss. Om ikke alt kan ses, så kan det føles. Lytt og stol på magesfølelsen vi får, og tørre å gjøre noe med det vi kjenner på.

Jeg har en drøm om at vi alle investerer like mye i å bli et godt medmenneske som man investerer i andre store mål og drømmer vi har. Som å bli artist, idrettsstjerne, politiker, rike eller andre bragder.

Jeg har en drøm at alle barn i dag skal bli fremtidige voksne som kan se tilbake på gode og vakre barndomsminner. De minnene er med i ryggssekken for evig. Alle skulle ha bidratt til at barn som har voksne rundt seg som ikke har ressurser til å skape disse minnene, får slike

minner. Barna vokser uskyldige opp i et nærmiljø og lever de livene de har så godt de kan. Sårbare voksne og barn spør sjeldent om hjelp, derfor må alle med styrke og ressurser i seg se, bry seg og hjelpe til.

Jeg har en drøm om at vi alle skulle visst hvor lite som skal til for at man kan gjøre noe godt for noen. Man trenger

«Våkn opp alle verdifulle engler.»

ikke en mastergrad for å bry seg... det er noe vi har i oss – alle og enhver. Alle kan vi gi noe av det vi har fra før, alle har vi egentlig litt tid til overs, alle vet vi hvordan vi gir en klem, gir et smil eller sender gode blikk som viser at man bryr seg.

Jeg har en drøm om at vi alle kan gjøre noe for andre uten at man nødvendigvis skal ha noe tilbake. Det finnes vel ikke en bedre følelse enn å være med på å gjøre en forskjell til at noe blir bedre for noen?

Jeg har en drøm om at vi alle ser vår plikt som voksne å beskytte alle barn og deres familier. Mange barn lever med voksne som trenger støtte til å klare å

beskytte sine barn. Ikke bare støtte fra egen familie og fra hjelpeapparatet, men også fra nabolaget, vennekrets og andre arenaer barna og familien er representert. Hvor man ikke dømmer eller snakker om, men snakker med, bryr seg om og gir en hjelpende hånd!

Jeg har en drøm, jeg har en tro og et stort håp om at det finnes mange engler

der ute som kan være betydningsfull for noen, men englene må kanskje vekkes for å skjønne det selv? Så våkn opp alle verdifulle engler der ute! Mange rundt om i nærmiljøet trenger nettopp deg med på laget for at hverdagen blir litt enklere, og livet blir lettere å leve!

Dette er min drøm. Det er ikke en klage til noen, eller en gitt pekefinger til noen... bare en drøm. Det koster lite å drømme og tenke stort. Og drømmer har vel gått i oppfyllelse før? ■



Tekst
Anna Liljefjell, helsesøster

Søvnkurs gir resulta

Foreldrene har prøvd nesten alt for å få barnet til å sove - uten å lykkes. Kanskje har de ikke prøvd lenge nok til at barnet forstår forandringen eller kanskje har de manglet et skreddersydd opplegg?

SOV GODT: Foreldre kan lære barnet å sove godt, ved å innarbeide gode rutiner. Illustrasjonsfoto: Colourbox.





Adrive med søvngruppe på helsestasjonen er et fantastisk kjekt arbeid, synes vi som jobber med dette på Åkra helsestasjon i Karmøy kommune. Astrid Tjelle Bårdsen er med i søvngruppa og har holdt på med dette i cirka 15 år, alltid sammen med ei annen helsesøster. Nå er Berit Ninni Fjeldheim fra Norheim helsestasjon på Karmøy med.

Karmøy er en stor kommune med omtrent 45000 innbyggere, og det er én helsestasjon som serverer alle når det gjelder søvngruppa.

Tidsbruk og gjennomføring

Når vi teller før- og etterarbeid, bruker to helsesøstre cirka tre timer i uka til dette arbeidet. Helsesøstrene melder aktuelle familier på til et «søvnkurs» hos oss, og vi kaller dem inn etter hvert. Vi har søvngruppe hver uke. I perioder kan vi ha lange ventelister, men stort sett går det greit unna.

Vi benytter et rolig rom uten forstyrrelser. Her slipper vi telefoner og er sammen i omtrent to timer.

Det åpnes opp for skjemt og alvor, og vi minner alltid om gjensidig taushetsplikt i gruppa. Mange foreldre er svært slitne av søvnmangel, så det er viktig at det er rom for både latter og gråt. I tillegg til erfaringsdeling gjennomgår vi generell teori om årsakene til søvnproblem.

Vi forsøker å ha «to gamle» gruppemedlemmer og «to nye» hver gang. Med det mener vi at noen har øvd på opplegget hjemme ei uke og kommer og forteller hvordan det har gått. Det er alltid kjekt og spennende for de nye å høre dette. «De gamle» forteller først om sin uke hjemme der de har hatt i oppgave å skrive søvnklokker; en klokke for hvert døgn. Videre går vi gjennom «de nye», og gir dem et eksakt program som er tilpasset alder på barnet og rutiner i familien.

Så kommer kanskje det viktigste foreldrene gjør sammen med barna den uka de øver seg. De skal gi barnet en positiv forventning til at det er noe kjekt og nytt som skal skje. De skal snakke med

barnet med trygg og nydelig stemme om det som har skjedd, det de sammen holder på med og det som skal skje. Og alltid avslutte med: «Og så skal du sove i senga di i hele natt uten å våkne».

Foreldrene skal ha en times samvær før legging der en skrur av data, mobiler, tv og ikke ha besøk. Barnet skal bli mett på samvær med foreldrene sine. En skal gjøre stor forskjell på natt og dag. All kos og kjærlighet gis på dagen, og når natta begynner skal foreldrene være «kjedelige». Da er det søvn som er det viktigste. Når barnet legges i sengen sin skal en bruke kjedelig stemme.

Deretter fortsetter en med å trygge barnet hele tiden. Aldri ute av synet mer enn 3-5 minutter om gangen. Alltid vente 3-5 min før en går inn når barnet begynner å gråte om natta. Gjøre likt, likt, likt ...«hakk i plata». Stå opp til samme tid hver morgen, lære den indre søvnklokken.

Dette søvnopplegget skal kun gjennomføres når barnet er friskt. Hvis de blir syke i løpet av uka, skal foreldrene selvfølgelig sette til side opplegget, men samtidig fortelle barnet hvorfor. Dessuten anbefaler vi at de også sier at: «Når du er frisk igjen, skal du sove i din seng hele natta uten å våkne.»

«Når natta begynner skal foreldrene være kjedelige.»

Vi vet at dette er noe som hjelper alle i familien til en bedre hverdag. Vi ser også at barn som har lært å sove i sin seng hele natta, veldig fort lærer det på ny hvis de «kommer ut av rytmen» for eksempel etter ferier eller ved sykdom.

Konkrete opplegg – kan det skade barna?

Vi har opplevd kritiske røster til søvngruppa der noen mener vi bruker et gammeldags opplegg. Vi har hørt argumenter som «det kan skade barnet å gjennomføre det noen kaller en skrikekur».

Det meste av grunnlaget for vårt søvnarbeid kan



Av Astrid Tjelle Bårdsen,
helsesøster, Åkra helsestasjon



Av Berit Ninni Fjeldheim,
helsesøster, Åkra helsestasjon

KVELDSKOS: Foreldre skal sette av tid til å være sammen med barnet om kvelden, slik at barnet blir mett av foreldrekontakt før leggetid. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



en finne for eksempel i fagartikler til Bjørg Grova, som har drevet med kliniske erfaringer fra psykologisk søvnbehandling i mange år.

Dessuten leser vi i en ny rapport fra det anerkjente tidsskriftet «Pediatrics», at metoden vi bruker er effektiv og trygg med tanke på barns fremtidige psykiske helse og deres forhold til foreldrene.

Som fagpersoner vet vi at opplegget er basert på å ivareta tryggheten rundt barnet. Det er det vi arbeider mest med. Mor og far går til og fra, men vil aldri forlate barnet. Ved å gå inn og ut hvert 3-5 minutt, trygger de barnet og de viser at de er til stede. De gjentar hver gang: «Mamma / pappa passer på deg – Nå er det natt – Nå skal du sove – God natt». Vi kaller det «å stemple inn» jevnt og trutt både når barnet er frustrert eller bare ligger våken. Foreldrene skal være kjedelige og gå inn og ut helt til barnet sover dypt. Gjennom dagen forbereder de barnet på det nye som skal skje. De blir hele tiden fortalt om alt som skal skje slik at det ikke blir noen overraskelser for dem. At søvn avler søvn vet vi veldig godt. Mange foreldre har den oppfatningen at hvis de sparer på dagsøvnen, tror de at barnet sover bedre om natta. Sannheten er motsatt, noe de opplever i praksis også. Ekstra synlig blir dette når de ser på søvnklokkene de skriver.

Vi har sett den senere tid at for eksempel barnehager er blitt flinkere til ikke «å vekke barna» midt i den gode søvnen, noe som også hjelper til bedre netter. Å føre søvnklokker synes mange foreldre er konkret og bra. Det viser så tydelig hva som skjer gjennom natta og at rytmen forandrer seg. Det er umulig å huske fem netter tilbake hva som skjedde da.

Hva gir resultater?

«Hva er hemmeligheten – hva er det som hjelper?» Dette spørsmålet får vi hele tiden, og vi tror det er mange ting samlet sett som gir de gode resultatene.

At vi kaller det søvnkurs – og foreldrene må melde seg på, gjør noe med innstillingen til at nå er det tid for innsats. Å treffe andre foreldre i samme situasjon og med samme type utfordringer, gir inspirasjon til å jobbe med dette, sier noen. De refererer til noen de kjenner som har gått på søvnkurs tidligere og som var kjempefornøyde. Å møte i en gruppe til to avtalte tidspunkt forplikter. Foreldrene får informasjon om å rydde disse ukene. Dette er en jobb og andre avtaler må settes til side.

Vi går veldig grundig gjennom hver enkelt familie der de selv må fortelle hvordan nettene er hjemme og vi er bare lyttende. Vi snakker om årsaker til at søvnproblemene kan oppstå. Mange kjenner seg igjen. Videre formidler vi teori rundt søvnbehov,

«Barnehager er blitt flinkere til ikke å vekke barna midt i den gode søvnen.»

søvn mønster og følger av søvnmangel. Vi gir et grundig og konkret opplegg som foreldrene følger. Mange uttrykker at det er godt å ha et håndfast verktøy. Noen sier at det er godt å vite at de kan ringe til oss hele uka både på dag og kveldstid hvis de lurer på noe. Dette blir sjelden benyttet, men det å ha muligheten er en trygghet. Å være konsekvent og gjøre likt over tid, gir den største gevinsten.

Gode tilbakemeldinger

Vi kunne referert mange gode eksempler på fornøyde foreldre og ikke minst fornøyde barn som har funnet den gode søvnen. Her er et lite knippe:

- Nå har han / hun lært en ny og god vane.
- Nå sover han/hun hele natta uten å våkne. Det har han/hun aldri gjort før.
- Han/ hun kan sitte lengre i ro og leke alene, virker mer fornøyd.
- Han/hun har fått mye bedre matlyst etter å ha sluttet med nattmåltid.
- Vi har fått gode kveldsrutiner for hele familien og en bedre og roligere avslutning på dagen.
- Parforholdet er bedre.
- Min 7 md. gamle sønn forsto hva jeg sa.
- 1-åringen min sier selv «sova», og går mot soverommet. Han er blitt glad i senga si.

Å arbeide med søvnkurs kan på det sterkeste anbefales til alle helsesøstre. Dette er resultatbasert arbeid, med masse gode tilbakemeldinger. ■

■ Anbefalt litteratur

- Artikkel: Tidsskrift for norsk psykologforening nr. 4 2007. V/Bjørg Grova
- Artikkel: Pediatrics. 24. januar 2013.

Smarttelefon stjeler foreldretid fra barna

Samspillstyver som smarttelefon, nettbrett og pc kan ta mye av foreldrenes tid – på bekostning av samværet med barna. Hva kan vi gjøre med det?



Av **Berit Hamre**, helsesøster og leder Madla helsestasjon, Stavanger

Dagens samfunn byr på mange muligheter og med dem nye utfordringer. Vi er blitt avhengige av smarttelefon, nettbrett, pc og en rekke datatilbehør i hverdagen.

Vi kan lese avisen på nettet og betale regninger elektronisk. Vi kan ha kontakt med venner på facebook og utveksle meninger på twitter. Vi skyper med besteforeldre på andre siden av jordkloden. Mange liker å legge ut skrytealbum på nettet, og mange bedrifter ønsker at medarbeiderne er tilgjengelig for arbeidsgiver 24 timer i døgnet via smarttelefon.

Disse hjelpemidlene gjør hverdagen enklere, men de stjeler tid fra dem du faktisk er sammen med.

I denne artikkelen ønsker vi å sette fokus på hvordan bruken av disse hjelpemidlene påvirker oss og særlig hvordan samspillet mellom foreldre og barn kan lide under det.

Samspillstyvene stjeler oppmerksomhet

Gode og trygge relasjoner mellom foreldre og barn er helt avgjørende for emosjonell trygghet. Barnets hjerne stimuleres for hvert blick og babling foreldre og barnet utveksler. Barn som har opplevd trygge relasjoner i tidlig barndom, vil også ha lettere for å inngå i positive relasjoner senere i livet.

Det er vel etablert i nevro–psykologisk forskning at emosjonell utrygghet og stress reduserer evnen til konsentrasjon og læring. Stress reduserer hjernens mulighet til å anvende selvregulering. Disse funksjonene er avgjørende for læring. (Størksen/UIS)

For enkelthets skyld vil vi videre i artikkelen bruke begrepet smarttelefon når vi omtaler bruken av mobiltelefon, smarttelefon, nettbrett og pc. Brukeren av smarttelefonen omtales som mor, far, foreldre, omsorgsgiver eller den voksne.

Smarttelefonen er en samspillstyv fordi bruken av den fører til

- Mindre blikkontakt mellom mor og barn
- Mindre dialog og mental tilstedeværelse
Språket formidler følelser, innlevelse, forståelse og forutsigbarhet som er så viktig for barnet.
- Foreldrene går glipp av gleden og læringen som oppstår i møte med barnet sitt
- Mindre oppmerksomme foreldre utgjør også en sikkerhetsrisiko for barn

Amerikanske Sherry Turkle har skrevet boken *Alone Together*. Hun viser til en studie hun har gjort på amerikanske barn for å finne ut hvordan foreldres bruk av smarttelefoner påvirker barn og ungdom.

Barna forteller at de blir såret når foreldre prioriterer smarttelefonen før dem, men at de ikke ønsker å vise det til foreldrene. Bestemte situasjoner dukket stadig opp der ungene nevnte at de følte seg oversett og at foreldrene prioriterte utstyr fremfor samvær med dem:

- Under måltid
- Når de ble hentet etter barnehage/skole/aktiviteter
- Når foreldrene så på idrettsaktiviteter med barna

Turkle forteller om barn som fortvilet prøver å få foreldrene til å slutte å skrive tekstmeldinger mens de kjører bil, men som får til svar: «Jeg skal bare skrive ferdig denne, vennen, skal bare svare kjapt».

– Mor setter barnet og seg selv i fare.

Turkle mener det er på tide å sette grenser for overdreven bruk av smarttelefon som stjeler for mye foreldretid med barn og ungdom. Dersom foreldre og andre viktige voksne stadig prioriterer teknologi foran barna kan det få alvorlige konsekvenser. Barna får inntrykk av at de hele tiden må kjempe med sine foreldre om å få oppmerksomhet, og de



FRAVÆRENDE: Når mor bruker mye tid på å snakke i telefonen, går det på bekostning av dialogen med barnet.
Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Slik vi ser det finnes det fellestrekk mellom bruk av smarttelefon og inntak av rusmidler.»

kan utvikle lav frustrasjonsterskel, føle seg oversette og ensomme.

«Synet på barn, også spedbarn, som generelt aktive, utforskende, sosialt orienterte og deltakende, har etter hvert blitt det dominerende i vitenskapelig utviklingspsykologi» (Gulbrandsen 2006, s 53)

Til tider kan vi undre oss over hvorvidt foreldre er bevisste på at barnet deres faktisk er utforskende, sosialt orienterte og deltakende. Manglende bevissthet hos foreldre omkring denne kompetansen til barnet kan bidra til at barna blir oversett eller mistolket. Vi vil illustrere dette ved å referere fra noen observasjoner fra hverdagslivet.

Far og datter på tur

Far og datter på 10 -11 måneder går tur ved strandkanten en solfylt vårdag. Far setter seg på en benk

og ser utover fjorden. Han lar datteren bli sittende i vognen sin. Datteren oppdager en svane som nærmer seg stranden. Hun ser på faren og peker deretter mot svanen ledsaget av gledeslyder. Faren på sin side observerer samme svane, løfter opp speilreflekskameraet sitt, fokuserer på motivet og tar bilder. Han setter seg på benken igjen og taster på smarttelefonen sin. Kort tid etter tikker det inn en lyd som må antas å være indikasjonen på at han får svar. Så langt har ikke far inkludert datteren i sin opplevelse til tross for gjentatte forsøk fra hennes side på å oppnå farens oppmerksomhet. Når han henvender seg til henne reagerer han med å gi henne smokken og legge henne ned for å sove. Ettersom det ikke var dette som var barnets behov, fortsatte hun å lage lyder, men nå noe mer utilpass.

En helt vanlig ettermiddag

En familie på fire - far, mor, datter på 9 år og sønn på 7,5 år spiser middag sammen. De prater om hendelser på skolen, planer for uken, lekser og sønnens ønsker for bursdagen. Samtalen brytes av en gjennomtrende lyd. Lyden kommer fra fars smarttelefon. Han har mottatt en e-post. Far reiser seg fra bordet, henter mobilen og setter seg i godstolen. Gutten blir tydelig frustrert. Han går også fra middagstallerkenen sin og bort til faren. Gutten prøver å ta opp igjen samtalen fra i sted. Han får ingen svar fra far. Etter flere forsøk på å få farens oppmerksomhet og med tiltagende irritasjon i stemmen, svarer faren: «Slutt med den masingen!» Hvorpå gutten repliserer: «Pappa, du hører jo aldri på meg! Du skulle hatt skjermtid.»

Barn er sårbare og de er robuste. De fleste barn vil tåle denne type hendelser dersom de har en trygg relasjon til den voksne. En psykolog hevder at dersom barn blir møtt på sine behov i 3-5 av 10 tilfeller, så vil de fortsatt kunne utvikle og beholde en trygg tilknytning til sin omsorgsgiver. Større barn har evne til å uttrykke seg verbalt og gir klare og direkte tilbakemeldinger til sine foreldre eller



SISTE NYTT: Når far skal lese nyheter på telefonen, kan det være vanskelig for barnet å få oppmerksomhet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

andre omsorgspersoner. De minste barna mangler dette språket og kan derfor lettere bli oversett eller mistolket. Hva skjer med barnets utvikling og tilknytning til den viktige voksne dersom barnet stadig blir satt på vent til fordel for smarttelefonen? Kan barnet miste troen på at han eller hun er viktig nok for sin omsorgsperson? Kan barnet komme til å resignere? Den amerikanske studien bekrefter dette.

Helsesøsters rolle

Helsesøstre jobber innen helsefremming og forebygging i forhold til barn, unge og foreldre. Rollen vår som helsesøster krever at vi tar barnets perspektiv. Av den grunn mener vi at vi i enda større grad enn vi gjør i dag må ha fokus på samspillstyvene, slik at foreldrene blir bevisst barnets behov og i større grad justerer seg til barnet enn å være avhengig av smarttelefonen – som kan vente.

Hvordan skal vi best ta opp med foreldrene at vi bekymrer oss for foreldres nettbruk? Helsestasjonen møter foreldrene fra barnet er nyfødt og frem til skolealder. Noen mødre går også til svangerskapskonsultasjoner hos jordmor på helsestasjonen. Helsesøster bruker mye tid på å snakke med foreldrene om hva som er barnas behov og hvordan disse kan møtes på en god måte. Foreldre til de minste barna er ofte mottagelige for å gjøre endringer i sitt eget liv til det beste for barnet sitt. Kunnskap alene fører ikke nødvendigvis til endring. Livsstilsendringer er lettest å få til dersom personen selv er motivert. Prinsippet om brukermedvirkning står høyt i helsesøsters yrkesutøvelse.

Fokus på nettvett kan tas opp:

- I svangerskapskonsultasjoner
- På hjemmebesøk
- I barselgrupper
- I Individuelle konsultasjoner
- I ICDP-grupper

To vokscase til bruk i grupper:

1. Som voksen har jeg styrke og makt til å gi beskjed til sjåføren at han må legge vekk mobilen når han er en uoppmerksom bilist. Hvilke midler har et lite barn til å påvirke situasjonen?
2. Hva tenker du om en venninne som inviterer deg på besøk, men er mest opptatt av å svare på tekstmeldinger, sjekke e-posten eller vise sine siste oppdateringer på facebook? Vil du føle deg velkommen og sett som venninne? Hvordan tror du barnet ditt opplever smarttelefonbruken din i hverdagen?

Helsesøstre er vant til å snakke om hvordan røyk og bruk av alkohol eller andre rusmidler påvirker barnet. Dette er følsomme temaer. Fordi vi kjenner til de potensielle skadelige effektene på barnet, setter vi temaene på dagsorden. Vi tenker helsefremming og forebygging. Det er vår plikt å drive helseopplysning og å motivere til endring. Hvordan forholder helsesøster seg til overdreven bruk av smarttelefon? Slik vi ser det finnes det fellestrekk mellom bruk av smarttelefon og inntak av rusmidler. Begge deler gjør noe med foreldrenes sensitivitet overfor barnet.

NRKs program Forbrukerinspektørene (FBI) presenterte i januar 2013 en test av barnevogner. En entusiastisk far fremhever en vogn med:

- Egen plass for opplading til nettbrett
- Tilpasset bærbar høytaler
- Kaffekoppholder

Slik vi ser det utvikles barneutstyr i svært stor grad for at foreldre skal kunne «multitaske». Når foreldrene skal gjøre mange ting på en gang hindrer det dem i å være tilstede for barnet på en utviklingsfremmende måte.

Hva om pappa synger sangene selv for poden sin. Syng med den stemmen du har og la barnet ditt høre nettopp din stemme. Den er kjent og kjær. Stoler vi ikke på vår egen kompetanse som foreldre.

Må det skje noe hele tiden? Tåler vi ikke stillheten når barnet sover?

Ikke rart vi er stresset og trenger egne timer med meditasjon, yoga og mindfulness.

Vi ønsker gjerne tilbakemeldinger på hvilke erfaringer helsestasjoner i andre deler av landet har knyttet til dette temaet. ■

Ta kontakt på e-post:

berit.hamre@stavanger.kommune.no

ingrid.hindal@stavanger.kommune.no

Referanser:

1. Sherry Turkle (2011) «Alone together» Basic books
2. Liv Mette Gulbrandsen (red) (2006) «Oppvekst og psykologisk utvikling» Universitetsforlaget
3. Ingunn Størksen v/Nasjonalt senter for læringsmiljø og adferdssenter, ULS «De minste barna trenger relasjoner, trygghet og læring» Artikkel 29.4.2013 Stavanger Aftenblad
4. Astrid Lindberg Opplæring i EPDS, Stavanger januar 2013
5. NRK «Forbrukerinspektørene» <http://tv.nrk.no/serie/forbrukerinspektorene/mdhp1000413/23-01-2013#t=5m42s>

Enkoprese hos barn

– mer enn toalettvaner og myk avføring

Behandling av enkoprese kan være en omfattende prosess, som involverer flere fagpersoner i tillegg til barnets foreldre.



■ Av **Hanne Kristine Våland Øymar**, Helsestasjonens familiesenter i Stavanger



■ Av **Karin Løken**, Helsestasjonens familiesenter i Stavanger

Når et barn får diagnosen enkoprese er det ofte en lang historie før diagnostisering, og det er behov for tett oppfølging over tid i etterkant. Fastlegene og helsestasjonene henviser barna til barnepoliklinikken ved Stavanger Universitetssykehus (SUS) for utredning og oppfølging. I 2012 arrangerte SUS kurs om enkoprese for helse-søsterrepresentanter fra kommunene i sør Rogaland, for å bedre kunnskapen om temaet og oppfølgingen etter utredning. I god Samhandlingsreforms-ånd innebar opplæringen også å knytte kontakt mellom ressurspersoner i kommunene og på SUS. I Stavanger kommune valgte vi å øke kompetansen hos helsesøstrene som er tilknyttet Helsestasjonens familiesenter.

Hva er enkoprese?

Enkoprese betyr gjentatt frivillig eller ufrivillig avføring på steder som ikke er egnet til dette formålet, etter 4-årsalder (1). Enkoprese kan defineres som sjeldnere avføring enn tre ganger ukentlig. Ikke type 3–4 på Bristols skala over avføringsformer (2).

Enkoprese forårsakes ikke sjelden av uttalt forstoppelse. Kompliserende faktorer kan være sår og

avføring. Barnet har smerter. Noen kjenner ikke at de har avføring (1). Det kan lett bli en maktkamp mellom barnet og foreldrene.

90 prosent av enkopresetilfellene er funksjonelle plager, funksjonen er kommet ut av lage. Det tar for lang tid for avføringen å passere gjennom kroppen, og tarmen blir for full. 1/3 del av barn har hatt forstoppelse i barndommen. Forstoppelse er hovedgrunn til avføringslekkasje. Når barn blir innlagt på sykehus på grunn av magesmerter, er forstoppelse den vanligste årsaken (2).

Hva forårsaker enkoprese?

Mange faktorer kan ha betydning for utvikling av enkoprese.

- Arvelige anlegg
- Forsinket modning av de innebygde mekanismene som regulerer avføring
- Dårlige kosthold og toalettvaner
- For streng eller lite konsekvent renslighetstrening
- Omsorgssvikt / fysiske eller psykiske overgrep.
- Tidspress – vansker med å gjennomføre ønskede rutiner.
- Barnet er i en alder hvor det forventes at det skal være tørr.

Overganger er sårbare perioder for utvikling av forstoppelse

- Overgang brystmelk / kumelk
- Overgang bleie / truse
- Overgang hjem / barnehage/ skole.

Behandling

Holdningen ved behandling av forstoppelse og enkoprese skal være optimistisk, offensiv og utholdende.

«Det kan lett bli en maktkamp mellom barnet og foreldrene.»

rifter i eller rundt endetarmsåpningen. Disse vil gjøre toalettbesøket smertefullt for barnet, som derfor prøver å holde seg. Barnet kommer da inn i en sirkel hvor det etter hvert blir så stor forstoppelse at det medfører lekkasje av avføring (1). Forstoppelse kan være små knollet, illeluktende eller tyntflytende



RUTINER: For å forebygge forstoppelse er det viktig at barnet har faste toaletider, og går på do etter at det har spist og sovnet. Illustrasjonsfoto: Scanpix.

Målet med behandlingen er daglig myk avføring og ingen ufrivillig lekkasje av avføring (2).

Movicol er det vanligste medikamentet som blir brukt i behandling av forstoppelse. Movicol er et pulver som røres ut i vann. Det kan videre blandes med saft eller juice. Pulveret blir dosert ut ifra barnets vekt. Pulveret gis morgen og kveld i 3–5 dager.

«Enkoprese er knyttet til skyld og skam, familiene kan være slitne og sårbare.»

Dobbel dose blir gitt ved tømning, en går så ned i en vedlikeholdsdose etterpå. Vedlikeholdsdosen bør tas i minimum et halvt år for å hindre tilbakefall (3).

Foreldrene får med en brosjyre med bilde av Bristolskala fra sykehuset. Bristolskala er bilder og beskrivelser av ulike avføringstyper og konsistenser. Foreldrene kan da dosere mengden Movicol ut ifra Bristolskalaen. Oppfølging og overordnet ansvar har fastlegen og/eller sykehuset.

Forebygging av forstoppelse

Det handler om livsstil, rutiner og kosthold.

- Regelmessige måltider. God atmosfære og ro rundt måltidet.
- Fiberrik kost, tilstrekkelig matinntak.
- Nok væske, vann som tørstedrikk. Et glass melk om dagen kan være nok til en 4-åring. Et glass probiotisk melkeprodukt som Biola, kan anbefales.
- Fysisk aktivitet. Sett av faste tider til det. La barnet få være med på å sette av tider og velge aktivitet. Kan barnet ta ansvar for å gjennomføre det? Trenger de hjelp av foreldrene for at det skal bli gjort?
- Faste toalettider i hjem og barnehage etter de har spist og sovet. Barna får tilbud om å gå på toalettet, det er lagt til rette for at barnet skal klare det, og den voksne påser at det blir gjennomført.
- Sittestilling på toalettet. Krakk under beina opp til skolealder. Kroppen må slappe av (3).

Forstoppelse kan også ha sammenheng med enurese. En full tarm kan presse på blæren. Enkoprese kan også skyldes ulike sykdommer. Det må utredes og behandles på sykehus (2).

Arbeidet på familiesenteret

Hvordan møter vi barn med enkopreseproblematikk på Helsestasjonens familiesenter?

Helsestasjonens familiesenter er et bydekkende tverrfaglig tilbud til familier med barn mellom 0–16 år i Stavanger kommune. Det er et utvidet helsestasjonstilbud som er lett tilgjengelig, og er et korttidstilbud med fokus på psykososial helse. Helsestasjonens familiesenter vektlegger samarbeid med andre fagpersoner som gir tilbud til familien som blant annet helsesøster, barnehage, skole, PPT, barnevern, psykolog eller lege. Alle samtaler har barna i fokus, enten det er problemer og utfordringer direkte hos barna, eller det er vansker i familien eller i parforholdet. Alle som har barn mellom 0–16 år kan ta direkte kontakt med Helsestasjonens familiesenter. Det kan også samarbeidspartnere eller andre der barn er involvert, eksempelvis advokater. Det er ikke nødvendig med henvisning.

På Helsestasjonens familiesenter bruker vi ulike metoder i veiledning til familier, som empatisk kommunikasjon, motiverende samtaler, narrativ tilnærming, Marte Meo og Webster Stratton/De utrolige årene.

I saker med enkopreseproblematikk, ser vi det som svært viktig med en grundig og bred kartlegging i første møte med foreldrene. Barna er ikke med i første samtale. Empatisk kommunikasjon (metode utviklet av psykolog Lisbeth Brudal), har vært en god metode å bruke.

For å vise hvordan vi jobber med disse sakene, har vi valgt å bruke ulike case. Alle situasjoner er oppdiktet, men casene kan være gjenkjennbare. De belyser ulike problemstillinger vi har sett i flere saker.

Anne 5 år

Foreldrene til Anne kommer til første samtale på Helsestasjonens familiesenter. Empatisk kommunikasjon blir brukt som metode i kartleggings-samtalen.

Anne har hatt problemer med å gå på toalettet i over et år. Det kommer både urin og avføring i buksen flere ganger daglig. Anne har vært på sykehuset som har startet Movicol behandling for forstoppelse. Det er utelukket sykdom.

Det har blitt en vanskelig situasjon for Anne og familien. Anne har fått sosiale problemer i barnehagen, og hjemme har det blitt mye masing. Mor og far sier de er kommet inn i en negativ sirkel de ikke klarer å komme ut av.

Etter første kartlegging av situasjonen, blir det en samtale om gode rutiner i hverdagen, generell

trivsel og hva en kan gjøre for å endre situasjonen. Det blir snakket om betydningen av faste måltider, gode kostvaner, nok væskeinntak, fysisk aktivitet og faste toalettbesøk.

Mye av dette gjorde familien allerede, men vi utdypet og konkretiserte mer hva foreldrene kunne jobbe med. Fokuset ble på hvordan de kunne hjelpe Anne til en endring av vaner, uten å mase. Det ble anbefalt at Anne skulle sitte fem minutter på toalettet etter middag, ha en god og hensiktsmessig sittestilling på toalettet, og en krakk til støtte for beina. Anne kunne se i et blad hun var interessert i. Fokuset skulle være at Anne gikk på toalettet, ikke om hun hadde avføring.

Vi snakket også om hvordan en kan bryte den negative sirkelen, roe ned situasjonen og stole på at det vil ordne seg. Med andre ord: være optimistisk, offensiv og utholdende.

Videre ble det avtalt et samarbeidsmøte med barnehagen. Møtet resulterte i at Anne fikk en kontaktperson i barnehagen som skulle følge ekstra opp med regelmessige toalettider. Anne hadde fortalt at hun var redd noen andre skulle komme inn på toalettet når hun var der. Kontaktpersonen skulle sikre at Anne var trygg når hun var på toalettet.

Anne fikk det bedre etter hvert. De nye rutinene hjemme, at mor og far ikke ble irriterte eller maste, samt rutinene de innførte i barnehagen, gjorde at familien klarte å snu den negative utviklingen til det beste for Anne. Hun fortsatte med vedlikeholdsdose med Movicol i et halvt år, for å forebygge ny forstoppelse.

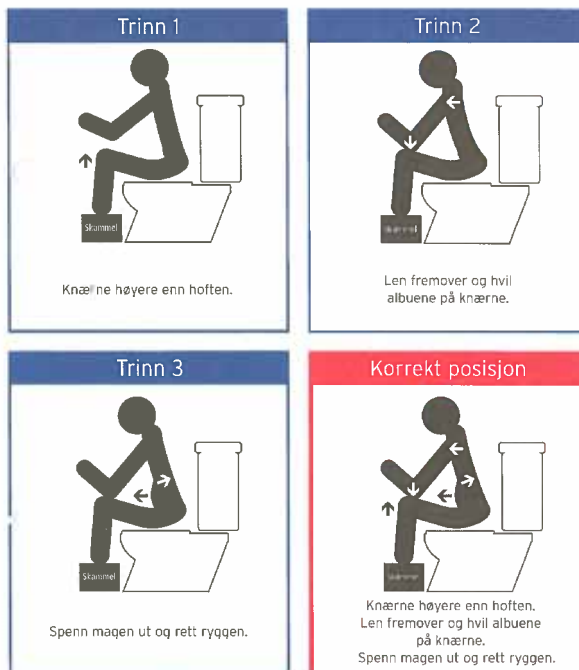
Vi hadde totalt fire møter med foreldrene. Anne var med på to. Samarbeidspartnere i denne saken var Anne, mor, far, barnehagen og fastlegen (som fortsatte Movicol behandlingen), sykehus og helsestasjonens familiesenter. Vi hadde et samarbeidsmøte i barnehagen hvor mor, far, barnehagen og helsestasjonens familiesenter var representert. Alle visste hva de ulike instansene bidro med, og arbeidsfordelingen var avklart.

Per 6 år

Per vil ikke sitte på toalettet når han skal ha avføring. Han ønsker å ha bleie på. Han vil ikke gå på toalettet i barnehagen, og holder seg derfor til han kommer hjem. Han har ikke problemer med å sitte på toalettet verken hjemme eller i barnehagen.

Mor og far ser litt ulikt på situasjonen. Mor sier Per ikke alltid ber om bleien, noen ganger

Korrekt sittestilling ved toalett besøk



Reprodusert med tillatelse fra Ray Addison (UK), kontinenssykepleier og Wendy Ness (UK), koirektal spesialsykepleier. Norgine® 2007.



Norgine Norge AS
Festboks 1935 Wilka
025 Oslo
Telefon 22 42 28 00
Epost: norge@norgine.com
www.norgine.no

kommer avføringen i toalettet. Far sier at Per alltid ber om bleie når han har ansvaret. Det blir etter hvert avdekket en samarbeidskonflikt mellom mor og far.

Første samtale på Familiesenteret ble en kartlegging av situasjonen. Både mor og far var til stede, samt helsesøster, som foreldrene ønsket skulle være med. Det ble avtalt at mor og far skulle innføre samme rutiner. Begge skulle prøve å motivere Per til å sitte på toalettet fem minutter etter hvert måltid, uten bleie. Per kunne få en belønning dersom han gikk på do uten bleie. Belønningen skulle ikke være avhengig om det kom avføring eller ikke. Belønning ble brukt for å skape motivasjon hos Per. Hos barn mellom 3 og 6 år kan klistermerke være belønning og motivasjon nok. Belønningen kan utvides med at når han har tre klister kan han få bestemme middag, være med far og handle eller alenetid med mor/far. Når gode rutiner er innført og automatisert, slutter en med

SITTESTILLING:

Barnet må lære riktig sittestilling på toalettet. Krakk under beina opp til skolealder. Kroppen må slappe av.

klistermerke. Belønning skal være i en overgangsfasen. Det kan være hensiktsmessig at Per er med å velge klister fordi han da får eierforhold til det å få til gode toaletterutiner.

Det ble videre samtale om kosthold og aktivitet, samt generell trivsel. Per var glad i melk og drakk melk også utenom måltider. Det ble anbefalt å redusere melkemengden, og heller gi probiotiske melkeprodukter.

Vi var to veiledere i denne saken. Når vi er to veiledere i en samtale, opplever vi at familien kan/vil få bedre hjelp og støtte. Her ble det jobbet med relasjoner og rutiner, foreldremot og samarbeid

«Vi kan støtte familiene i en sårbar og vanskelig periode.»

i familien. Etter noen uker klarte Per å sitte på toalettet når han skulle ha avføring, han spurte ikke lenger etter bleie.

I denne saken ble samarbeidet med helsesøster viktig. Helsesøster skulle følge opp familien videre, og hun ble en viktig samarbeidspartner for oss på Helsestasjonens familiesenter. Per hadde ikke store problemer med forstoppelse, og han trengte derfor ikke Movicol behandling. Situasjonen var likevel så fastlåst at det kunne blitt et mye større problem hvis ikke familien hadde fått hjelp på et så tidlig tidspunkt. Vi avsluttet saken og helsesøster fulgte opp familien videre på helsestasjonen.

Tiril 7 år

Tiril har hatt problemer med enurese og enkoprese i tre år. Hun har vært på sykehuset og blitt behandlet med Movicol for forstoppelse, men problemene har gjenoppstått etter en tid. Bleie blir brukt når problemet øker i omfang. Familien har hatt kontakt med helsesøster på skolen.

Mor, far og helsesøster er med på første samtale på Helsestasjonens familiesenter. Foreldrene forteller om hvordan situasjonen er nå, og hvordan utviklingen har vært. Vi spør alltid om hvilke andre instanser som er inne i saken. Fastlege har overtatt oppfølgingen fra sykehuset angående forstoppelsen. Helsesøster og lærer har nylig henvist Tiril til PPT.

I samtalen er det også fokus på hvordan situasjonen kan tenkes opplevd av Tiril. Hun hadde gitt uttrykk for at hun ikke ville gå på skolen. Hun var rolig, opplevdes som innesluttet og hun trakk seg

fra jevnaldrende. Familien hadde fått mange og gode råd om rutiner, kosthold, aktivitet, ros og oppmuntring av helsesøster. Mye av dette ble fulgt opp av foreldrene, men problemet vedvarte allikevel.

Vi hadde en ny samtale på skolen noen uker senere. Mor, far, helsesøster, lærer og veileder fra Helsestasjonens familiesenter var til stede. Problemene hadde da tiltatt både hjemme og på skolen. Det ble henvist til Barnepsykiatrisk avdeling på sykehuset via fastlegen.

Saken ble avsluttet på Helsestasjonens familiesenter.

I denne saken var mange instanser involvert. Det kan være en utfordring å beholde det rette fokus, «rett hjelp til rett tid». Samtidig virket saken svært sammensatt, og da er det nødvendig med et godt samarbeid mellom instansene. Alle bør være klar over hvilken rolle de har, og hva andre instanser bidrar med. Det viktigste er likevel alltid å ha barnet i sentrum. Tiril og familien hadde et problem som var vanskelig og sammensatt, og de hadde rett på å få den beste hjelpen. Ved å aktivt tenke og jobbe systemisk, ser vi at det går an å gi rett hjelp til rett tid.

Pål 4 år

Pål bor sammen med mor og storebror Per på 6 år. Han er hos far en dag i uken og hver andre helg. Pål har bremsespor, avføring og urin i buksen flere ganger daglig. Han vil ikke sitte på potte eller på toalettet. Pål kan være urolig og sint, og har problemer med samspill med andre barn i barnehagen. PPT har utredet Pål, og konkludert med at han har forsinket språklig utvikling. Han har vært hos fastlegen og ingen medisinske årsaker er funnet. Samarbeidet mellom foreldrene har vært vanskelig, og mor sier hun er svært sliten. Mor og far sier de har innført faste toalettider for Pål, etter anbefaling fra helsesøster. De kan likevel ikke se at det har hjulpet noe.

Ved første samtale er mor, far og veileder på Helsestasjonens familiesenter til stede. Empatisk kommunikasjon blir brukt som metode for å kartlegge. Mor fikk fortelle hvordan hun opplevde situasjonen (narrativ), hvilke følelser dette vekker hos henne (affektbevissthet), hva hun tenker om dette (refleksjon), og om hun vil høre hva veileder tenker (medforteller).

Mor sier at pedagogisk leder i barnehagen har sagt at hun er bekymret for Pål, og har innkalt til møte. Helsestasjonens familiesenter blir invitert med på møtet i barnehagen. På møtet kommer det

fram en stor bekymring for Pål's situasjon. Det ble foreslått å sende en bekymringsmelding til barneverntjenesten, foreldrene var enig i det, de sa begge at de ikke klarte å håndtere situasjonen lenger.

I denne saken ble det barneverntjenesten som fikk ansvaret for å følge opp videre. Barnehagen ble en viktig samarbeidspartner. Helsestasjonens familienesenter som er et korttidstilbud, avsluttet saken etter seks samtaler. Vi var bekymret for om foreldrene kunne følge opp og hjelpe Pål til å ha daglig avføring på toalettet, eller om deres konflikt og slitenhet hadde overskygget forelderrollen.

Var samspillsvansker den viktigste årsak til enkoprese problemene for Pål og familien? Mange ulike faktorer kan påvirke situasjonen. Selv om samspill og nedsatt omsorgsevne kan ha stor betydning, skal en samtidig også tenke på fysiske årsaker og konsekvenser ved enkoprese problematikk. I tillegg til hjelp fra barneverntjenesten var det i denne saken viktig at Pål fikk hjelp til å få behandling mulig forstoppelse hos fastlegen.

Avsluttende kommentarer








Vi har belyst noen enkoprese problemstillinger som vi møter på Helsestasjonens familienesenter. I alle sakene ser vi at det ikke er en årsak og en måte å løse problemene på. Ved å tenke og handle systemisk, tror vi barna og familiene får bedre hjelp. Det er mange faktorer som spiller inn.

Hva med pottetrening? Er det lurt å tenke det fra barna er helt små? Kan en starte med å snakke om det allerede på 9-måneders konsultasjon? Vi tenker at rutiner og rytme i hverdagen kan være hensiktsmessig å være bevisst på fra spedbarnsalder. Som å legge til rette for og innføre at barna får gå på toalettet når de har spist og når de har sovet (3).

Forstoppelse er hovedårsaken til enkoprese problemer, og den må behandles. Fastlege og sykehus skal være behandlende instanser, Helsestasjon og skolehelsetjenesten skal jobbe forebyggende og helsefremmende. Vi skal ikke overta behandlingsansvaret, men bidra med veiledning og rådgiving. Vi kan være en støttende samarbeidspartner som formidler kunnskap og støtter familiene i en sårbar og vanskelig periode.

Enkoprese er knyttet til både skyld og skam, familiene kan være slitne og sårbare i møte med omgivelsene. Det er svært viktig å møte familiene med respekt, åpenhet og en anerkjennende holdning. Vi har kunnskap og erfaring vi kan formidle. Familiene kjenner situasjonen på kroppen.

BRISTOLSKALA FOR AVFØRINGSTYPER

Type 1		Separate, harde klumper som ligner på nøtter.	DOSEN MED MOVICOL® ØKES
Type 2		Pølseform men med klumper.	DOSEN MED MOVICOL® ØKES
Type 3		Ligner en pølse men med revner på yttersiden.	DOSEN MED MOVICOL® FASTHOLDES ✓
Type 4		Ligner en pølse eller slange, smidig og myk.	DOSEN MED MOVICOL® FASTHOLDES ✓
Type 5		Myke klumper med skarpe kanter (lett å få ut).	DOSEN MED MOVICOL® REDUSERES
Type 6		Istykkerrevne småbiter.	DOSEN MED MOVICOL® REDUSERES
Type 7		Vandig uten klumper. Kun væske.	DOSEN MED MOVICOL® REDUSERES

Særlig om type 7: Snakk med legen hvis avføringen ligner type 7, også når du reduserer dosen med MOVICOL. Type 7 kan skyldes de såkalte fekalomer, der inneklemt, hard avføring blokkerer tarmen. De kan være årsaken til at en diaréliggende væske samles opp bak avføringen og siver ut.

Reprodusert med tillatelse fra Dr KW Heaton, Reader in Medicine at the University of Bristol. © 2000 Norgine Pharmaceutical Limited.

MOVICOL®
makropol 3350, natriumbikarbonat, natriumklorid, kalsiumklorid

TYPER AVFØRING: Bristolskala er bilder og beskrivelser av ulike avføringstyper og konsistenser. Foreldrene kan blant annet dosere mengden av medikamentet Movicol ut ifra Bristolskalaen.

Sammen er en likeverdige mennesker, som har respekt for hverandre og jobber mot samme mål: At barnet kan vokse, trives og utvikle seg, samt mestre normale funksjoner som å klare å gå på toalettet når det må, uten å tenke over det. ■

Referanser:

1. NEL (Norsk legehåndbok).
2. Overlege Dag Tveitnes, Barneklivnikken, Stavanger universitetssykehus. Forelesning SUS 18.09. 2012.
3. Sykepleier Kristin Sandvik, Barneklivnikken, Stavanger universitetssykehus. Forelesning SUS 18.09. 2012.

Familier får hjelp av spiseteam

Ressurshelsestasjonen i Sandnes opprettet i 2010 et tverrfaglig spiseteam, for å gi best mulig hjelp til små barn med ulike typer spiseforandringer.



Av Anna Jondahl Risnes, helsesøster på Vågen helsestasjon, Sandnes kommune

Som helsesøster møter en ofte foreldre som er bekymret for barnets matinntak og spiseutvikling. Å jobbe tverrfaglig med familier som opplever måltidet som utfordrende, har vi i Sandnes opplevd som en nyttig erfaring.

Ernæring, måltid og spising er et viktig tema som tas opp hyppig på helsestasjonen. Helsesøster har mye kunnskap om dette temaet. Noen ganger blir måltidet som skal være en positiv opplevelse en utfordring for familien og de som ellers er rundt barnet.

Som helsesøster kan en møte foreldre som opplever at barnet blant annet er selektivt i forhold til hvilke matvarer det vil spise. Barnet kan være småspist på en slik måte at de som er rundt blir bekymret, eller barnet kan ha en unngåelsesadferd i forhold til mat eller måltids-situasjonen.

Disse vanskene kan, dersom de pågår over tid, skape forstyrrelser i barnets samspill med foreldre og andre. Barnet kan da oppleves som vanskelig å forholde seg til, og de rundt vet ikke

hvordan de kan støtte barnet i sin utvikling. Det kan noen ganger også bli bekymring knyttet til barnets generelle utvikling.

Tverrfaglig team

Bakgrunnen for at vi ved Ressurshelsestasjonen i Sandnes opprettet et tverrfaglig spiseteam, var at vi ofte fikk henvendelser fra helsesøstre eller foreldre om små barn med ulike typer spiseproblematikk.

Ressurshelsestasjonens erfaring er at når en kommer tidlig til med støtte, informasjon og systematisk tilnærming, kan en unngå at problematikken øker og blir fastlåst.

Spiseteamet er et tverrfaglig tilbud til barn i førskolealder som har utfordring med spising. Spiseteamet består av helsesøster, fysioterapeut, logoped og en familieveileder med pedagogisk bakgrunn. Det er et lavterskeltilbud for barn i kommunen. Teamet utreder ikke barn og har ikke tilbud til barn som allerede har eller kan få et tilbud i andrelinjetjenesten.

Ved å ha flere ulike fagfolk med ulik bakgrunn, interesse og kunnskap om spising og spiseforandringer, er målet å ha en bred kartlegging i møte med foreldrene og eventuelle andre som er rundt barnet - for eksempel barnehage.

Helsesøster på helsestasjonen henviser aktuelle kandidater til teamet, eller foreldrene tar selv direkte kontakt med Ressurshelsestasjonen.

Hjelper foreldrene

Teamet har konsultasjoner en gang per måned.

Om forfatteren

Anna Jondahl Risnes er helsesøster ved Vågen helsestasjon i Sandnes kommune. Hun har jobbet som helsesøster i fem år og er også utdannet Marte Meo terapeut. Hun har jobbet ved Ressurshelsestasjonen i Sandnes som er et tverrfaglig korttidsstilbud til foreldre med barn fra 0-16 år som har behov for mer oppfølging enn det helsestasjonen eller skolehelsetjenesten kan tilby.

NEI! Å få små barn til å spise kan være en utfordring. Illustrasjonsfoto: Colourbox.





Konsultasjonene varer ca. 1,5 time og foreldre kommer på konsultasjonen uten barnet. En i teamet er intervjuer – de andre kommer med faglige innspill og støtte der det er naturlig i løpet av konsultasjonen.

Konsultasjonene starter alltid med at foreldrene forteller om sin bekymring og barnets utfordringer. Intervjuer opptar en anamnese der en blant annet stiller spørsmål om barnets fødselsvekt, motoriske utvikling, amming og hvordan overgangen til fast føde forløp når en introduserte dette. Vi er også opptatt av type suging ved amming eller flaske, om barnet har vært mye sykt – blant annet med oppkast eller diaré, om barnet har hostet mye i tilknytning til måltider, vært mye tett i luftveiene etc.

Vi er også opptatt av barnets spiseutvikling. Hvilke spiseferdigheter barnet har med tanke på hvordan maten inntas og bearbeides. Spiser barnet selv eller blir det matet? Bruker barnet redskap eller fingre? Det stilles også spørsmål om hvordan barnet

«Dette handler ofte om samspill og ledelse av barnet.»

responderer på maten den får servert. Noen barn kan oppleves som svært følsomme og overresponderer i forhold til syn, lukt, taktil. Andre barn underresponderer med for eksempel å putte for mye mat i munnen. Vi kartlegger også kontekst, hvor barnet spiser og med hvem.

I løpet av konsultasjonen går vi inn på hvordan foreldrene har tilnærmet seg, og hvordan de forstår, spiseutfordringene hos barnet. Hva har

SPIS OPP: Målet med arbeidet er å få barna til å spise maten de blir servert. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

de prøvd som har nyttet og hva har de opplevd som ikke har nyttet?

Vi er opptatt av å støtte foreldrene i det de gjør som fungerer i forhold til spising hos barnet. Det er foreldrene som kjenner barnet best. De har viktige erfaringer og kunnskap som kan utforskes i samarbeid med oss fagfolk.

Mange foreldre har utfordringer med å få barnet til bords - det gis mye oppmerksomhet og brukes mye krefter på å få barnet til å sitte med bordet. Dette handler ofte om samspill og ledelse av barnet.

Foreslår løsninger

Vi har erfart at foreldre kan ha store forventninger til hva og hvor mye barnet skal spise. Dette er ikke uvanlig når det har oppstått bekymring i forhold til barnets inntak av mat. Vi er oppmerksomme på å ikke komme med råd for tidlig i konsultasjonen, før foreldrene har lagt fram sin informasjon om barnet og situasjonen. Noen ganger kan det hjelpe å senke krav i forhold til mengde og servere små overkommelige porsjoner på en liten tallerken slik at barnet opplever mestring og motivasjon når de smaker på det lille som ligger på tallerken.

Et ofte stilt spørsmål under måltidet er «vil du ha?» Et lite råd vi ofte gir til foreldrene er å snu spørsmålet til «Hvor skal det ligge på tallerkenen?» Da opplever barnet at det får bestemme uten å svare på et ja/nei spørsmål.

Noen barn er selektive og opptatt av fargen og konsistensen på maten. Blanding av ulike konsistenser og farger kan være utfordrende. Disse barna bruker tid på å tilnærme seg nye matvarer. Tålmodighet og nysgjerrighet er ofte stikkordet i møte med disse barna (Ernsperger m.fl. 2005). Er det mulig å få 4-åringen som bare liker lys mat som fiskepinner, hvitost, banan og makaroni til å ha litt tomat på tallerkenen? Kanskje kan nysgjerrigheten til barnet vekkes gjennom deltagelse under tilberedning av maten eller undersøkelse av maten gjennom lek? Oppmuntre barnet til å smake på mat og la det spytt ut dersom barnet ikke liker det? Å kombinere kjent mat med ukjent mat kan ofte være nyttig.

Konsultasjonen avsluttes med at vi muntlig oppsummerer veiledningen foreldrene har fått. Konkrete råd som de opplever som nyttige, skrives ned på et ark som foreldrene får med seg hjem dersom de ønsker det. Spiseteamet har fått tilbakemelding fra foreldre om at dette arket har vært nyttig da det ofte kan oppleves som overveldende å møtes så mange yrkesgrupper, og en fort kan glemme viktige ting som blir sagt. Det viser seg at foreldrene opplever det å ha en tverrfaglig åpen dialog som positivt.

Oppfølging

Teamet avtaler å kontakte foreldrene en måned etter de har vært på konsultasjonen for å høre hvordan det går. Dersom foreldrene trenger mer støtte, følger en av fagpersonene i teamet foreldrene opp med noen flere konsultasjoner. Spiseteamets hovederfaring er at utfordringene har

løst – foreldrene har fått nyttige verktøy de har opplevd de kan bruke i møte med barnet og dets spiseutfordringer.

«Vi er opptatt av å støtte foreldrene i det de gjør.»

Som helsesøster som nå har vært med i spiseteamet i ett år, tenker jeg at dette er en lærerik og spennende måte å samarbeide på. Å ha en åpen tverrfaglig dialog med familien viser seg å være nyttig. Kanskje inspirerer dette andre kommuner til å starte opp med tilsvarende team? ■

Referanser:

Ernsperger, Stegen-Hanson (2005): *Finicky eaters-what to do when kids won't eat!* Future Horizons forlag.



Mange møttes og mye

Nærmere 500 helsesøstre, utstillere og forelesere hadde lagt turen til Tromsø i april, for å delta på helsesøsterkongressen.

Tekst **Astrid Grydeland Ersvik**, leder av Landsgruppen av helsesøstre NSF

Lokal komité med leder Merete Nypan i spissen ønsket velkommen til årets helsesøsterkongress. Leder Astrid Grydeland Ersvik tok i sitt åpningsinnlegg et historisk og globalt perspektiv på mulighetene og utfordringene i det mangfoldige Norge, før Mads Gilbert ga oss et engasjerende og tankevekkende innlegg – der hovedbudskapet var betydningen av å holde familier samlet i krisesituasjoner; enten disse opptrer i trygge Norge eller i krigssoner ute i verden. Gjennom en rekke innlegg med «mangfoldig kultur» som gjennom-

gangstema, fikk deltakerne belyst deler av den virkeligheten helsesøstre står i til daglig. De fleste innleggene og presentasjonene kan du finne på våre nettsider www.sykepleierforbundet.no/helsesostre

Debattforum

Onsdag var det klart for det andre debattforumet i LaHs historie, med tema framtidens helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Dette er behørig omtalt på vår facebookside www.facebook.com/helsesostre

Deltakerne satt først i grupper for å spisse problemstillingene overfor paneldeltakerne, mens debattleder Aslak Bonde gikk rundt og snappet opp poeng. Det var stort engasjement i salen og i panelet, og evalueringene i etterkant er entydig positive – dette må gjentas! Neste debattforum blir i forbindelse med kongress i Bergen i 2015. To dager etter debattforumet kom løftene om 180 nye millioner til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, så kanskje hadde debatten en direkte effekt – hvem vet?

Ble hedret

Tradisjonen tro er kongress og festmiddag også anledningen for å hedre de av våre egne som har utmerket seg. Vårt eneste æresmedlem Astrid Brækken deltok på hele kongressen; fortsatt like engasjert og opptatt av helsesøstres arbeidssituasjon og utviklingen i tjenesten.

Årets helsesøster

Greta Jentoft ble hedret med utmerkelsen Årets helsesøster 2013. Greta har i mer enn 30 år satt sine spor innen helsesøsterfaget, både i Tromsø og på nasjonalt nivå.

Hun har alltid markert seg med framtidrettede tanker for tjenesten. Lenge før helsestasjon for ungdom ble et begrep, jobbet Greta for å få til gode lavterskeltilbud til ungdom utenom skolehelsetjenesten. Hun har bred faglig tyngde, men nesten viktigst er hennes personlige engasjement og interesse for å utvikle faget og tjenesten vår.

Greta har vært styremedlem i LaH NSF Troms, og ble valgt inn i LaH NSFs styre i 1995 og satt frem til 1999, fra 1998 som nestleder. Hun satt i den første arbeidsgruppen for spesialistgodkjenning i regi av LaH NSF, og har sittet i styringsgruppen for Pilot helsestasjon og skolehelsetjeneste. Hun har alltid bidratt positivt inn i faggruppens arbeid.

Den gylne penn

Anne Clancy fra Harstad ble tildelt utmerkelsen Den gylne penn 2013. Anne har i en årrekke skrevet kronikker, kommentarer og vitenskapelige artikler knyttet til sykepleie- og helsesøsterfaget. Hun har publisert i både nasjonale og internasjonale tidsskrift. I 2010 avleverte hun sin doktorgradsavhandling ved Nordiska högskolan för hälsovetenskap i Göteborg med tittel *Perceptions of public health nursing prac-*



MUSIKANT: NSF's trommer kom godt med når folk skulle samles.



ble mestret i Tromsø

tice. *On borders and boundaries, visibility and voice.* Anne har som medlem i Rådet for sykepleieetikk bidratt til å løfte sykepleieres og helsesøstres etiske bevissthet knyttet til yrkesutøvelsen.

Du kan lese den fullstendige begrunnelsen for valg av begge prisvinnere på LaHs nettsider. Vi gratulerer våre to gode kolleger med prisene!

Evaluering av kongressen

Evaluering er en viktig del av systematisk kompetansearbeid – så også våre kongresser. Ikke minst bidrar det til å kunne gjøre kommende kongresser enda bedre.

Vel 70 % av deltakerne har besvart det utsendte evalueringsskjemaet. Resultatene viser oss i korte trekk at om lag 1/3 av deltakerne var på sin aller første helsesøsterkongress, mens 50 % har vært på fra én til fire kongresser tidligere. Godt over halvparten av deltakerne har mer enn 10 års praksis.

Måloppnåelse og læringsutbytte scorer jevnt over høyt, og vel 50 % mener at læringen vil føre til endret praksis. Mange kommentarer går på at kongressen bidro til økt bevisstgjøring og refleksjon rundt egen praksis og egne holdninger. Mer enn 80 % av deltakerne deltok på debattforum, og basert på kommentarene skulle flere i ettertid ønsket de deltok. ■

Helsesøsterkongressen 2014 finner sted i Stavanger fra 23. til 25. april.



GOD SKRIBENT: Anne Clancy fra Harstad ble tildelt utmerkelsen Den gyldne penn.



ÅRETS HELSESØSTER: Greta Jentoft fra Tromsø ble Årets helsesøster.



LOKAL KOMITÉ: Fra venstre: Åsa Karlsen, Oddveig Nymo Dalbakk, Bente Solstrand, Lisbeth Karlsen Forn, Merete Nypan, Hilde Laholt og Britt Margareth Simonsen. Mangler: Randi Elisabeth Olsen (fotograf), Siv Normann Henriksen og Kirsti Jensen.