I DETTE NUMMERET: Psykologisk førstehjelp til ungdom ■ Elever lærer om sikkerhet ■ Ungdomsrådet på Ahus

Tidsskrift for helsesøstre

NR. 1-2014 LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

Effektive tiltak for å nå flere gutter

Sykepleien

C Loette 28 Pfizer Antikonsepsjonsmiddel ATC-nr.: G03A A07

TABLETTER, filmdrasjerte: Hver aktiv tablett inneh.: Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneh.: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Antikonsepsjon. **Dosering:** Tablett 1-21 er aktive tabletter, mens tablett 22-28 er inaktive tabletter. Tablettene må tas i den rekkefølgen som er angitt på brettet. 1 tablett tas daglig i 21 påfølgende dager, etterfulgt av 7 dager med inaktive tabletter. I perioden med inaktive tabletter inntreffer en bortfallsblødning som starter 2-3 dager etter siste aktive tablett, og vil kunne vare inntil neste brett påbegynnes. Oppstart: Ingen tidligere hormonell antikonsepsjonsbruk (i løpet av siste måned): Første tablett tas på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er mulig å starte på dag 2-7, men da anbefales tilleggsprevensjon (f.eks. kondom og sæddrepende middel) de 7 første dagene. Skifte fra et annet kombinasjonspreparat: Bruk av Loette 28 skal helst starte dagen etter siste aktive tablett i den foregående pakningen med kombinasjonspreparat, og ikke senere enn dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogeninnjeksjon/implantat, spiral): En kan når som helst skifte fra minipille og begynne med Loette 28 neste dag. Bruk av Loette 28 bør starte dagen etter fjerning av implantat eller spiral, og ved bruk av injeksjon, dagen da neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjoner anbefales bruk av tilleggsprevensjon de 7 første dagene. Etter abort i 1. trimester: Medisineringen kan starte umiddelbart. Tilleggsprevensjon er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med økt risiko for tromboemboli, og p-piller skal ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel hos ikke-ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før start med kombinasjonspreparat, eller en må vente på første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når aktive tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvedlegg. Utsette menstruasjon: Fortsett med neste brett uten å ta de inaktive tablettene. Forsinkelsen kan forlenges som ønsket, helt til slutten av det andre brettet. Gjennombrudds- eller sporblødninger kan oppstå. Vanlig dosering gjenopptas etter den normale 7-dagers perioden med inaktive tabletter. Barn og eldre: Bruk før første menstruasjonsblødning eller postmenopausalt er ikke indisert. Administrering: Tablettene inntas hver dag til omtrent samme tid, og sammen med noe å drikke. **Kontraindikasjoner:** Eksisterende eller tidligere venetrombose (dyp venetrombose, lungeemboli), arterietrombose (f.eks. myokardinfarkt), prodromaltilstander eller prodrom på trombose (f.eks. angina pectoris, forbigående transitorisk iskemisk anfall) eller cerebrovaskulær hendelse. Kardiovaskulære lidelser, tromboembolisme (eksisterende eller tidligere), trombogene valvulopatier, trombogene rytmeforstyrrelser, arvelig eller ervervet trombofili. 1 alvorlig eller flere risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose kan også utgjøre en kontraindikasjon (se Forsiktighetsregler). Migrene med fokale nevrologiske symptomer i anamnesen, diabetes mellitus med vaskulære forandringer, eksisterende eller tidligere alvorlig hepatisk sykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normalisert, eksisterende eller tidligere levertumor (benign eller malign), kjente eller mistenkte maligniteter som påvirkes av kjønnshormoner (f.eks. i genitalier eller bryster), kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av kombinasjons-p-piller, udiagnostiserte vaginalblødninger, ukontrollert hypertensjon, pankreatitt forbundet med alvorlig hypertriglyseridemi (nåværende eller tidligere), kjent eller mistenkt graviditet, overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Dersom noen av disse tilstandene oppstår for første gang under behandlingen skal den avsluttes omgående. **Forsiktighetsregler:** Før behandling initieres eller gjenopptas skal det tas opp fullstendig anamnese inkl. familieanamnese, blodtrykksmåling og legeundersøkelse mht. kontraindikasjoner og advarsler. Graviditet må utelukkes. Ved unormale vaginalblødninger skal kreft utelukkes. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft, eller som har benigne brystknuter, må følges opp spesielt nøye. Dersom noen av forholdene/risikofaktorene nevnt nedenfor er til stede, bør fordelene ved bruk veies opp mot mulig risiko. Dersom noen av forholdene/risikofaktorene forverres eller opptrer for første gang ved bruk av p-pille, bør seponering vurderes. Sirkulatoriske sykdommer: Kombinasjons-p-piller gir økt risiko for venøs og arteriell trombose og tromboemboliske hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi, blødningsslag, transitorisk iskemisk anfall). En østrogen-/progestagenkombinasjon som inneholder minst mulig østrogen og progestagen, men som likevel er sikker og møter pasientens behov, bør velges. Kombinasjons-p-piller gir økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE) og risikoen er størst 1. behandlingsår. Forekomsten av VTE ved bruk av p-piller med lavt østrogeninnhold (<50 µg etinyløstradiol) varierer med ca. 20-40 tilfeller pr. 100 000 kvinneår, avhengig av progestagentype, sammenlignet med 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinneår hos ikke-brukere og 60 tilfeller pr. 100 000 svangerskap. VTE er dødelig i 1-2% av tilfellene. For kombinasjons-p-piller med levonorgestrel og <50 µg etinyløstradiol er hyppigheten av venøse trombotiske og tromboemboliske hendelser omtrent 20 tilfeller pr. 100 000 kvinneår. Den samlede absolutte risikoen (insidensen) av VTE for levonorgestrel-inneholdende p-piller med 30 µg etinyløstradiol er omtrent 20 tilfeller pr. 100 000 kvinneår. Tromber i andre blodårer, f.eks. i hepatiske, mesentriske, renale, retinale vener eller arterier, er rapportert svært sjelden. Ved tegn på emboli under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Risikofaktorer for venøse tromboemboliske komplikasjoner: Økt alder, positiv familiehistorie (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om arvelig predisposisjon, må kvinnen henvises til spesialist før det bestemmes om hun kan bruke en kombinasjons-p-pille. Forlenget immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i bena eller alvorlige skader. I slike tilfeller anbefales seponering (ved elektiv kirurgi ≥4 uker før) og oppstart tidligst 2 uker etter fullstendig remobilisering. Fedme (BMI >30 kg/m²). Risikofaktorer for arterielle tromboemboliske komplikasjoner eller cerebrovaskulær skade: Økt alder, røyking (ytterligere økt risiko ved storrøyking og økende alder, spesielt ved ≥15 sigaretter/dag og hos kvinner >35 år), dyslipoproteinemi, hypertensjon, migrene, valvulær hjertesykdom, atrieflimmer. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med karkomplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus (SLE), hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigdcelleanemi. Kvinner med migrene (spesielt migrene med aura) som bruker kombinasjons-p-piller kan ha økt risiko for slag. Økt hyppighet og alvorlighetsgrad av migrene kan være grunn til umiddelbar seponering. Ved tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig hodepine med annet forløp skal p-piller seponeres og årsaken vurderes. Biokjemiske faktorer som kan indikere predisposisjon for venøs eller arteriell trombose (arvelig eller ervervet) inkl. aktivert protein C (APC)-resistens, hyperhomocysteinemi, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulant). Sigarettrøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger. Tumorer: Langtidsbruk av kombinasjons-p-piller øker risiko for livmorhalskreft. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert i tilfeller av udiagnostisert anormal underlivsblødning. Noe økt relativ risiko (RR = 1,24) for brystkreft. Risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Godartede levertumorer er sjelden, og enda sjeldnere ondartede levertumorer. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blødninger. En levertumor må vurderes som differensialdiagnose ved sterke smerter i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning. Ved mistanke skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Lipidforstyrrelser: Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Hypertriglyseridemi, eller familiær historie for dette, kan gi økt risiko for pankreatitt. Hypertensjon: Ved hypertensjon eller tidligere hypertensjon/hypertensjonsrelaterte lidelser (inkl. visse nyrelidelser) bør annen prevensjonsmetode velges. Behandlingen bør avbrytes umiddelbart ved klinisk relevant blodtrykksøkning (forekommer sjelden). Hvis konstant økt blodtrykk eller en klinisk signifikant blodtrykksøkning ikke responderer adekvat på blodtrykkssenkende behandling, må kombinasjons-p-piller seponeres. Der det vurderes som egnet, kan bruk av kombinasjons-p-piller gjenopptas hvis normotensive verdier kan oppnås med hypertensjonsbehandling. Leverfunksjon: Ved akutt eller kronisk forstyrrelse av leverfunksjon kan det vurderes å avbryte behandlingen inntil leverfunksjonsverdiene er normalisert. Steroidhormoner metaboliseres dårlig hos pasienter med svekket leverfunksjon. Ved tilbakefall av kolestatisk gulsott og/eller kolestase-relatert pruritt som tidligere har forekommet under graviditet eller ved tidligere bruk av kjønnshormoner, må kombinasjons-p-piller seponeres. Effekter på karbohydratmetabolisme: Glukoseintoleranse er rapportert. Kvinner med diabetes eller nedsatt glukosetoleranse skal følges nøye. Andre tilstander: Følgende tilstander kan forekomme eller forverres: Gulsott og/eller pruritt relatert til kolestase, gallestener, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis, otosklerose-relatert hørselstap. Eksogene østrogener kan indusere eller forverre symptomer på angioødem hos kvinner med arvelig angioødem. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt er rapportert. Pasienter som blir klart deprimert når de tar p-piller, kan for å forsøke å kartlegge om symptomene er relatert til medikamentet, seponere preparatet og benytte en annen prevensjonsmetode midlertidig. Ved tidligere depresjon kreves nøye observasjon, og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Kloasme kan forekomme, særlig ved tidligere chloasma gravidarum. Ved kloasmetendens bør sollys og ultrafiolett stråling unngås. Tilfeller av retinal vaskulær trombose er rapportert. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvise eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papillødem, eller skader i retina-vaskulaturen. Inneholder laktose, og dette bør tas hensyn til ved sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel, glukose-galaktosemalabsorpsjon, og hos pasienter med et laktosefritt kosthold. Kvinner bør informeres om at p-piller ikke beskytter mot hiv-infeksjoner (aids) og andre seksuelt overførbare sykdommer. Redusert sykluskontroll: Uregelmessige blødninger kan forekomme, spesielt de første behandlingsmånedene. Dersom disse vedvarer etter en tilvenningsperiode på ca. 3 sykluser, eller inntrer etter tidligere regelmessige sykluser, bør ikke-hormonelle årsaker vurderes, og maligniteter eller graviditet utelukkes. Enkelte får ikke bortfallsblødning i løpet av det tablettfrie intervallet. Dersom p-pillen ikke er inntatt iht. retningslinjene i forkant av en uteblitt blødning, eller dersom 2 bortfallsblødninger er uteblitt, må graviditet utelukkes før bruk kan fortsette. Noen kan oppleve post-pille amenoré (muligens med anovulasjon) eller oligomenoré, spesielt dersom de har hatt slike tilstander tidligere. Kvinner med slike problemer på forhånd, bør informeres om denne muligheten. **Interaksjoner:** Interaksjoner med andre legemidler kan gi gjennombruddsblødninger eller redusert effekt. Ved bruk av legemidler som kan gi redusert effekt, bør en barriere-metode eller annen prevensjonsmetode midlertidig brukes i tillegg. Bruk av ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan gi redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved bruk av leverenzyminduserende midler, må barriere-metode brukes hele tiden ved samtidig behandling, og i 28 dager etter seponering. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-piller anvendes som primær prevensjon. En barriere-metode bør brukes under behandling med antibiotika og i inntil 7 dager etter avsluttet behandling (for rifampicin og griseofulvin følges ovennevnte anbefalinger for leverenzyminduserende legemidler). Dersom behandlingstiden fortsetter etter at de aktive tablettene er brukt, skal de inaktive tablettene kasseres og man starter direkte på neste brett. Levermetabolisme: Interaksjoner kan forekomme med legemidler som induserer mikrosomale leverenzymer (f.eks. fenytoin, barbiturater, primidon, karbamazepin, rifampicin, rifabutin og muligens okskarbazepin, topiramat, felbamat, griseofulvin og naturlegemidler med johannesurt (Hypericum perforatum)), og kan føre til økt clearance av kjønnshormoner. Johannesurt kan indusere enzymer som teoretisk kan redusere effekten av p-pillene, og gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk. Ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk. Hiv-proteasehemmere (f.eks. ritonavir), ikke-nukleosid revers transkriptasehemmere (f.eks. nevirapin) og kombinasjoner av dem, kan potensielt øke hepatisk metabolisme. Atorvastatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Legemidler som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i GI-veggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol, f.eks. askorbinsyre (C-vitamin) og paracetamol. Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer (f.eks. indinavir, flukonazol og troleandomycin) kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Enterohepatisk sirkulasjon: Enterohepatisk sirkulasjon av østrogener kan avta når visse antibiotika (f.eks. penicilliner, tetrasykliner) gis samtidig, noe som kan redusere serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Troleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved samtidig bruk av kombinasjons-p-piller. Påvirkning av metabolismen av andre medikamenter: Kombinasjons-p-piller kan påvirke metabolismen av visse andre legemidler ved å inhibere hepatiske enzymer eller induisere hepatisk medikament-konjugering, spesielt glukuronidering. Økt plasmakonsentrasjon av ciklosporin er rapportert ved samtidig bruk av p-piller. Kombinasjons-p-piller har vist seg å indusere metabolismen av lamotrigin, som har ført til subterapeutiske plasmakonsentrasjoner av lamotrigin. Interaksjoner med absorpsjon: Diaré kan øke tarmmotiliteten og derved redusere hormonabsorpsjonen, mens legemidler som reduserer tarmoverføringstiden kan redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Kombinasjons-p-piller kan øke risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Forskrivningsinformasjonen for legemidler som brukes samtidig skal konsulteres for å identifisere mulige interaksjoner. **Graviditet/Amming:** Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Må ikke brukes under graviditet. Dersom graviditet inntreffer skal behandlingen avsluttes umiddelbart. Epidemiologiske studier har ikke vist økt risiko for fødselsdefekter hos barn født av kvinner som brukte kombinasjons-p-piller før graviditeten, eller teratogen effekt ved utilsiktet inntak tidlig i graviditeten. Overgang i morsmelk: Kombinasjons-p-piller kan redusere mengden av og endre sammensetningen på melken. Bruk anbefales vanligvis ikke før kvinnen har sluttet å amme. Små mengder med antikonsepsjonssteroider og/eller deres metabolitter kan utskilles i melken og påvirke barnet. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Kjønnsorganer/bryst: Gjennombruddsblødning/sporblødning. Nevrologiske: Hodepine, inkl. migrene. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme, magesmerter. Hud: Akne. Infeksiøse: Vaginitt, inkl. candidiasis. Kjønnsorganer/bryst: Brystsmerter, ømme bryster, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervix-ektopi og sekresjon, amenoré. Nevrologiske: Angst, svimmelhet. Psykiske: Stemningsforandringer inkl. depresjon. Undersøkelser: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Øvrige: Væskeretensjon, ødemer. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré, magekramper, oppblåst mage, oppkast. Hud: Utslett, kloasme (melasma), som kan være vedvarende, hirsutisme, hårtap, urticaria, kløe. Kjønnsorganer/bryst: Forstørrede bryster. Psykiske: Redusert libido. Stoffskifte/ernæring: Endret appetitt (økning eller reduksjon). Undersøkelser: Blodtrykksøkning, forandring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner, anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner inkl. svært sjeldne tilfeller av urticaria, angioødem og alvorlige reaksjoner med respiratoriske og sirkulatoriske symptomer. Kjønnsorganer/bryst: Vaginal sekresjon, sekresjon fra brystene. Lever/galle: Kolestatisk gulsott. Psykiske: Økt libido. Stoffskifte/ernæring: Glukoseintoleranse. Undersøkelser: Reduksjon i serumnivåer av folat (kan være klinisk signifikant dersom kvinnen blir gravid etter seponering av p-piller). Øye: Intoleranse for kontaktlinser. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Gastrointestinale: Pankreatitt, inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom, ulcerøs kolitt), iskemisk kolitt. Hjerte/kar: Forverring av variköse vener. Immunsystemet: Forverring av systemisk lupus erythematosus. Lever/galle: Sykdom i galleblæren, inkl. gallesten (kan forverre eksisterende galleblærelidelser og kan fremskynde utviklingen av galleblærelidelser hos symptomfrie kvinner), leveradenomer, hepatocellulær skade (f.eks. hepatitt, unormal leverfunksjon). Nevrologiske: Forverring av chorea. Nyre/urinveier: Hemolytisk uremisk syndrom. Stoffskifte/ernæring: Forverring av porfyri. Svulster/cyster: Hepatocellulære karsinomer. Øye: Optiskusnevritt, som kan føre til delvis eller fullstendig synstap, retinal vaskulær trombose. Alvorlige bivirkninger sett for kombinasjons-p-piller: Venøs og arteriell tromboembolisk sykdom, hypertensjon, herpes gestationis, Sydenhams chorea. Frekvensen av diagnostiserte brystkreftTilfeller er lettere økt blant p-pille-brukere. Økningen i antall er liten i forhold til den totale risikoen for å få brystkreft. Årsaksammenhengen med bruk av kombinasjons-p-piller er ukjent. **Overdosering/Forgiftning:** Det er ikke rapportert om alvorlige skadelige effekter av overdose. Symptomer: Kvalme, oppkast, brystømhet, svimmelhet, buksmerter, tretthet/utmattelse. Små vaginalblødninger hos unge jenter. Blødninger ved seponering kan forekomme. Behandling: Intet spesifikt antidot. Symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A. **Egenskaper:** Klassifisering: Antikonseptivum. P-pille av kombinasjonstypen. Virkningsmekanisme: Hemmer effekten av gonadotropiner. Hovedmekanismen for denne effekten er inhibisjon av ovulasjonen, men andre endringer som inntreffer omfatter endringer i cervix-slimhinnen (hemmer spermienes evne til å nå inn til livmoren) og endringer i endometriet (reduserer sannsynligheten for implantasjon). Levonorgestrel/etinyløstradiol har vist å kunne redusere mengden av sirkulerende androgener og fritt testosteron (22% reduksjon fra baseline), ved å øke mengden av «sex hormone binding globulin» (SHBG; + 48%). Det er vist 35% reduksjon av det totale antall akne-lesjoner i ansiktet ved bruk av lavdose p-piller (100 µg levonorgestrel/20 µg etinyløstradiol). Absorpsjon: Levonorgestrel blir raskt og fullstendig absorbert. Biotilgjengelighet ca. 100%. Etinyløstradiol blir raskt og nesten fullstendig absorbert fra mage-tarmkanalen, men pga. first pass-metabolisme i tarm og lever, er biotilgjengeligheten 38-48%. Proteinbinding: Levonorgestrel er i serum primært bundet til SHBG. Etinyløstradiol er i plasma 97% bundet til albumin. Etinyløstradiol bindes ikke til SHBG, men induserer SHBG-syntese. Halveringstid: Levonorgestrel: Ved steady state ca. 36±13 timer. Etinyløstradiol: Ca. 18±4,7 timer. Metabolisme: Levonorgestrel: Den viktigste metabolismeveien går via reduksjon, fulgt av konjugasjon. De fleste metabolittene som sirkulerer i blod er sulfater av 3α,5β-tetrahydrolevonorgestrel, mens sekresjon for det meste foregår i form av glukuronider. Noe uforandret levonorgestrel sirkulerer også som 17β-sulfat. Etinyløstradiol: 2-hydroksylering via CYP 3A4 i lever er den viktigste oksidative metabolske reaksjonen. 2-hydroksymetabolitten blir videre omdannet ved metylering og glukuronidering, før den utskilles. Utskillelse: Levonorgestrel og dets metabolitter blir primært utskilt i urin (40-68%) og ca. 16-48% blir utskilt i feces. Etinyløstradiol: Ca. 40% utskilles via urin, og ca. 60% blir utskilt i feces. **Andre opplysninger:** Laboratorieundersøkelser: Bruk av antikonsepsjonssteroider kan påvirke resultatet av visse laboratorieundersøkelser, inkl. biokjemiske parametre for leverfunksjon, skjoldkjertelfunksjon, binyre- og nyrefunksjon, plasmanivåer for (transport-)proteiner, f.eks. kortikosteroidbindende globulin og lipid/lipoprotein-fraksjoner og parametre for karbohydratmetabolisme, koagulasjon og fibrinolyse. Endringene ligger vanligvis innenfor normalområdet.

Pakninger og priser: 3 × 28 stk. (kalenderpakn.) kr 213,50.

Sist endret: 12.06.2012
E2014-9003

Referanser: 1. Van Hylckama Vlieg A et al; BMJ 2009; 339:b2921 2. Lidegaard et al: BMJ 2009;339:b2890 3. www.legemiddelverket.no: Nytt om legemidler nr.4-2013

Pfizer AS - Postboks 3, 1324 Lysaker - tlf 67526100 - www.pfizer.no

Hormonkombinasjonen i p-pillen

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100 µg/ETINYLØSTRADIOL 20 µg

gir lavest risiko for blodpropp*[1, 2]

* i gruppen kombinasjonsp-piller

Legemiddelverket anbefaler Loette, Microgynon eller Oralcon (levonorgestrel og østrogen) til jenter som ønsker en kombinasjonsp-pille.[3]

Les mer på www.pfizer.no/loette

Tryggere bruk av p-piller

Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon. Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig. *Ref.: Statens legemiddelverk*

Takk for meg!

Etter ni år som leder av Landsgruppen av helsesøstre og tretten år i styret er tiden kommet til å takke for meg. Å få være leder av Norsk Sykepleierforbund sine helsesøstre har vært en sann glede! Vervet har gitt meg muligheten til å lære mye jeg kunne lite eller ingen ting om, til å utvikle fag og tjeneste, til å reise over store deler av landet og ut i verden, til å bli kjent med og knytte vennskap med mange flotte mennesker. Før jeg takker av vil jeg gjerne dele noen av de erfaringene jeg har gjort meg, samt peke på det jeg tenker blir de viktigste utfordringene framover.

Å bli invitert eller invitere seg inn

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten generelt og helsesøster spesielt er i alle år framholdt av «alle» som en viktig og helt sentral tjeneste. Allikevel opplevde vi i mange sammenhenger å bli tatt som en selvfølge eller avglemt, slik at vi ikke ble invitert med i sentrale prosesser – lokalt så vel som nasjonalt. LaHs styre bestemte at vi måtte jobbe målrettet for å invitere oss inn, framfor å håpe på å bli invitert eller klage over ikke å bli det. Dette gjaldt så vel i egen moderorganisasjon NSF – der barn og unge, helsefremming og forebygging ikke hadde den mest fremtredende plassen – som overfor sentrale helsemyndigheter, politikere, samarbeidspartnere og media. Sakte, men sikkert har vi langt på veg fått den posisjonen vi ønsket. Det er nå en selvfølge at Landsgruppen av helsesøstre skal delta i ekspert-, arbeids- og referansegrupper på tema som omhandler vårt fagfelt, at vi er høringsinstans, at vi trekkes inn i relevante samarbeidsfora og at media ukentlig og daglig er i kontakt med oss. En slik posisjon er ikke oppnådd en gang for alle. Den må opprettholdes og utvikles hver dag- av leder, av styre, av lokale faggrupper og av hvert enkelt medlem. Alle må se betydningen av en sterk og tydelig faggruppe.

NSF og LaH – gjensidig nytte

Landsgruppen av helsesøstre er NSFs eldste og største faggruppe med 3200 medlemmer. Vi er også den faggruppen som har det bredeste fagfeltet. Det innebærer at vi skal mene noe om mye! I praksis betyr det at vi leverer mellom 5–15 høringsuttalelser årlig. Vi har vært med å utvikle NSFs veileder for samhandling med kommersielle aktører – en veileder som stadig aktualiseres når sykepleiere snubler i sin kontakt med industrien. Etter påtrykk fra LaH fikk vi i 2011 en landsmøtesak om helsefremmende og forebyggende sykepleie. Landsmøtevedtaket er fulgt opp med en politisk plattform for folkehelse og den første folkehelsekonferansen i NSFs regi. Yrkesetiske retningslinjer og NSFs formålsparagraf har fått tilføyd punkt om helsefremming, etter initiativ fra LaH. Vi har bidratt til landsmøtesaken og den praktiske oppfølgingen av integrering av faggruppene. Vi har deltatt i prosjekt med Sykepleien for et nytt og bedre fagblad, som har bidratt til et mer profesjonelt uttrykk for vår faggruppe. Som faggruppe har vi, basert på solide søknader, argumentasjon, posisjonering og langsiktig satsing, fått uvurderlig økonomisk og faglig støtte til utviklingsarbeid fra NSF. Allikevel har jeg en bekymring for faggruppenes muligheter for å være den sterke faglige bidragsyteren NSF er helt avhengig av. Mesteparten av arbeidet i faggruppene gjøres i tillegg til ordinær jobb, ut fra idealisme og iver for fag og profesjon. Jeg har vært eneste fulltids frikjøpte faggruppeleder – lønn betalt av kontingent fra LaHs medlemmer. Med arbeidsmengde og kompleksitet i drift har LaH behov for større ressurser, slik flere andre faggrupper har. Etter min mening vil det være helt nødvendig at NSF bidrar til frikjøpte faggruppeledere i fremtiden – det vil være det viktigste virkemidlet for å styrke faggruppenes funksjon og bidrag, og slik styrke et samlet NSF.

Spesialisert generalist

Helsesøsters faglige styrke er kunnskapen om barn og unges helse og utvikling, forebygging og helsefremming, bygd på sykepleiekunnskapen. Denne kunnskapen må systematisk utvikles og sikres i tråd med samfunnets behov – slik er det ikke i dag. Arbeidet for å oppnå spesialistgodkjenning av helsesøstre er det største prosjektet i LaHs historie. Med midler og prosjektledelse fra NSF satset vi stort i tre kommuner; på kompetansekartlegging og – utvikling. Evalueringen har vist at det er mulig å organisere systematiske kompetanseprogram slik at helsesøstre kan opprettholde og utvikle nødvendig kunnskap, ferdigheter og holdninger. At myndighetene ennå ikke har erkjent at også helsesøstre/sykepleiere må

LEDER:
Astrid Grydeland Ersvik

ha et system for kompetanseutvikling og resertifisering betyr ikke at målet ikke vil bli nådd. Det betyr bare at vi fortsatt må argumentere for at det ikke bare er lærernes kompetanse det er verdt å satse på!

Et av områdene vi erfarte at helsesøstre kunne for lite om, var det vi kaller samfunnsaktørrollen. Som profesjon er vi for lite synlige, hørlige – vi er ikke de lokale barneombudene vi må være! Vi må fremstå tydeligere, modigere og stoltere! Det har aldri vært farlig å være tydelig – det er utydeligheten som skaper usikkerhet. Vi må tåle ikke alltid å bli korrekt gjengitt, å gjøre feil, at andre er rykende uenige med oss, at vi ikke nødvendigvis blir godt likt av alle. Gjennom utprøvingen av kompetanseprogrammet *Helsesøster som samfunnsaktør* har blant annet våre lokalgruppeledere erfart hvor moro det kan være når man våger litt mer enn man først turte! Det ga seg ikke minst resultat i fjorårets valgkamp, hvor vi bidro til å få helsestasjons- og skolehelsetjenesten inn i samtlige partiprogram.

Styrking – prat eller realitet?

Vi har hatt en økning i helsesøsterstillinger, men oppgavene har parallelt blitt flere og sakene mer komplekse og tidkrevende. De faglige føringene for hva vi skal gjøre og hvordan er til dels uklare og sprikende. De fleste kommuner og bydeler er milevis unna de foreslåtte normtallene fra Helsedirektoratet. Normtallene er foreslått ikke minst som følge av mangeårig argumentasjon fra LaHs side. Myndighetene mener vi skal oppnå en nødvendig styrking av tjenesten gjennom tydeligere forskrift og nye faglige retningslinjer. Det tror ikke jeg! I 2014 skulle tjenesten tilføres 180 nye millioner. Uten øremerking skjer mange steder det vi advarte mot; pengene går i det store kommunale sluket. Landsdekkende tilsyn viser at kommunene har abdisert fra ledelse av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og ikke etterspør hva den er og skal være. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er ikke en kosetjeneste for livets små utfordringer, bemannet av hyggelige damer. Det er en helsetjeneste av høy kvalitet til en fjerdedel av landets befolkning, en tjeneste barn og unge har en lovmessig rett på. Den er bemannet av helsesøstre med minimum fire års høyskoleutdanning, med en spesialutdanning skreddersydd for målgruppen, formålet og arenaen. I samarbeid med jordmødre, leger, fysioterapeuter og andre profesjoner tilbys gode tjenester med stor tillit i befolkningen. Er ikke det en eksportartikkel verdt å satse på vet ikke jeg! I tillegg til ressurser og ledelse, er et nasjonalt eller regionale kompetansemiljø det vi trenger mest. Mener myndighetene noe med kunnskap, kvalitet og kompetanse må dette på plass. Det vil også innebære en bedre ressursutnyttelse.

Best før

Å lede LaH har ikke bare vært et verv, det har vært en livsstil. Selv med fulltids frikjøp av LaHs leder, er det et arbeidsintensivt verv. Derfor har jeg nå konkludert med at jeg har nådd «Best før», og går av før jeg er utgått på dato. Det er både en god og en smule vemodig beslutning. Jeg kommer til å savne de utallige møtene, samtalene og diskusjonene med gode, engasjerte styremedlemmer, lokalgruppe-ledere, kolleger og samarbeidspartnere landet rundt. Ikke like sterkt kommer jeg til å savne sikkerhetskontrollene, fast vindusplass hos SAS, dårlige hotellputer og rundt 100–150 reisedøgn i året. Jeg kommer til å savne mulighetene NSF og LaH har gitt meg til å delta på konferanser og oppdrag, i de nordiske landene så vel som verden for øvrig. Vi trenger å minnes om andre virkeligheter enn vår egen. Jeg kommer til å savne mulighetene til å jobbe strategisk, systematisk og langsiktig sammen med LaHs styremedlemmer – og slik påvirke beslutningstakere og oppnå små og store seire. Jeg kommer ikke til å savne motgangen og nedturene som har kommet innimellom. Jeg vil savne helsesøsterkongressene, men ikke de årelange forberedelsene og planleggingen ned til minste detalj. Aller mest gleder jeg meg til å få mer tid til det aller viktigste i livet mitt: familien min som alltid har heiet på meg, og på Landsgruppen av helsesøstre.

Takk til dere alle! Ta varmt imot den nye lederen og det nye styret som velges i april!

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:
Eli Taranger Ljønes
Tlf: 95 24 03 28
eli.tl@online.no

ABONNEMENT:
lah@sykepleier.no

HJEMMESIDE:
www.sykepleierforbundet.no/helsesostre

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

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

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

Monica Hilsen
monica.hilsen@sykepleien.no

Nina Hauge
nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 19. juni 2014

REDAKSJONSKOMITÉ:
Helsesøstre i Akershus har hatt ansvaret for denne utgaven av Tidsskrift for helsesøstre. Fra venstre: Helén Bråtun Myra, Edel Bratlie, Lene Marie Kunz Mathisen, Eva Rønkvist. Bak: Hanne Molander Ott, Anne Baklund, Andrea Skaarer- Kreutz. Ellen Kathrine Larsen var ikke til stede da bildet ble tatt.

64 **MESTRING:** Takler sykdom i fellesskap.

48 **PÅ NETT:** 25 000 besøker Ung.no hver dag.

Innhold

NR.1-2014

58 **ØKONOMI:** Når foreldre får kreft.

«Flere helsesøstre bør bli ledere.»

Astrid Grydeland Ersvik, side 10

4 Leder: Astrid Grydeland Ersvik

8 Smånytt

10 Portrettet: Astrid Grydeland Ersvik er klar for vaktskifte

14 Tiltak for å nå flere gutter

18 Psykologisk førstehjelp i Asker

22 Økt satsing på skolehelsetjenesten i Follo

26 Psykisk helsearbeid i Bærum

30 Hjelp til å forebygge barseldepresjon

34 Ungdomsrådet på Ahus

37 Program Helsesøsterkongressen

42 Sikkerhetsuka i Ski

44 Lavterskeltilbud for ungdom som sliter psykisk

48 Helsesøster på nett

51 Legg bort strikketøyet på konferanser

52 Bedre psykisk helsetilbud i Oslo

58 Når mor eller far får kreft

63 Skaff deg informasjon om medisiner

64 Lærer å mestre sykdom i fellesskap

68 Til minne om Mariann Nonstad

69 LaHs styre og lokale faggruppeledere

70 Tverrfaglig samarbeid i Lørenskog

Mindre slitne med skolemat

Både elever og foreldre er svært fornøyde etter et forsøk med skolemat ved fire skoler i Nord-Trøndelag. Lærerne sier at elevene får mer energi når de spiser mat på skolen, og de ser måltidet som en mulighet for å bygge sosial kompetanse og sunne holdninger til mat. Les mer om *Prosjekt skolemåltid i Nord-Trøndelag* på www.tfou.no.

Kilde: Forskning.no

Utbytte av hjemmebesøk

Nesten halvparten (46 %) av kvinner som fikk hjemmebesøk av helsesøster etter fødsel hadde stort eller svært stort utbytte av besøket. Det viser undersøkelsen Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Ni av ti hadde fått tilbud om hjemmebesøk fra helsestasjonen. Kvinnene var mer fornøyd med informasjonen de fikk om barnet, enn om sin egen helse.

Kilde: Kunnskapssenteret

Mødre slutter å jobbe

Mødre til småbarn med atferdsvansker trekker seg i større grad ut av arbeidslivet enn mødre med barn uten atferdsvansker, viser en studie fra Folkehelseinstituttet.

Forskerne har skilt mellom barn med typisk innadvendte trekk og de med utagerende oppførsel. De innadvendte barna preges av tristhet, tilbaketrekking eller utrygghet. For de utagerende er det oftere snakk om aggressivitet, dårlig oppmerksomhet eller hyperaktivitet.

Resultatene i studien viser at 22 % av mødrene til barn med betydelige innadvendte trekk, eller en kombinasjon av innadvendt og utagerende atferdsproblemer, er uten arbeid tre år etter fødsel sammenlignet med 15 % av mødre til barn uten atferdsproblemer.

Utagerende barn var ikke forbundet med noe endring i mødrenes arbeidsdeltakelse.

Kilde: Fhi.no og forskning.no

«Den som tar barnet på armen, tar moren om hjertet.» *Svenske ordtak*

Prematurfødte får dårligere motorikk

Barn som blir født prematurt og med svært lav fødselsvekt har nedsatte motoriske ferdigheter som voksne, viser en norsk studie. Studien omfattet 36 unge voksne født prematurt med svært lav fødselsvekt (< 1 500 g), hvorav fire hadde cerebral parese, og en kontrollgruppe med 37 terminfødte med normal fødselsvekt. Deltakerne ble undersøkt ved 14 års alder og ved 23 års alder med ulike tester for å vurdere finmotorikk, ballferdigheter, balanse, grovmotoriske ferdigheter og isolert motorisk tempo. Ved 23 års alder hadde gruppen med svært lav fødselsvekt dårligere skår enn kontrollgruppen på alle testene. Mange av forskjellene var også til stede etter eksklusjon av de fire deltakerne med cerebral parese.

Kilde: Tidsskrift for Den norske legeforening

Operasjonsfilm for barn

Oslo universitetssykehus har laget forberedelsesfilmer for barn som skal inn til operasjon. Det er laget to filmer, en barnefilm og en ungdomsfilm. Hver film er delt inn i hva som skjer før, under og etter operasjon. Du kan se filmene på: www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/nyheter/Sider/forberedelsesfilmer-for-barn-og-unge-som-skal-opereres.aspx

Kilde: oslo-universitetssykehus.no

Mors angst påvirker barna

Angst og depresjonssymptomer hos mor kan gi økt risiko for utagerende og emosjonelle plager hos barna allerede fra de er 1,5 år, viser ny forskning fra TOPP-studien ved Folkehelseinstituttet. Studien viser at risikoen kan vedvare inn i ungdomsårene og gi også økt risiko for depresjon.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

Hjernen gjør oss overvektig

Hjernen husker den høyeste vekta vi har hatt, og prøver hele tiden å komme tilbake til dette toppunktet etter en slankekur. Forklaringen er at kroppen har et eget system for å regulere energibalansen i kroppen.

– Systemet «husker» den høyeste vekta vi har hatt og forsøker hele tiden å skaffe nok energi for å komme tilbake til denne vekta, sier Bård Kulseng ved St.Olavs Hospital til Forskning.no.

Tekst **Johan Alvik** Foto **Colourbox**

Fornøyd med egen kropp

Den svenske psykolog Kristina Holmqvist Gattario har studert hva som kjenntegner 14-åringer som er fornøyd med sin egen kropp. I sitt doktorgradsarbeid intervjuet hun 30 som var spesielt tilfredse med sin kropp og 30 med et dårlig forhold til egen kropp. Svarene viser at tre ting kjennetegner gruppen som er fornøyd. For det første er de opptatt av hva kroppen deres kan gjøre, framfor hvordan den ser ut.

– De fleste er opptatt av idrett og deltar i forskjellige aktiviteter. De er bevisst på at trening er sunt, men de fleste sier at de trener fordi det er gøy, sier Gattario til Forskning.no.

Gattario spurte også ungdommene om deres foreldre.

– Det er lite snakk om kropp og utseende hjemme hos de tilfredse ungdommene. De hadde ofte hørt fra foreldrene at de ikke skulle bry seg så mye om utseendet, at det viktigste er hvordan de er som mennesker, sier hun.

En tredje ting de tilfredse ungdommene har til felles, er et bevisst og kritisk forhold til kroppsidealet som gjenspeiles i media.

Kilde: Forskning.no

Må ha språkhjelp på skolen

Et stort flertall av barn i grunnskolen i Oslo trenger ekstra norskundervisning, selv om de er født i Norge. I snitt trenger to av tre minoritetsspråklige særskilt norskopplæring, som betyr at de ikke kan nok norsk til å følge ordinær undervisning. Det tilsvarer hver fjerde elev i Oslo-skolen, skriver Aftenposten.

Tall avisen har fått fra Utdanningsetaten i Oslo, viser at det er klare forskjeller på hvor godt norsk tospråklige barn snakker etter hvilket morsmål de har. Sammen med tamiler og vietnamesere er norskpakistanere blant innvandrergruppene med lengst botid i Norge. 91 prosent av skolebarna med pakistansk bakgrunn er født her i landet. Likevel får sju av ti norskpakistanske elever med urdu som morsmål, særskilt norskundervisning. Til sammenligning følger halvparten av elevene med vietnamesisk som morsmål vanlig undervisning. For tamilenes del er andelen med særskilt norskundervisning 56 prosent.

Kilde: Forskning.no

Vaktskifte

PORTRETTET

Avtroppende leder for landets helsesøstre, Astrid Grydeland Ersvik, ønsker seg en tøff etterfølger. Selv har hun klippfisk i bagasjen og synes at 180 millioner er småpenger. Tekst og foto **Michael Hartmann**

Café Christiania i Oslo, en dag i desember. Astrid Grydeland Ersvik spiser cæsarsalat, drikker Farris og smiler fornøyd. Fagbladets utsendte sitter også ved bordet, tørr i strupen og med en bunke ubesvarte spørsmål. Det går galt allerede i starten.

– *Først av alt: Hvorfor slutter du som leder?*

– Det har vært mye reising og arbeid i ni år. Nå vil jeg tilbringe mer tid med familien.

– *Går du av med pensjon?*

– Pensjon? Grydeland Ersvik sperrer opp øynene, mister nesten bestikket og ler høyt. – Har noen sagt det?

– *Jeg ble fortalt at du skal pensjoneres...*

Mer latter. – Du har blitt lurt. Ryktet om min pensjon er betydelig overdrevet. Jeg skal bare slutte som leder.

«Jeg håper jeg blir etterfulgt av en uredd leder.»

– *Godt å få det avklart. Neste spørsmål er...*

– Dessuten er jeg bare 52. Synes du jeg ser gammel ut?

– *Slett ikke! Du ser bedre ut enn mange 40-åringer. Herregud... Kan jeg få litt Farris?*

Grydeland Ersvik smiler overbærende og fyller glasset til journalisten. Det føles som en konsultasjon hos helsesøster, av typen som blir minneverdig av de gale årsakene. Og dette er jo selve sjefen. Kald Farris virker heldigvis beroligende.

Hun skal altså fortsette å jobbe, hun vet bare ikke med hva. Ikke ennå. Servitørene på Café Christiania jobber også, og gir Grydeland Ersvik en oppvartning som er stamgjester verdig. Restauranten ligger ved siden av Stortinget og er lederens favoritt når hun er i Oslo.

Alt ble annerledes

Grydeland Ersvik ble styremedlem i Landsgruppen av Helsesøstre (LaH) i 2001. Fire år senere ble hun leder.

– Skrekkblandet fryd. Slik husker jeg det. Jeg var redd for at jeg ikke kunne fylle skoene til den daværende lederen, sier hun.

Hun forteller om den første tiden som leder.

– Jeg husker at jeg argumenterte faglig helt fra starten, men at jeg brukte mye selvironi. Årene som fulgte har vært hyggelige, utviklende og positive.

– *Ingen kamper?*

– Det har vært mange kamper og noen nedturer, men jeg ville ikke vært dem foruten. Jeg har lært mye både faglig og personlig, sier hun.

– *La oss spole tilbake til 2005 da du begynte som leder. Hva ble annerledes enn du hadde forestilt deg?*

– Nesten alt! Jeg visste ikke helt hva jeg gikk til. Jobben ble mer variert og omfattende enn jeg trodde. Men det er til dels selvforskyldt fordi jeg er en igangsetter. Jeg hadde mål for hva jeg ville oppnå for faggruppen.

Hun forsyner seg med salat og tenker seg om.

– Jeg skjønte raskt at ledervervet ikke var en deltidsstilling. Fagfeltet var stort, det samme var faggruppen, sier hun.

Noe måtte gjøres. Kontingenten ble økt og lederjobben til Grydeland Ersvik ble gradvis fulltids frikjøpt. Over 3000 helsesøstre har betalt lønnen hennes. – De skjønte at det var nødvendig, sier hun i dag.

– Det var behov for posisjonering innad i Norsk Sykepleierforbund, og utad mot helsemyndigheter og politikere. Jeg snakket meg varm om forebygging, barn og ungdom på en lang rekke møter. Nå har helsesøstergruppen en naturlig posisjon hver gang spørsmål om barn og ungdom diskuteres politisk.

Ufri ungdom

Grydeland Ersvik sier at den største utfordringen var

Astrid Grydeland Ersvik
Stilling: Avtroppende leder for Landsgruppen av helsesøstre.
Bakgrunn: Har jobbet mer enn 20 år som helsesøster i Kristiansund kommune, mest med ungdomshelse og reisevaksinasjon. Vært sjefhelsesøster, fagleder og prosjektleder. Barnets talsperson i fylkesnemnda.

å få helsestasjons- og skolehelsetjenesten inn på den politiske agendaen.

– Vi argumenterte for «normtall» som skulle sikre en minimumsbemanning i kommunene. Vi møtte motstand i begynnelsen, men i dag er normtall foreslått fra Helsedirektoratets side.

– Hva har endret seg i skolehelsetjenesten siden du var barn?

Grydeland Ersvik tenker seg om.

– Som barn ble jeg vaksinert, det husker jeg godt. I dag har helsesøstrene i skolehelsetjenesten en mye større rolle. Elevene vil ha en samtalepartner og undervisning av helsesøster i timene. Jeg så lite til det som barn. Helsestasjonene har alltid vært viktige for småbarnsforeldre. Noen utfordringer i folks liv endrer seg aldri. Alle vil bli sett og verdsatt.

– Du har jobbet med ungdommer i mange år. Hvilke utfordringer er typiske for dagens tenåringer?

– Jeg er glad jeg var ungdom da jeg var det. I dag har ungdommer stor valgfrihet. De kan bli redde for å gå glipp av ting. Det skaper ufrihet. De sammenlikner seg selv med andre hele tiden. Det har ungdom gjort til alle tider, men konkurransen har nok blitt hardere.

– Hva har skjedd?

– Normalfeltet for ungdom og voksne har blitt smalere. Altfor mye omgjøres til sykdommer og diagnoser. Samtidig er toleransen for mangfold og personlig variasjon større. «Nerder» kan bli ledere. Samtidig sliter mange unge psykisk. Voksne må bidra til å normalisere hverdagen og gi unge styrke til å takle vanlig livsmotgang.

– Noen har hevdet at problemet til norske skoleelever for noen tiår siden var for lav selvtillit. Nå, derimot, har mange unge urealistiske forventninger til livet. Er du enig?

– Langt på vei. Vi pumper barna våre fulle av forventninger om at de kan bli hva de måtte ønske. Nå vil mange ungdommer bli kjendiser. Vi må som foreldre og fagfolk ikke gi barn og unge helt urealistiske forventninger om at de kan bli hva de måtte ønske - ikke alle kan det. Vi trenger «vanlige» ungdommer også, som ikke blir noe spesielt, men tar utdanning og får en helt ordinær jobb – og som er gode nok allikevel.

Men Grydeland Ersvik presiserer at helsesøstre bør rose de gode foreldrene, og dem er det flest av, sier hun.

– Fortell dem at de er gode nok. Alle foreldre har dårlig samvittighet av og til, men ingen har dødd av det!

Etterlyser ledere

– Flere helsesøstre bør bli ledere, sier Grydeland Ersvik plutselig. – Som gruppe er vi for snille og beskjedne. Jeg har lenge oppfordret til at helsesøstre bør lede helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Vi har tross alt den faglige tyngden.

– Hvorfor er det slik?

– Mange tror ikke på sine lederevner. Kanskje de ikke ønsker ubehaget? Som leder blir du presset fra mange kanter og du blir lett upopulær. Men dersom vi ønsker styring på tjenesten må vi søke lederstillingene. Vi kan ikke klage på at fysioterapeuter leder tjenesten vår hvis vi ikke selv er villige til å søke lederstillingene, sier hun.

Hun oppgir kjønnsforskjeller som en av grunnene til denne situasjonen.

– Vi er ikke en gruppe som er kjent for å stå på barrikadene. Vi kvier oss for å bråke. Jeg ønsker meg flere samfunnsaktører fra faggruppen.

– Litt som Wasim Zahid på Rikshospitalet? Han som kalles «twitter-legen»?

Grydeland Ersvik ler.

– Han er morsom! Jeg følger ham på Twitter. Vi kan lære av hans samfunnsengasjement og vilje til å debattere. Men jeg har et råd til ham – og oss alle: Legg vekk mobilen i senga søndag morgen. Da er familien viktigere enn følgerne på Twitter!

Mer Farris kommer på bordet. Grydeland Ersvik blir alvorlig.

– Vi sier at vi skal være «tydelig, modig og stolt». Men da må vi tørre å ta ordet. Vi må fronte vår egen faglighet. Mange av oss jobber i små kommuner og arbeider med alt fra vaksinasjoner til kriseteam. Vi er sentrale i folks liv og alle har en mening om jobben vår.

– Og lønnen?

– Den bør økes. Og helsesøsterutdanningen bør bli et masterløp. Jeg ønsker meg en ordning med spesialistgodkjenning av helsesøstre. Husk at vi trenger et kjempeløft på forebyggingssiden for barn og unge. Jeg likte at vår forrige helseminister la opp til en langsiktig satsing på vår tjeneste. Men jeg ble ikke imponert over de 180 millionene han la på bordet.

– 180 millioner er mange penger?

– Det er et beskjedent beløp som skulle vært tidoblet! Husk at tjenesten vår tilbys til en fjerdedel av befolkningen.

– Er du glad i penger?

– Haha! Spør mannen min! Nei, jeg er lite opptatt av penger privat. I forhold til tjenesten vår er jeg veldig opptatt av penger. Politikerne sier at forebygging er viktig, men pengene uteblir. De forventer at vi skal takke og bukke for 180 millioner. Samtidig bruker de milliarder på kampfly.

Ikke klar for «helsebror»

En servitør kommer med kaffe og Grydeland Ersvik lener seg tilbake og tenker. Så sier hun:

– Vi beveger oss mot et ekspertvelde. I dag har vi eksperter på alt fra tannhelse til motorikk. De fleste barn og unge trenger ikke eksperter. De trenger generalister som kan veilede, oppdage og eventuelt henvise til videre hjelp. Det kan helsesøstre gjøre. Vi jobber forebyggende og helsefremmende for barn og unge. Det er vår spesialutdanning.

– Noen vil endre velkjente titler til jordfar og helsebror. Hva mener du om det?

– Jeg tror ikke på disse titlene. Et mannlig medlem ba oss legge temaet dødt. Jeg var enig. Samtidig synes jeg at vi må endre tittelen vår etter hvert. Men vi trenger et godt alternativ som må forankres i organisasjonen. Vi har viktigere ting enn en tittel å arbeide for.

– Som mannlige helsesøstre?

«Helsestasjon- og skolehelse-tjenesten er en suksesshistorie. Den bør bli eksportvare.»

– Vi har 12 til 15 mannlige medlemmer. De trives med yrke og tittel, men vi trenger et mangfold når det gjelder kjønn og etnisitet. Menn er viktige for helsevesenet. De bringer med seg nye perspektiver.

Grydeland Ersvik ser på klokken.

– Om en time skal jeg møte barneombud Anne Lindboe. Hun er uredd og tydelig. Det liker jeg.

– *Hva skal dere snakke om?*

Hun setter bestemt fra seg kaffekoppen.

– Omskjæring av gutter. Det finnes ingen helsemessige grunner til å fjerne en del av kroppen på et friskt barn. Thorbjørn Jagland antyder at et forbud mot omskjæring truer det jødiske folks eksistens. Jeg har forståelse for det religiøse perspektivet. Men jeg vil ha meg frabedt beskyldningen om å ville fordrive jødene fra Norge. Jødene må i likhet med alle religioner være villige til å vurdere og tilpasse gamle tradisjoner til tiden vi lever i.

Hemmelig fisketransport

Regningen kommer og betales. Grydeland Ersvik kler på seg og går ut i den mørke Oslo-kvelden, akkurat slik hun har gjort utallige ganger de siste ni årene. Hun ber fagbladet ta følge til NSF-lokalene i Tollbugata. Det snør. Trikkene skramler av gårde. Grydeland Ersvik forteller entusiastisk om Helsesøsterkongressen i Stavanger i april. Den blir hennes siste offisielle oppgave som leder.

I hånden bærer hun en koffert. Den har fulgt henne siden hun forlot Kristiansund i morges. Og den inneholder mer enn dokumenter.

– De fleste jeg jobber med vet at jeg bor i Kristiansund og at jeg flyr til Oslo for å gå på møter. Men få vet at jeg ofte har fem kilo klippfisk med meg i bagasjen.

– *Fisk? I håndbagasjen?*

– Ja. Og så fordeler jeg fisken blant gode kolleger i hovedstaden. Jeg frakter, de betaler. Jeg har holdt på i årevis. Jeg lurer på hvorfor ikke sikkerhetskontrollen på flyplassen reagerer på klippfisken. Den ser jo ut som en bombe!

– *Fungerer klippfisk som helsepolitisk virkemiddel innad i organisasjonen?*

– Jeg har en baktanke. Det er å markedsføre Kristiansund og Møre og Romsdal.

Vi når inngangsdøren til NSF. Her skal Grydeland Ersvik innom faggruppenes felles kontorplass. Nå rekker hun å gjennomføre en fiskeutdeling før møtet med barneombudet.

– *Du skal snart gå av som leder. Blir det vanskelig å legge engasjementet til side?*

– Det blir en stor overgang å ikke skulle fronte faggruppen. Snart skal jeg bli et vanlig medlem. Andre tar over styringen. Men jeg har en kompetanse som gruppen kan benytte hvis den vil.

– *Kommer du til å hjemsøke dem med gode råd? Forsøke å påvirke en beslutning her og der?*

– Nei. Jeg skal ikke bli en sjuende far i huset.

– *Lover du det?*

Grydeland Ersvik ler høyt.

– Ja, jeg lover. Selv om jeg står her med kofferten full av klippfisk!

GLEDER SEG: - Det blir en stor overgang å ikke fronte faggruppen lenger, sier Astrid Grydeland Ersvik, som har kjempet mange kamper som leder for landets helsesøstre. Nå gleder hun seg til å få mer tid med familien.

Egne trefftider og en årlig guttekonferanse har bidratt til at flere gutter i Asker oppsøker Helsestasjon for ungdom. Fedrene har også fått sin egen konferanse.

Tekst **Mildrid Stien**, helsesøster ved Helsestasjon for gutter

Tiltak nytter i kampen

Asker kommune var tidlig ute med å etablere Helsestasjon for ungdom (HFU) i 1981. Som andre kommuner, opplevde også vi at guttene uteble. Det inspirerte oss til å etablere en egen Helsestasjon for gutter (HFG) i 2000 og vi har siden jobbet systematisk med tiltak for gutter. Det har gitt resultater. I 1999 var andelen gutter som besøkte HFU 8,6 % og i 2012 kunne vi notere 26,4 %. Vi har høstet mange godord på bakgrunn av tiltakene i disse årene, og ønsker derfor å dele våre erfaringer.

Hvorfor egne tiltak for gutter?

Undersøkelser viser at gutter generelt benytter seg av hjelpeapparatet i mindre grad enn jenter. I dag har 70 000 barn og unge psykiske lidelser som trenger behandling (St.m.16 Nasjonal helse- og omsorgsplan). Innen psykisk helse, dominerer gutter statistikken når det gjelder utfordringer som hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker og atferdsforstyrrelser. I tillegg topper de selvmordsstatistikken. Mannsrollen er stadig i endring, og media har gjennom flere år satt søkelyset på at gutter er taperne i samfunnet. De faller oftere ut av skolen, og seiler derfor akterut når det gjelder arbeidslivet generelt og akademiske yrker spesielt. Mange gutter sliter i puberteten, de modnes senere enn jentene, har vanskeligere for å sette ord på følelser og opplever mye usikkerhet. I dagens samfunn trenger gutter kanskje mer enn noen gang gode rollemodeller/farsfigurer. Dette for å bygge opp en god og trygg maskulinitet, der det er rom for å vise sin sårbarhet.

Med dette som bakteppe, staket vi ut vår vei. Målet var å senke terskelen for å søke helsehjelp, og gjennom det kunne forebygge og begrense unødige lidelser for guttene i framtida. Vi ønsket å oppfordre guttene til å tørre å kjenne etter hvordan de hadde det og deretter gjøre noe med det. Både St.m 16, Nasjonal helse- og omsorgsplan og St.m. 34, Folkehelsemeldingen, har fokus på forebygging og tidlig intervensjon, og nevner eksplisitt egne tiltak for gutter. Vår erfaring er at gutter trenger mer tilpassede tiltak og en enda lavere terskel inn til hjelpeapparatet enn jentene. Vi er kjent med at menn oppsøker fastlegen sjeldnere enn kvinner, dette handler nok mye om en nedarvet ukultur, som vi som fagpersoner jobber for å endre.

Egen helsestasjon for gutter

Etter en spørreundersøkelse blant våre besøkende gutter i 1999 på HFU, kom det fram et klart ønske om et jentefritt venterom. Enkelte nevnte at de følte seg som «rundbrennere» der de satt på venterommet fullt av jenter, noe vi tror resulterte i at de aldri ble sittende lenge nok til å komme inn til helsesøster eller lege om det var ventetid. Guttene ventet maks en halv time, i motsetning til jentene som kunne sitte i inntil to timer ved behov.

På spørsmål i forhold til hva de foretrakk av mannlig eller kvinnelig samtalepartner på helsestasjonen, så svarte de fleste at kjønn ikke hadde betydning. Vi valgte likevel å bemanne HFG med mannlig lege i tillegg til helsesøster, da vår erfaring er at gutter møter få menn i offentlige tjenester. Vi var opptatt av at gutter skulle få mulighet til å samtale med en person med verdifull erfaringskompetanse i tillegg til helsefaglig bakgrunn.

Vi fikk klarsignal fra ledelsen, omdis-

FÅR HELSEHJELP: Flere gutter i Asker oppsøker Helsestasjon for ungdom etter at de fikk egne trefftider. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

om å nå flere gutter

ponerte midler og etablerte et eget helsestasjonstilbud for guttene i 2000. Åpningstiden er onsdager fra kl. 15 til 17, slik at guttene kan komme rett fra skolen. Det er en utfordring å skaffe leger som kan starte kl. 15 og kun jobbe i to timer. Legestudenter med lisens ble derfor redningen. Vi har satt en nedre aldersgrense på legestudentene på 25 år, nettopp med tanke på at guttene er senere modne enn jentene.

Gjennom de 13 årene vi har driftet HFG har vi sett en jevn økning i antall gutter som besøker oss, ikke bare på guttedagen, men også på de andre to helsestasjon for ungdomsdagene (tirsdag og torsdag fra kl. 15 -19.30). Det tolker vi som at det er blitt mer akseptert for gutter å oppsøke helsestasjonen. Det har tatt tid å komme dit vi er i dag. Uten en sterk tro på at dette er et viktig tiltak, har vi sannsynligvis avviklet tilbudet for lengst. Antall besøkende varierer mellom 0 og 10 gutter pr. gang.

Markedsføring av tilbudet har vært viktig. I starten reklamerte vi i aviser/blader, på kino, ute på skolene, skrev artikler, lagde egen plakat m.m. Likevel tror vi jungeltelegrafen har vært den viktigste kanalen. Det sier oss noe om at det er nødvendig å være tålmodig når man etablerer nye tiltak.

Å ha en lett og god tone kombinert med imøtekommenhet og respekt i møtet med disse guttene, har vært viktig for oss. Ungdom går dit de føler seg ivaretatt og godt behandlet, og vi erfarer at guttene kommer tilbake. Guttene roser tilbudet og gir gode tilbakemeldinger. Ofte kommer de sammen med flere kompiser, noe som er et kjent jentefenomen, men nytt for guttene. Gutter fra nabokommunene oppsøker oss også.

«Guttene roser tilbudet og gir gode tilbakemeldinger.»

Tar klamydiatest

De fleste guttene som oppsøker HFU/HFG, kommer for å teste seg for klamydia. På samme måte som jentene tar kontakt på grunn av prevensjon, så er klamydiatesting en ufarlig og legitim grunn for guttene til å ta kontakt. Samtidig gir det dem en gylden anledning til å berøre andre temaer når de først har oppsøkt hjelp – noe vi opplever i stor grad. Siden oppstart har vi sett at gutter oppsøker oss med langt større bredde i problemområder enn tidligere. Svært ofte har de søkt opplysninger på nettet på forhånd, og mange har selv stilt diagnose på seg selv før de kommer. Oppsøkningsgrunn kan være utfordringer knyttet til seksualitet/funksjon, seksuell legning, psykisk helse, rus, anabole steroider, kosthold, spiseproblematikk, fysiske plager som trang forhud og ulike vondter med mer. Når det gjelder psykososiale utfordringer, så opplever vi også at foreldre, lærere eller venner henvender seg på vegne av guttene. Vi har valgt å ha det høyt under taket, og prøver å hjelpe guttene med de utfordringene de kommer med, eventuelt henviser vi dem til andre instanser. Etter mange års erfaring opplever vi at gutter ofte

er mer åpne rundt sin seksualitet enn jenter, når de først åpner seg. På HFU er vi så heldig å ha en helsesøster som også er sexolog. Hun er en viktig ressurs og samarbeidspartner i møtet med både gutter og jenter som har seksuelle utfordringer.

Klassebesøk på Helsestasjon for gutter

Erfaringer viser at har man først vært et sted fysisk, så er det lettere å oppsøke det igjen. Det var bakgrunnen for at vi bestemte oss for å invitere alle 10.klassingene, klassevis, til HFG. Skolehelsesøster inviterer jentene til HFU og gir de det samme tilbudet der. På HFG får guttene en times undervisning med vår mannlige lege. Målsettingen med besøket er at guttene skal få kjennskap til tilbudet, samt få litt informasjon om seksualitet og seksuelt overførbare sykdommer, slik at de lettere kan ta kontakt senere. Vår erfaring er at flere tar kontakt i ettertid. Trang forhud er noe vi alltid får henvendelser om i etterkant av undervisningen.

Guttekonferanse og temakveld for menn

Vi i hjelpeapparatet opplever at vi ofte kommer sent inn i forløpet av et problem, spesielt når det gjelder psykososiale utfordringer. Skal vi nå guttene som trenger helsehjelp, må vi fortsette å jobbe systematisk for å senke terskelen for å ta kontakt med hjelpeapparatet. Vi så derfor nødvendigheten av å etablere flere tiltak, spesielt rettet mot gutters psykiske helse.

En ide slo rot, og våren 2007 var Guttekonferansen og Temakveld for menn som oppdrar gutter et faktum. Siden da har det vært en årlig konferanse for alle 10.klasseguttene i kommunen på dagtid, og for menn som oppdrar gutter mellom 0-18 år, på kveldstid. Arrangementene er knyttet opp mot Verdensdagen for psykisk helse 10.oktober og arrangeres derfor i oktober.

Guttekonferansen og temakvelden er et samarbeidsprosjekt mellom HFG i Barne- og familieenheten, VIP-programmet (representant for undervisningsprogrammet Veiledning og Informasjon om Psykisk helse) og ungdomsskolene. De første årene hadde vi også med ungdomsrepresentanter som var med på å legge premissene for konferansen.

Målsettingen for disse arrangementene er først og fremst å formidle kunnskap om gutters psykiske helse. Vi har et ønske om å få guttene til å reflektere rundt temaet og gi dem en forståelse av at det er normalt å være sårbar i ungdomsårene. Å vie guttene en egen dag, var for oss viktig, nettopp for å vise at vi bryr oss om dem og tar dem på alvor. De skal forlate konferansen og føle seg

FAR FÅR INSPIRASJON: Menn er viktige rollemodeller, og for å inspirere fedre arrangerer helsestasjonene i Asker hvert år Temakveld for menn som oppdrar gutter. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

stolte over å være gryende menn. Når det gjelder temakvelden, så har vi et ønske om å framheve betydningen av menn som viktige oppdragere og rollemodeller for at gutter skal utvikle en trygg og maskulin identitet. Vi har et håp om at disse arrangementene skal inspirere skolene og barnehagene til å tenke ut og realisere andre tiltak for guttene i en ellers «feminisert» skole og barnehage.

Det var stor stas da Hans Kongelige Høyhet kronprins Haakon Magnus takket ja til å åpne den første konferansen i 2007. Han er en viktig rollemodell, og viste med sitt engasjement at han er opptatt av barn og unges oppvekstsvilkår, samt de sårbare i samfunnet. Han var imponert over arrangementet, og poengterte at det var viktig å sette guttenes helse på dagsorden.

Konferansetittelen er «Hvem er jeg?»

Gjennom de syv årene vi har hatt arrangementet, har vi hatt ulike foredragsholdere. Siden 2008 har Marco Elsafadi med foredraget «Venner for livet – om vennskap, samhold og ensomhet» vært fast innslag. Mia Börjeson har bidratt gjennom flere år med foredraget «Om å bli Världsmästare i eget liv». I tillegg har vi hatt andre foredrag med temaer som «Gutter og anabole steroider», «Hvordan bryte ned forventningsnormen og takle motgang?», «Hvordan snu negativt til positivt?».

Foredragene brytes opp med musikkinnslag, to små pauser og pizza til lunsj.

Det er krevende å få opp mot 450 «testosteronkropper» til å sitte rolig og følge med en hel skoledag. Det krever fengende foredrag og korte sekvenser. De fleste foredragsholderne vi har hatt, har på en fantastisk måte greid å fange guttenes oppmerksomhet. Til tider har det vært mulig å høre en knappenål falle.

I etterkant av konferansen, oppfordrer vi guttene til å evaluere dagen. Responsen har vært svært positiv, og vi har i alle år fått gode og konstruktive tilbakemeldinger. De har gitt oss bekreftelse på at dette er et viktig tiltak, samtidig som de har kommet med konstruktive innspill som har vært med på å gjøre konferansen bedre. Under årets konferanse fikk vi følgende kommentar fra en gutt da han ble spurt om hva han satt igjen med etter denne dagen. Han svarte spontant: «Jeg har vært på mange foredrag før, og da har jeg holdt på å sovne og bare ventet på at det skal ta slutt, men i dag satt jeg og tenkte at dette må aldri ta slutt». En far meddelte på kveldsarrangementet at hans sønn hadde kommet hjem oppglødd og fortalt at dette var det råeste han hadde vært med på. Slike tilbakemeldinger er ubeskrivelige inspirerende for vårt videre arbeid.

Temakveld for fedre

Når det gjelder Temakvelden, så inviteres samme målgruppe hvert år, fedre i Asker kommune. Vi har derfor vært nødt til å variere tema og foredragsholdere hvert år. De første årene var vi opptatt av å engasjere kjente personer som vi mente ville trekke menn til arrangementet. Etter hvert ser vi at dette er blitt en årlig samling for mennene. De siste årene har vi hatt opp mot 200 menn på arrangementet, og det er vi svært fornøyd med. Temaene og foreleserne har vært mange. Følgende temaer kan nevnes: «Gutters problem – fars ansvar?», «Mann, myk og maskulin», «Fedrenes kraft på godt og ondt», «Unges spillevaner», «Hva gjør barn robuste, medfølende og solidariske?», «Hvordan oppdage og styrke talentene?», «Doping vårt nye samfunnsproblem», «Fedre er viktig for gutters seksuelle utvikling».

Vi har hatt to temaer på hvert arrangement for å sikre oss at minst ett tema engasjerer fedrene. Alle foredragsholderne blir bedt om å utforme foredraget på en slik måte at det kan oppleves som aktuelt og interessant uansett om du er far til en på 3 eller 16 år. Foredragene brytes opp med blåtoner, og vi serverer kaffe og boller før oppstart og i en pause midtveis. Vi anser det som viktig at fedrene får anledning til å snakke med hverandre og eventuelt med foredragsholderne under arrangementet

«De skal føle seg stolte over å være gryende menn.»

God støtte

For å kunne gjennomføre så store arrangement årlig, må det være godt forankret i ledelsen i kommunen, både administrativt og politisk. Ordføreren åpner guttekonferansene, skriver innledningen i programmet, og har besluttet at dette skal være et årlig tiltak. Konferansen er nedfelt i Barne- og familieenhetens rutiner, og finansieres gjennom egne budsjettmidler og prosjektmidler fra Fylkesmannen – Forebygging av uønskede svangerskap og abort – strategier for bedre seksuell helse.

Arrangementene har gitt oss svært mange positive tilbakemeldinger, både fra gutter selv, foreldre, lærere og andre fagpersoner. De fleste ungdomsskolene arrangerer aktiviteter for jentene på 10. trinn på skolen samme dag som Guttekonferansen arrangeres. Etter påtrykk fra De unges kommunestyre, ble det i 2012 arrangert jentekonferanse for 8. klasse jentene i kommunen, med tema «Du er bra nok som du er». Det var jentene selv som ønsket seg en jentekonferanse, på bakgrunn av alle gode tilbakemeldinger og positive rykter fra flere år med Guttekonferanse.

HFU/HFG ble i 2011 organisert i Barne- og familieenheten, sektor oppvekst, i Asker kommune. Barne- og familieenheten er en tverrfaglig sammensatt enhet, som gir oss enda flere muligheter i årene fremover til å samarbeide på tvers om nye tiltak for kommunes gutter. Vi gleder oss!

Hjelper barn å takle

Psykologisk førstehjelp er selvhjelpsmateriell som kan hjelpe barn og ungdom å håndtere vanskelige tanker og følelser. I Asker brukes metoden både i samtaler og klasseromsundervisning.

Av **Tone Lise Jakobsen, Lillian Larsen, Torill Gaaren, Lena Grønbeck Karlsen, Helen Bråtun Myra, Tonje Tyssen Vannebo** og **Nina Nordgaard**

SAMTALE: Psykologisk førstehjelp kan hjelpe barn til å sette ord på tanker og følelser, og på den måten gjøre dem bedre rustet til å takle vanskelige følelser. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

vanskelige tanker

Skolehelsetjenesten i Asker kommune er organisert i Barne- og familieenheten som er en tverrfaglig sammensatt enhet. Vi jobber med å nå ut til barn og unge via ulike kunnskapsbaserte metoder som kan virke helsefremmende og forebygge psykiske vansker. En metode vi bruker er Psykologisk førstehjelp.

Bakgrunn

NIFU-rapporten *Å redusere bortvalg – bare skolenes ansvar?* viste at 42,2 prosent av de 533 som sluttet på videregående skole i 2010/11, oppga et forhold utenfor skolen som hovedårsaken til at de sluttet. Hele 20,8 prosent forklarte at de sluttet fordi de var psykisk syke eller hadde psykososiale problemer.

NOVAs publikasjon *Ungdata, Nasjonale resultater 2010–2012* rapporterer at til tross for at de fleste unge trives godt både på skolen og hjemme, er det en god del unge som sliter med psykiske helseplager. I størst grad gjelder dette typiske symptomer på stress, som det «å tenke at alt er et slit» eller «å bekymre seg for mye om ting». Særlig er det mange jenter som sliter med å få hverdagen til å gå i hop.

Dette stemmer overens med de siste års erfaringer fra skolehelsetjenesten i Asker kommune. Barn og unge helt ned i barneskolen har i stadig større grad symptomer på psykiske vansker. Asker er en kommune hvor det er store krav til å være vellykket på mange områder. Det er høye forventninger blant ungdommene om at de skal mestre både skole, fritid, venner, utseende og jobb ved siden av skolen. Skolehelsetjenesten opplever et svært stort påtrykk fra elever som ber om hjelp fra helsesøster, og erfarer at mange barn og unge opplever et enormt press for å innfri egne og andres forventninger.

På bakgrunn av våre erfaringer startet vi i 2008 satsingen på utdannelse i kognitiv terapi til helsesøstre som jobbet med ungdom. Utdanningen ble tatt gjennom Norsk kognitiv forening. Gjennom denne utdannelsen ble vi kjent med Psykologisk førstehjelp.

Selvhjelpsmateriell

Psykologisk førstehjelp (PF) er selvhjelpsmateriell som kan brukes både som et universelt forebyggende tiltak og som et indikert forebyggende tiltak, og slik sett er tilpasset skolehelsetjenestens mandat som omfavner både helsefremming, universell og indikert forebygging.

Både selvhjelp og veiledet selvhjelp antas å kunne ha forebyggende og helsefremmende effekt for barn og ungdom, gjennom at de lærer å påvirke egne liv og forholde seg aktivt til egne tanker, følelser og handlinger.

«En tanke er en tanke, ikke en sannhet.»

PF er materiell som kan bidra til at man lærer hva som skjer når følelser og negative tanker blir vanskelige å håndtere. Det kan hjelpe barn og ungdom å identifisere situasjoner der de ikke tenker og handler hensiktsmessig, og gi tips til hvordan man kan komme inn i mer konstruktive tanke- og handlingsmønstre. Opplæring i PF kan hjelpe barn og unge til å utvikle sin kompetanse i å oppdage, klargjøre og formidle hva de føler og tenker. Bruk av PF kan bidra til større forståelse

«Mange barn opplever et enormt press for å innfri egne og andres forventninger.»

om sammenhengen mellom situasjon, følelser, tanker og handling. PF kan brukes for å hjelpe barn og unge til bedre å bli kjent med sitt eget tanke- og følelsesliv, og for å hjelpe dem til å bedre forstå hvordan andre føler og tenker. Det å erkjenne følelser og uhensiktsmessige tanker er ofte viktige skritt på veien til å håndtere vanskelige situasjoner bedre.

PF er utviklet som et skrin, bestående av de to figurene, Rød og Grønn, ark med «hjelpehender» og et hefte som forklarer grunnprinsippene i den kognitive modellen ved hjelp av enkle tekster og tegninger. PF finnes i to versjoner, en barneversjon for aldersgruppen 8–12 år og en ungdomsversjon for aldersgruppen 12–18 år. Skrinene er utviklet av psykologspesialist Solfrid Raknes sammen med en faglig referansegruppe

av sentrale fagpersoner innen psykisk helsevern.

PF blir utgitt av Gyldendal, og mer informasjon om materiellet finner du på gyldendal.no.

Psykologisk førstehjelp i Asker

Flere av helsesøstrene i Asker fikk via Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) opplæring i F høsten 2011. PF kan brukes både i samtaler, klasseromsundervisning, foreldresamarbeid og i forhold til lærerne.

«Vi gir barn og unge et redskap til å takle livets utfordringer.»

Skolehelsetjenesten brukte ofte PF i samtaler med barn og unge som oppsøkte helsesøster. For å skape et helhetlig tilbud i henhold til kommunens satsing på tverrfaglig samarbeid, forebygging og tidlig intervensjon, ønsket vi å utvide metoden fra et individnivå til et systemnivå. Vi bestemte oss derfor å prøve ut PF i klasseromsundervisning, for på den måten å nå alle elever, også dem som ikke selv valgte å oppsøke hjelp.

Skoleåret 2011/12 gjennomførte vi et pilotprosjekt på to av sju ungdomsskoler i kommunen. Prosjektet besto i å gjennomføre klasseromsundervisning i PF til elever på 8. trinn. Før undervisningen sendte vi ut et informasjonsskriv til foreldrene på e-post. Hensikten med at foreldre fikk infoskriv, var at de kunne ta opp tråden fra undervisningen hjemme, høre litt med ungdommen hva de hadde lært, og kanskje bruke røde og grønne tanker og hjelpehånden i konkrete situasjoner hjemme. Elevene fikk 60–90 minutters undervisning av helsesøster i klasserommet. Etter endt undervisning leverte vi ut et enkelt evalueringsskjema.

En gruppe helsesøstre i barneskolen utarbeidet høsten 2012 et undervisningsopplegg for PF på 5.

FØRSTEHJELP: Ved å bruke psykologisk førstehjelp kan man forhindre at små plager utvikler seg til større problem. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

trinn. Dette ble prøvd ut skoleåret 2012/13 på de fleste barneskoler.

På bakgrunn av helsesøsters erfaringer med PF og tilbakemeldingene vi fikk fra elevene, lærerne og foreldre, implementerte vi PF-undervisningen som en permanent metode på 8. trinn fra skoleåret 2012/13 og på 5. trinn fra skoleåret 2013/14.

PF undervisningen erstatter nå gruppesamtalene på 8. trinn og undervisningsopplegget *Livet* av Arnhild Inversini på 5. trinn, som Veilederen anbefaler. Dette har vi prioritert å gjøre ut fra våre erfaringer gjennom flere år om helsetilstanden blant barn og unge i vår kommune.

Fra skoleåret 2013/14 har lærerne på ungdomsskolene også fått undervisning i PF før skolestart. Vi valgte å gi lærerne samme undervisning som elevene, for å gi dem et felles språk og å kunne henvise til røde/grønne tanker ved behov. Flere av lærere på barneskolen har hengt opp hjelpehånda i klasserommet og bruker den flittig etter at helsesøster gjennomførte undervisningen. En helsesøster i barneskolen har også undervist om PF på et foreldremøte etter ønske fra lærerne på det trinnet hun underviste i. En annen helsesøster underviste i PF på 6. trinn der mange gruet seg til å overnatte på leirskole. Undervisningen resulterte i at alle elevene gjennomførte leirskolen med glans.

Vi tenker at ved å gi undervisning til alle elever i barne- og ungdomsskolen fremmer vi mulighetene for god psykisk helse også videre i livet, og gir barn og unge et redskap til å takle livets små og store utfordringer.

På de videregående skolene i Asker gjennomfører vi VIP (Veiledning og Informasjon om Psykisk helse) på VG1, og vi bruker teknikkene fra PF i stressmestringskurs som vi underviser utvalgte klassetrinn i.

Våren 2013 ble vi intervjuet i lokalavisen Budstikka om tiltaket, noe som medførte at skolehelsetjenesten på Torstad skole fikk besøk av stortingsrepresentant Trine Skei Grande og Abid Raja fra Venstre.

Vi ser nå på muligheten til å legge ut informasjon om PF og hjelpehånda på læringsplattformen It`s learning.

Vi samarbeider med Solfrid Raknes om et evalueringsskjema tilpasset vår måte å bruke PF i klasseromsundervisning.

Tilbakemelding

Psykologspesialist Solfrid Raknes har gitt følgende tilbakemelding på arbeidet i Asker:

> **Måten skolehelsetjenesten i Asker benytter PF på, der de kombinerer PF brukt som universell og indikert forebygging, er spennende. Når PF blir brukt for alle elever på skolen slik det gjøres i Asker, når man ut med helsefremmende informasjon til alle. Lik tannpuss er viktig i den daglige forebyggingen av tannhelseproblematikk, kan en tenke seg at «daglig tankepuss» er noe alle barn og unge kan ha nytte av å lære seg. Den indre dialogen foregår i hver enkelt hver dag. Hvordan man snakker til seg selv i det daglige har betydning for hverdagsvalg, utvikling av vaner og vil påvirke barnets utvikling. Helsesøstre har lenge bidratt til folkehelsen ved å fronte «fem om dagen». Kanskje er grønne tanker minst like viktig for folkehelsen?**
>
> **For barn som trenger mer hjelp, kan PF brukes som veiledet selvhjelp der helsesøster snakker med barnet om hvordan han kan bruke disse prinsippene på seg selv. Når PF blir presentert for alle elevene av helsesøster, kan det tenkes at de elevene som ønsker mer hjelp, allerede forbinder PF med helsesøster. Og at eleven trenger mindre individuell forklaring for å jobbe direkte med hvordan bruke prinsippene i PF i forhold til sine vansker. En fleksibel og kompetent bruk av PF, er lettere om man har en stødig utdanning i kognitiv terapi. Det at mange av helsesøstrene i Asker har gått Norsk Forening for Kognitiv Terapi sin utdanning, tror jeg fører til mer kompetent veiledning av elevene. Måten jeg ser helsesøstrene i Asker bruker PF på, imponerer meg. De jobber systematisk – både med opplæring av helsesøstre, utvikling av sine tjenester, evaluering av tiltakene de setter i gang og implementering av tiltakene i skolene. At elevene og foreldrene gir kjempegode tilbakemeldinger sier mye. Og jeg har grønne tanker om at Askermodellen å bruke PF på er en som kan passe for flere skolehelsetjenester i Norge.** ■

Opplæring på Youtube

Vil du vite mer? Gå inn på www.youtube.no – psykologisk førstehjelp. Der er det grundig forklart hva metoden går ut på.

Psykologisk førstehjelp blir gitt ut av Gyldendal Norsk Forlag. Du kan også lese mer om materiellet de gir ut på gyldendal.no.

Kilder: Bravender, 2010, Kazdin, 2009, Kendall, Settepani & Cummings, 2012, Major mfl., 2011 og Repål, 2008.

Økt satsing på skole

Store økonomiske tilskudd og økt fokus på samarbeid mellom skolene, har gitt elevene en betydelig bedre skolehelsetjeneste i Follo.

Tekst **Eva Harriet Rønkvist**, helsesøster på Nesodden videregående skole

Akershus fylkeskommune står bak en unik satsing på skolehelsetjenesten i den videregående skolen. I Akershus fylkesting ble det i desember 2007 besluttet at fylkeskommunen måtte styrke samarbeidet med kommunene for å bedre skolehelsetjenesten ved de videregående skolene. Det ble vedtatt å tilføre inntil ti millioner kroner per år for at dette skulle gjennomføres. Kommunene skulle fortsatt ha det faglige og organisatoriske ansvaret for skolehelsetjenesten, men med økonomisk tilskudd fra fylkeskommunen.

Denne satsingen medførte at kommunene i Follo kunne øke helsesøsterressursen betraktelig inn i de videregående skolene. Folloregionen har sju videregående skoler med forskjellige programområder. Tjenesten er organisert ulikt i de forskjellige kommunene, etter ulike behov ut fra samarbeidsmøter med skolene. På en del skoler i Follo er det forskjellig yrkesgrupper inne i tillegg til helsesøster, som fysioterapeut, psykiatrisk sykepleier og psykolog.

Faste møter

Helsesøstrene i den videregående skolen i Follo-regionen så tidlig at det var viktig å ha faste treffpunkter. Dette for at vi sammen kunne få større innblikk i den enkeltes hverdag. Hvordan blir ressursene brukt, hva med samarbeid mellom skolen som eies av fylket og helsetjeneste som drives av kommunen? Hvordan styrke kvaliteten på vårt arbeid?

Vi har hatt jevnlige møter, tre til fire ganger per år. I tillegg har vi som gruppe drevet ungdomsforum i Akershus fylke i en toårsperiode. Dette er et forum som ble startet av to ildsjeler som så nytten av et felles møtested for helsesøstre som jobbet med aldersgruppen 15 – 21 år i hele Akershus fylke. Follogruppen har hatt ansvar for gjennomføringen og det faglige innholdet. Mye av det faglige innholdet har kommet fra egen yrkesgruppe og det har vært rom for løsningsorienterte diskusjoner. Dette faste samlingspunktet har bidratt til nyttig kjennskap til hvordan ressursene fra Akershus fylkeskommune brukes på den enkelte videregående skole. Møtestedet har vært hos fylkesmannen i Oslo og Akershus som har bidratt med økonomisk støtte. Dette

Kommuner i Follo

Follo består av syv kommuner rett sør for Oslo, langs østsiden av Oslofjorden. Kommunene er Nesodden, Frogn, Vestby, Ås, Oppegård, Ski og Enebakk. Follo har over 130 000 innbyggere og utgjør en felles arbeids-, bo- og serviceregion.

Kilde: Akershus.com og follo.no

helsetjenesten i Follo

har vært mulig på grunn av et nært og godt samarbeid med folkehelserådgiver Jorun Hunderi.

På russetreff

Det tette samarbeidet i Follo-gruppen har blant annet ført til at vi fire år på rad har hatt et felles prosjekt mot russen. Vi har en kveld i mai vært sammen med cirka 6000 russ fra store deler av landet på fornøyelsesparken Tusenfryd. Vi har søkt og fått pengestøtte gjennom fylkeskommunen av midlene «Tilskudd til oppfølging av forebygging av uønskede svangerskap og abort». Pengene har gått til innkjøp av like jakker og t-skjorter, bannere, buttons, tepper med mer. Vår rolle har først og fremst vært å vise fram skolehelsetjenesten og å møte russ fra egen skole. For å komme i kontakt med så mange som mulig har vi hatt quiz hvor hovedpremien har vært gratis sesongkort på Tusenfryd. Vår plassering inne på Tusenfryd har vært godt synlig. Vår opplevelse har vært at dette har blitt godt mottatt av både ledelsen på Tusenfryd og russen. Noe av pengene har vært brukt til å få til felles informasjon til russ ved egen skole. Vi har vært sammen på tur og utarbeidet et felles undervisningsopplegg, tilpasset den enkelte skole.

> «Samarbeidet har gitt en større trygghet i vårt viktige arbeid.»

Bedre for elevene

Ikke alle elever velger videregående skole i kommunen de bor i, da har det nære samarbeidet i gruppen vært nyttig når elever av en eller annen grunn trenger oppfølging i egen kommune eller velger å bytte skole i utdanningsforløpet.

Vi erfarer at har man mange felles møtepunkter, er det lett å ta kontakt på mail og telefon når problemstillinger dukker opp. Spørsmål vedrørende prevensjon, vaksinering av russen, undervisning og VIP-prosjektet er andre viktige temaer vi har diskutert og funnet gode løsninger på. VIP-prosjektet er et tilbud til elever i 1.klasse på videregående skole om veiledning i psykisk helse. Folloregionen har også et nært samarbeid hva gjelder ruskontrakt. Alle kommunene i Follo har større eller mindre stilling knyttet til dette arbeidet. Det er et samarbeid med forbyggende politi og ansatte i skolehelsetjenesten.

Samarbeidet har gitt en større trygg-

RUSSETREFF: Hver år samles flere tusen russ til treff i fornøyelsesparken Tusenfryd. Helsesøstre er med og arrangerer kurranse, deler ut effekter og gir informasjon. Foto: Scanpix/Berit Roald.

het i vårt viktige arbeid som igjen har kommet elevene til gode ved egen skole. Et tema som har vært mye diskutert i gruppen er de unges psykiske helse. Er den forverret, eller er det at vi nå er mer tilgjengelig som igjen fører til større pågang? Flere i gruppen har videreutdanning i psykisk helse og/eller kognitiv terapi.

Vi ser at vår økte tilgjengelighet ved de videregående skolene har gitt elever en tydelig bedring av en skolehelsetjeneste som før var minimal. Follogruppen har et nettverk som er unikt på grunn av det tette samarbeidet. Dette igjen fører til større trygghet og tilfredshet i den viktige jobben vi utfører. Vi som gruppe setter stor pris på denne satsingen fra Akershus Fylkeskommune og håper det kan være et eksempel til etterfølgelse i alle landets fylker.

«Vi klarer å hjelpe elever som sliter.»

Egne erfaringer etter fem år

Hva gjelder min rolle ved Nesodden videregående skole har det økonomiske tilskuddet ført til at helsesøstertjenesten har økt fra 20 % til 120 %. Min stilling er tilknyttet skolen hvor jeg er til stede hver dag. Mitt kontor er ved siden av sosialpedagogisk rådgiver og spesialpedagogisk rådgiver. Dette fører til et nært samarbeid om de elevene som trenger støtte i skolehverdagen. Jeg er også på felles mail med alle lærere, noe som fører til rask kommunikasjonen med den enkelte lærer. Kommunikasjonen med elevene er først og fremst via mobiltelefon, men jeg har også tilgang til It`s Learning. Der kan jeg gi felles beskjed til alle elever.

På skolen er jeg fast deltaker i tverrfaglig team. Tverrfaglig team består av opplæringsleder, spesialpedagogisk rådgiver, sosialpedagogisk rådgiver, to representanter fra pedagogisk-psykologisk tjeneste, miljøarbeider og helsesøster. Vi har ukentlige møter hvor elevsaker drøftes og fordeles. Jeg deltar i skolens personalmøter og er med på alle klasselærerråd sammen med sosialpedagogisk rådgiver og ledelsen. Jeg deltar også på foreldremøter, og har innlegg på foreldremøte for russen i vårsemesteret. I tillegg bidrar jeg med helserelatert undervisning hvis ønskelig.

Det meste av min tid brukes til samtaler med enkeltelever, og noen følges gjennom alle tre år på skolen. Jeg har gjennomsnittlig fire samtaler per dag. Mye av problematikken handler om psykiske vansker, knyttet til hjemmeforhold og/eller skolen. Fordi jeg har god kjennskap til kommunens hjelpeapparat er det lett å henvise elever med større vansker videre.

Elever som avslutter behandling i Barne- og ungdomspsykiatrien følges ofte opp med samtaler i ettertid av meg. Det er overføringsmøter med helsesøstre i ungdomsskolene. Der hvor elever ønsker det, innkalles de til samtale ved skolestart i videregående skole. Som ansatt i kommunen har jeg ansvar for Individuell plan hvis foresatte/elev ønsker det. Møter med foreldre, lærere, sosialpedagogisk rådgiver og andre som har kontakt med elever er også en del av mitt arbeid ved skolen.

Det økonomiske tilskuddet fra Akershus Fylkeskommune har for min del ført til en hverdag hvor jeg har mulighet til å følge elever over tid. Jeg har fått god kjennskap til en skolehverdag som ikke er like enkel for alle å mestre. Det tette samarbeidet med skolens hjelpeapparat og ledelse gir seg utslag i at vi sammen klarer å hjelpe elever som sliter på flere arenaer. Det å ha kontor vegg i vegg med rådgivere på skolen tenker jeg er svært nyttig og nødvendig. Dette mener jeg gir en trygghet for skolens elever.

Pepticate

- et trygt mysehydrolysat med god smak og unik sammensetning

Til behandling av barn med kumelkallergi

- Høygradig hydrolysert myseprotein
- God smak for enklere introduksjon og compliance
- Inneholder prebiotiske kostfiber (GOS/FOS) for god tarmflora og bedre tarmfunksjon[1]

Referanse: 1. Moro G et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002;34:291-295.

Nyhet!

Nutricia støtter WHO-koden om at morsmelk er spedbarnets beste føde.

Nutricia Norge AS
Holbergsgt. 21, N-0166 Oslo
Tlf. +47 23 00 21 00, Fax +47 23 00 21 01
E-post nutricia@nutricia.no
www.nutricia.no
www.kumelkallergi.no

NUTRICIA Pepticate

TRENGER HJELP: Mange elever har psykiske problemer som de trenger hjelp til å håndtere. Foto: Colourbox.

Opptrapping av psykisk helsearbeid i Bærum

Siden 2008 har Akershus fylkeskommune gitt ekstra midler til skolehelsetjenesten. I Bærum har dette ført til en rekke nye tiltak innen psykisk helsearbeid.

Av **Rita Danese**, klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie. Psykisk helseteam for ungdom og skolehelsetjenesten Dønski videregående skole

Det siste tiåret har det blitt stadig større fokus på ungdoms psykiske helse. I regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) anslås det at rundt 10 % av ungdom i videregående skoler i Norge har så store psykiske problemer at de trenger profesjonell hjelp. I helseprofil for barn og ungdom i Akershus (2004) framkommer det at over halvparten av ungdommen som har psykiske problemer, ikke har vært i kontakt med verken skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, PP-tjeneste, psykolog eller psykiater. Samtidig er det stor bekymring knyttet til frafallsproblematikken i videregående skoler. Ifølge NifuStep sin rapport 13/2008 ser man at over 30 % av elevene dropper ut på landsbasis.

Med bakgrunn i ovennevnte, fattet Akershus fylkeskommune 12. juni 2008 fylkesvedtak om å styrke skolehelsetjenesten i alle de videregående skolene i fylket med totalt ti millioner kroner årlig i en fireårig prosjektperiode under forutsetning av at midlene ble øremerket skolehelsetjenesten i videregående skole. Alle de åtte videregående skolene i Bærum inngikk i løpet av våren 2009 forpliktende partnerskapsavtaler med kommunen.

Bærum kommunes bruk av midler

Som en direkte følge av midlene, bestemte Bærum kommune ved Helsetjenester for barn og unge å ansette en prosjektleder for blant annet å følge opp samarbeidsavtalene med påfølgende halvårige rapporteringer mellom de videregående skolene og skolehelsetjenesten i Bærum. Samarbeidsavtalen/rapporteringene består av i alt åtte punkter hvor blant annet samarbeid vedrørende fravær/risiko for frafall og gjennomføring av opplæringsprogrammer for psykisk helse er to av punktene.

Skolehelsetjenesten er en lovpålagt kommunal tjeneste som skal være et lavterskeltilbud til elever i den videregående skole. Parallelt med dette lovverket har vi Lov om opplæring hvor det i kapittel 9, §9a presiseres at skolen aktivt og systematisk skal arbeide for å fremme et godt psykososialt miljø samt jobbe systematisk for å fremme helse, miljø og sikkerhet for elevene.

Stor økning av konsultasjoner fra 2007 til 2012

Som et resultat av midlene fra fylkeskommunen har skolehelsetjenesten i videregående skoler i Bærum blitt styrket med totalt 2,6 stillinger, fra 4,1 til 6,7 stillinger, hvilket har gjort store endringer i blant annet antall konsultasjoner. Som det tydelig framkommer av tabell 1, har styrkingen gitt svært synlige resultater:

Til tross for en liten nedgang i 2012, har skolehelsetjenesten økt sine konsultasjoner med fantastiske 150 % i perioden 2007 til 2012, det vil si 2,25 ganger flere konsultasjoner! Svært mange av disse konsultasjonene kan relateres til psykisk helse og også fraværsproblematikk.

Kompetanseheving blant helsesøstre

Bærum kommunes skolehelsetjeneste er opptatt av å oppdatere sine ansatte fortløpende. Det arbeides derfor systematisk for å heve et i utgangspunktet godt kompetansenivå blant helsesøstrene i videregående skole.

Som det framkommer av tabell 2 har alle helsesøstre i skolehelsetjenesten i videregående skole gjennomført todagers kurset «Psykologisk førstehjelp» i regi av Regionalt senter for barne- og ungdomspsykiatri (RBup), samt nylig deltatt på meritterende dagsseminarer om både anabole steroider og Legal Highs. Vivat-kurs er et intensivt tverrfaglig todagers kurs i forebygging av selvmord. Ifølge forskningsrapporter har det mest urovekkende trekket ved utviklingen av selvmordshyppighet i Norge vært den sterke økningen blant unge mennesker, særlig unge menn (Statistisk sentralbyrå 2001). KAT (Kognitiv Atferdsterapi) er en utdanning som går over to semestre.

Opplæringsprogram med dokumentert effekt

Opplæringsprogrammet VIP (Veiledning og Informasjon om Psykisk helse) begynte som et forebyggende tiltak ved Blakstad psykiatriske sykehus. Fra sin spede oppstart i 1999 har det etter hvert blitt et nasjonalt program som også har resultert i en doktoravhandling (Andersen, 2012). Hensikten med VIP er å øke VG1-elevenes kompetanse og bevisstgjøring i forhold til psykisk helse.

Programopplæringen er tredelt – lærer, lærer/elev, elev/lærer/helsepersonell. I Bærum kan vi vise til at sju av åtte skoler har definert VIP inn i sitt årshjul og har gjennomført dette årlig siden skoleåret 2009/10. Før vi startet et målrettet fokus på forebyggingsarbeid

TABELL 1.

Konsultasjoner vgs	2007	2010	2011	2012
Konsultasjoner	3 643	7 852	8 874	9 152

TABELL 2.

Vgs	Stilling %	Utdanning	Psykologisk førstehjelp Kurs	KAT Kognitiv atferdste-rap.	Stress-mestring	Rus	Vivat
Dønski	100	Helsesøster og klinisk spesialist i psyk. spl	Ja	Startet des. 2013	Ja	Uformell	Ja
Eikeli	60	Helsesøster	Ja	«	Ja	«	«
Nadderud	100	Helsesøster m/viderutd. i psyk. helse	Ja	«	Ja	«	«
Rosenvilde	100	Helsesøster	Ja	«	Ja	«	«
Rud	100	Helsesøster	Ja	«	Ja	«	«
Sandvika	100	Helsesøster	Ja	«	Ja	«	«
Stabekk	60	Helsesøster	Ja	«	Ja	«	«
Valler	60	Helsesøster	Ja	«	Ja	«	«

innen psykisk helse i videregående skole, var det kun fire skoler som hadde et program rettet mot dette. Gjennomføringen var relativ lunken og vi opplevde at det var en viss motstand i skolemiljøene mot dette arbeidet. For å få et større eierskap og økt interesse rundt psykisk helse, startet vi høsten 2009 opp med kick off-møter hvor deltakere fra skole, skolehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ble invitert inn. Disse kick off-møtene har vi nå fast en gang i året og innholdet er faglig orientert. Foredragsholderne har i stor grad vært psykologspesialister og psykiater og temaer har vært angst og depresjon, OCD (Obsessive Compulsive Disorder), rus og bivirkninger, nyeste forskning innen behandling av ADHD, bitching og mobbing med mer. Det har vært et målrettet og systematisk arbeid for å lage gode og stabile tverrfaglige team fra skolehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Mitt inntrykk er at lærerne på de respektive skoler i stadig større grad ser VIP-programmet som en viktig del av undervisningen og ser at kunnskap om forebyggende psykisk helsearbeid er svært viktig, samt at ved å gjenkjenne signaler på psykiske lidelser kan man langt tidligere initiere tiltak. Gjennomføringen av tiltaket er tverrfaglig og tverretatlig.

Skolehelsetjenesten samarbeider med TIPS

TIPS Asker og Bærum er en del av spesialisthelsetjenesten i Vestre Viken hvor man kan henvende seg direkte uten henvisning. Navnet TIPS er forkortelse av tidlig intervensjon ved psykoser. TIPS er et tilbud til unge mennesker som er i ferd med å utvikle en alvorlig psykisk lidelse. I tett samarbeid med TIPS ønsket skolehelsetjenesten vgs. å satse sterkt på å bedre kunnskapsnivået i forhold til tidlige tegn på alvorlig psykisk lidelse. Skolen, lærerne og skolens hjelpetjenester kan gjøre en stor innsats på det forebyggende området ved å ha nok kunnskaper om psykiske vansker og lidelser til å kunne se når det er nødvendig å gripe inn og sørge for at elevene får tidlig hjelp. I samarbeid med TIPS og skolehelsetjenesten i Asker arrangerte vi derfor i juni 2010 et tverrfaglig psykosekurs som var merriterende til klinisk stige. Vi har fortsatt med et tett og godt samarbeid med TIPS med jevnlig undervisning av personalet og fokus på bruk av screeningverktøy.

Frivillig ungdomskontrakt

Bærum kommunes skolehelsetjeneste har 0,75 % stilling (fem helsesøstre i brøkstillinger) knyttet opp til Ungdomskontrakt og Frivillig Ungdomskontrakt (avtaler om rusmiddelkontroll). Disse kontraktene inngås i tett samarbeid med politiet. Ungdommene som inngår slike kontrakter, samtykker i at de skal følges opp over minimum en tidsperiode på ett år hvor de skal avlegge 12–15 urinprøver. Formålet med kontrakten er at ungdommen får hjelp og oppfølging til ikke å utvikle et illegalt rusmisbruk og er et alternativ til bøteleggelse.

Fravær

Som nevnt ovenfor har antall konsultasjoner økt proporsjonalt med styrkingen av helsesøstertjenesten. Det er tydelig at helsesøsters tilstedeværelse også øker det tverrfaglige arbeidet. Flere av lærernes og rådgivernes henvisninger dreier seg om fravær og en ser at samarbeidet skole og helsetjenesten er viktig i dette arbeidet. De økte helsesøsterressursene gir også rom for økt tilbud om gruppeundervisning. De fleste ungdommer har behov for voksne som er tilgjengelige og som de kan ha tillit til. En økning i helsesøstres og andres tilgjengelighet er forebyggende og godt for ungdom som trenger hjelp og støtte i en periode.

Helsekontoret for barn og unge startet i 2009 et tverrfaglig sammensatt prosjekt hvor man ønsket å iverksette tiltak for å redusere fraværet/manglende deltakelse i kroppsøving med påfølgende manglende karakter i kroppsøving. Av forskjellige grunner lot fraværs- og kroppsøvingsprosjektet seg kun gjennomføre på en videregående skole. I 2009 og 2010 gjennomførte vi en dansegruppe med fokus på fravær/tilstedeværelse. 24 elever deltok i prosjektet. Av disse gjennomførte 18 elever og de fikk alle karakterer i kroppsøving.

TABELL 3.

Varighet	· Antall ganger: 10 ganger à 2 timer
Mål	· Karakter til alle i gruppen · Alle deltakerne skal delta i ordinær gym etter endt kurs
Delmål	· Alle deltakerne møter ferdig skiftet til timene · Trygge på hverandre · Koreografere egen dans (utholdenhet, styrke, uttøyning med fokus på overkropp, mage, rygg og ben)

I forkant for siste dansegruppe ble elever som man så sto i fare for ikke å få karakterer, innkalt til et fellesmøte. Etter møtet ble alle de som var interessert i å være med, intervjuet separat. Her fikk de presentert kriteriene for deltakelse i gruppen.

I tillegg til ovennevnte tiltak var det flere elever som begrunnet sitt fravær i kroppsøving med at dusjfasilitetene var svært dårlige og i liten grad ivaretok bluferdigheten til den enkelte. Problemet ble forelagt ledelsen på gjeldende skole og det ble umiddelbart skaffet penger til innkjøp av dusjforheng, skillevegger mellom dusjene og kroker for å kunne henge opp håndklær rett utenfor dusjforhenget.

Av forskjellige årsaker (sykdom blant skolens personale med mer), har det ikke vært mulig å fortsette dette tiltaket eller følge det opp.

Se tabell 3 som beskriver mål og delmål for prosjektet.

Stressmestringskurs

De fleste ønsker å oppfatte seg selv som frisk. Samtidig kan det virke som om symptomer og sykdom etter hvert er en akseptabel måte å melde fra om at presset om å være vellykket blir for stort; at man trenger en pause. I takt med kravene øker også sykeligheten. Undersøkelser viser at fysiske og psykiske symptomer henger nøye sammen.

I januar 2010 var helsesøster Solfrid Lien Hoff initiativtaker til å lage et kurs tilrettelagt for elever som følte skolehverdagen stressende. Hun så tydelig at krav i skolehverdagen gjorde det vanskelig for mange elever. Med det som bakteppe gikk Lien Hoff, psykologspesialist Rune Flaaten Bjørk og undertegnete i gang med å lage et undervisningsprogram. Vi var alle skjønt enige om at tilbudet skulle defineres som kurs. Kurstilbudet skulle gå over seks ganger à én time og vi ble enige om at det burde inneholde følgende elementer: psykoedukasjon, kognitive atferdsprinsipper og mindfulness. I tillegg ønsket vi å gjennomføre en 13 minutters avslapningsøvelse (autogen trening) i starten av hver time. Det ble utarbeidet et kompendium med litteraturhenvisninger. Innholdet er blant annet basert på «The Coping Cat» og oversettelsen «Mestringskatten», oversatt av psykologene Rune Bjørk og Simon Peter Neumers. Vi ønsket også å fokusere på Michael de Vibes tilnærming til mindfulness – tilstedeværelse her og nå.

Våren 2010 arrangerte Solfrid Lien Hoff, Rune Flaaten Bjørk og undertegnete det første stressmestringskurset hvor 18 elever fra alle tre trinnene deltok. Evalueringene var gode og det ble umiddelbart planlagt nytt kurs i løpet av skoleåret 2010/11. Etter dette har det gått slag i slag. Siden oppstart av stressmestringskurs har det blitt gjennomført flere kurs på alle de videregående skolene i Bærum. Etter hvert har vi også gitt et tilbud om en komprimert utgave med undervisningsopplegg tilpasset cirka to timer.

Stressmestringskursene har vakt stor interesse i flere fora og jeg har hatt gleden av å holde foredrag flere steder. I desember 2011 holdt undertegnete blant annet et innlegg for alle helsesøstrene i de videregående skolene i fylkeskommunen hvilket skapte stor interesse. Helsesøstrene møtte stadig ungdommer med uttalte stresssymptomer og ønsket å tilby dem et lignende kurs.

Kursene har også vakt interesse i ungdomsskolene i Bærum kommune med påfølgende undervisning både for elever og på foreldremøter for foreldre. Skolehelsetjenesten i den videregående skolen på Ringerike har også vist stor interesse og har fått tilgang til undervisningsopplegget vårt. I en tosidig artikkel i Aftenposten i april -13 ble både helsesøster Kari Bondø, flere elever og undertegnete intervjuet om stressmestringskurset. En av elevene uttalte at hun gledet seg til hver time. En annen formidlet at det var deilig å komme til kurset og få energi en gang i uken samt lære å slappe av.

Evaluering av kurset blant elever viser at de var spesielt godt fornøyd med stemningen i rommet og at det var en rolig og avslappet atmosfære. Det bør også nevnes at de aller fleste elevene ga en positiv tilbakemelding på avslapningsøvelsen. Vi opplevde det også som veldig fint at elevene kom med mange gode råd til hverandre.

I løpet av perioden mars 2010 til desember 2013 har vi holdt kurs, undervisning og foredrag for 476 personer. Tilbudet til elevene har vært på tvers av trinn og helsesøster på den respektive skole har rekruttert enten direkte eller via It`s Learning.

Konklusjon

Det er svært gledelig at Akershus fylkeskommune etter endt prosjektperiode har gjort midlene permanente, med samme forpliktelser som under prosjektperioden. Det vil med andre ord si at vi kan fortsette med å få til mye!

Ovennevnte tiltak er et knippe av hva som gjøres daglig blant helsesøstrene på den enkelte videregående skole i Bærum. Vi slår oss gjerne litt ekstra på brystet og avslutningsvis ønsker jeg å si: Sammen er vi gode og takket være fylkeskommunen kan vi stadig sørge for å bli bedre. Heia Akershus fylkeskommune! ■

Hjelp til å forebygge barseldepresjon

I Ski kommune har vi hatt økende fokus på psykisk helse de siste årene. Både gravide og foreldre får hjelp til å takle utfordringer gjennom samtaler og gruppetilbud.

I Ski kommune har vi en rød tråd i arbeidet for å forebygge svangerskaps- og fødselsdepresjon - videre benevnt som barseldepresjon. Vi implementerte bruk av EPDS og Edinburghmetoden i 2010, og vår erfaring er at vi i større grad enn tidligere finner de mødrene som har behov for tilbud om støttesamtaler eller ytterligere hjelp for å forebygge eller behandle en barslesdepresjon. Utover støttesamtaler får mødre som har ytterligere behov for hjelp, tilbud om å delta på kurs i depresjonsmestring i regi av helsestasjonen. Disse kursene har vi god erfaring med at hjelper både for mors psykisk helse og hennes utøvelse av foreldrerollen. Lisbeth Vallas masteroppgave «Evaluering av depresjonsmestringskurs på helsestasjonen» understøtter vår erfaring. Ønske om å være noe tidligere ute med forebyggende tiltak gjorde at vi startet opp gruppetilbudet *Mamma for første gang* i 2012.

Mamma for første gang

Utgangspunktet for oppstart av *Mamma for første gang* var at mange kvinner ga uttrykk for at det var mye de var uforberedt på når det gjaldt tiden etter fødsel. Dermed bestemte jordmødrene og en av psykologene i Hjelperen (psykisk helsetjeneste for barn og unge i Ski kommune) at de ville

FÅR HJELP: Mødre som har barseldepresjon får hjelp av helsesøster og andre fagpersoner. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

starte opp et nytt tilbud til førstegangsfødende i kommunen.

Alle førstegangsfødende kvinner blir invitert til en uformell samtalegruppe med fokus på den første tiden etter fødsel. Temaer er forventninger, bekymringer og gleder, parforholdet, søvn og mangel på søvn, samt fysiske forandringer i kroppen etter fødsel. Tilbudet er et forebyggende tiltak mot barseldepresjon - også fordi vordende mødre kommer i kontakt med andre i samme situasjon, og det er viktig da Ski kommune har stor andel innflyttere uten stort nettverk.

Vi ønsker å informere, normalisere og igangsette refleksjoner knyttet til tiden etter fødsel og det å bli foreldre. En utfordring er å realitetsorientere uten å skremme kvinnene. Vi er tydelig på at man skal ta kontakt dersom man strever, og informerer om hvor man kan henvende seg.

Mammaer for første gang er et relativt lite ressurskrevende tilbud, og kvinner som har vært på kurset kommer med positive tilbakemeldinger.

EPDS og Edinburgmetoden

Edinburghmetoden strukturerer det å sette mors psykiske helse på dagsorden, og gir oss en god mulighet til å identifisere mødre som ikke har det bra, og å sette i verk tiltak etter behov. Hva som er behovet og individuell oppfølging kartlegges og planlegges med kvinnen etter at hun har fylt ut EPDS-skjema. Dette gjøres av jordmor i svangerskapet og på 6-ukerskonsultasjonen av helsesøster.

I spedbarnsalderen har barn av deprimerte mødre høyere forekomst av uro, irritabilitet, utviklingsforsinkelser, vanskelig temperament og utrygg/desorganisert tilknytning sammenliknet med andre barn (1). Ved å identifisere og følge opp deprimerte mødre, kan vår erfaring tyde på at det blir mindre oppfølging av barna i forhold til de ovennevnte utfordringene.

Vi har et tett samarbeid med Hjelper`n som er et lavterskeltilbud i forhold til psykisk helse. Vi tilbyr KiD kurs (kurs i depresjonsmestring), vi samarbeider med sped- og småbarnsteamet ved BUP, DPS, psykisk helseteam i kommunen, fastlegen og barnevernet ved behov og i samråd med kvinnen. Vi har samlet mange gode erfaringer med tverrfaglig samarbeid i denne forbindelse.

Kurs i depresjonsmestring

Vi har i Ski kommune kunnet tilby KiD kurs til foreldre siden 2006, da Lisbeth Valla og Bodil Flø startet

Av **Ingrid Kjærnes,** psykolog

Av **Else Koren**, jordmor

Av **Hanne Hammond-Moe**, helsesøster

Av **Andrea Skaarer Kreutz,** helsesøster

NYE VENNER: En viktig bieffekt av gruppetilbudene, er at mødrene blir kjent med hverandre. Illustrasjonsfoto: Microstock/Scanpix.

dette som en del av opptrappingsplanen for psykisk helse. Det kjøres to ganger i året og er et tverrfaglig tiltak som holdes av helsesøster og psykisk helsearbeider.

Kurs i depresjonsmestring er en psykoedukativ gruppemetode og innholdet er basert på kognitiv atferdsterapi. Det er åtte gruppesamlinger à 2,5 timer, to oppfølgingssamlinger og inntil 12 deltakere. Vår erfaring er at gruppeeffekten er stor, da deltakerne opplever å ikke være alene med sin problematikk og at de på kurset er en del av et løsningsfokusert fellesskap. De gir tilbakemelding på at de blir mer bevisste sine egne tanker, følelser og handlinger og opplever å få verktøy de kan bruke for å øke sitt handlingsrom i sine liv.

Lisbeth Valla skrev sin masteroppgave *Evaluering av kurs i depresjonsmestring på helsestasjonen* knyttet til dette. Hun viser gjennom sin forskning at disse kursene har effekt. Det viste seg å være en signifikant reduksjon i depresjonssymptomer målt ved BDI og deltakerne hadde en signifikant økning i mestringsforventning etter intervensjonen. Alle deltakerne svarte i evalueringen etter avsluttet intervensjon at de hadde et ønske og en tro på at de skulle bruke mestringsteknikkene og 80 % svarte at de hadde fått økt tro på sin egen og sine barns framtid. I alt 68 % sier at intervensjonen har betydd mye eller svært mye i forhold til barna. Hele 80 % av de spurte opplevde å ha mer tro på sine barns framtid etter kurset. Og 73 % svarte at det å møte andre psykisk syke, hadde stor eller svært stor betydning.

Forebyggende arbeid innen psykisk helse blir det mest sannsynlig et økende behov for i fremtiden. Utfordringen for helsestasjonen blir å få tak i og gi et tilbud også til fedre på lik linje med mødre. Vi er takknemlig for innspill og tilbakemelding innen dette temaet!

Referanser:

1. Eberhard-Gran, M, Slinning K., Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Folkehelseinstituttet 2007.
2. Valla, Lisbeth, Evaluering av depresjonsmestringskurs på helsestasjonen, ISV 2010.

Helsesøstre skal gi råd til Folkehelseinstituttet

Folkehelseinstituttet har opprettet en referansegruppe med helsesøstre, for å få innspill angående vaksinasjon.

Avdeling for kommunikasjon og avdeling for vaksine ved Folkehelseinstituttet ønsker å forbedre vaksinekommunikasjon til foreldre/barn og befolkningen generelt. I dette arbeidet er helsesøstrene en viktig samarbeidspartner fordi de daglig holder i trådene og kjenner systemene i egen kommune. Helsesøstrenes informasjon har stor betydning når barn og ungdom skal vaksineres.

Folkehelseinstituttet har derfor opprettet en referansegruppe bestående av helsesøstre. Hensikten med gruppen er å diskutere aktuelle problemstillinger og få innspill fra helsesøstrene angående vaksinekommunikasjon og praktisk gjennomføring av vaksinasjon i kommunene. Referansegruppen består av åtte helsesøstre. De ble kontaktet av FHI etter forslag fra Astrid Grydeland Ersvik, leder i Landsgruppen av helsesøstre NSF. Helsesøstrene kommer fra forskjellige fylker og har erfaring med vaksinasjonsvirksomhet fra helsestasjon og skolehelsetjenesten. Noen har også erfaring fra influensavaksinasjon og fra innvandrermiljøer.

29.–30. oktober 2013 hadde Folkehelseinstituttet det første møte med den nyopprettete referansegruppen. Folkehelseinstituttet opplever at helsesøstrenes erfaringer fra vaksinasjonsarbeidet i kommunene er til stor nytte i arbeidet med å forbedre kommunikasjonen om vaksiner og vaksinasjon. Planen er å ha to møter i året i en periode på tre år.

NÅ ENDA BEDRE!
- fra første til siste dråpe -

En *god start* i livet begynner med en skje tran!

"Gi daglig tilskudd av vitamin D fra fire ukers alder gjerne i form av tran"
– Norske helsemyndigheter

Möller's Tran er tilpasset norske forhold og gir en rekke helsefordeler

- ✓ Rik på den naturlige **OMEGA-3- FETTSYREN DHA**. DHA har dokumentert positivt virkning på normal hjernefunksjon og syn*.
- ✓ **VITAMIN D** bidrar til et godt immunforsvar og et sterkt skjelett. Vitamin D er spesielt viktig her i Norge hvor vi får lite sol.
- ✓ **VITAMIN A** bidrar til å opprettholde normalt syn og immunforsvar. Mengden er tilpasset norsk kosthold.
- ✓ **3500 ÅRLIGE KVALITETSTESTER** sikrer ferskheten og renheten.
- ✓ **PATENTERT GLASSFLASKE** som beskytter de sunne næringsstoffene i tranen.
- ✓ Fersk **TORSK FRA LOFOTEN.**

NYHET! Möller's Tran har blitt enda bedre!

Möller's tar ingen snarveier når det gjelder kvalitet. Tranen vår lages av norsk arktisk torsk fra Lofoten og Vesterålen og vi jobber kontinuerlig for å gi deg og din familie det aller beste for helsen. Som en del av Möller's nye kvalitetsprogram har vi nå mer av de naturlige antioksidantene som beskytter de sunne omega-3 –fettsyrene i tranen. Du får derfor et bedre produkt fra første til siste dråpe!

Anna Oppedal Tokheim, *Möller's ernæringsfysiolog*

Superior Taste Award

Möller's Tran Naturell og Sitron er prisbelønnet for første-klasses kvalitet og smak.

Friend of the Sea

Möller's Tran er sertifisert for bærekraftig torskebestand og miljøvennlig verdikjede.

Les mer om Möller's Tran på **mollers.no**
*Gunstig effekt oppnås ved et daglig inntak av 250 mg DHA.

MØLLER'S
GRUNNLAGT 1854

Ungdom på dagsorden

Ungdomsrådet på Ahus blir tatt med på råd i en rekke sammenhenger. Det har resultert i blant annet et eget ungdomsrom og en ny brosjyre om ungdoms helserettigheter.

Tekst **Kjersti Sirevåg Wilhelmsen**, prosjektleder ungdomsmedisin og sykepleier, **Monika Overå,** prosjektleder musikk og aktivitet, musikkterapeut, **Guro Elshaug Schjønneberg,** medlem av ungdomsrådet

Norske sykehus er generelt lite tilrettelagt for ungdommers behov. Avdelingene er tradisjonelt innredet som barnevennlig eller «voksenvennlig». Enten er det barbiedukker og lego, eller rom med sterile, hvite vegger. Ungdom blir ofte glemt og kan føle seg utilpass i begge settinger. Som pasientgruppe faller de mellom i tjenester tilpasset enten barn eller voksne. Dette blir særlig synlig når ungdom skal overføres fra barneavdeling til voksenavdeling. Det er store kulturforskjeller mellom avdelingene, og for mange blir dette en svært brå overgang.

Noen må tilbringe store deler av ungdomstiden sin på sykehus. Forskning viser at ungdom med langvarige helseutfordringer har økt sårbarhet for utvikling av psykososiale, familiære og mentale vansker. Sykehusinnleggelser, eller innskrenkning av aktiviteter på grunn av sykdommen sin, gjør at de ikke kan delta på de vanlige sosiale arenaene som sine jevnaldrende. Bare det å oppleve seg annerledes enn «vanlig» ungdom, kan føre til psykisk stress og isolasjon fra jevnaldrede. Det er jo nettopp i denne fasen av livet de jevnaldrede er så viktige, med tanke på bekreftelse, identitetsdannelse og løsrivelse fra foreldre.

Brukermedvirkning på både individ-, tjeneste- og systemnivå er rettighetsfestet i gjeldende lovverk for både primær- og spesialisthelsetjenesten. Imidlertid er unges stemme svært underrepresentert i brukerundersøkelser og ordinære brukerutvalg. Rambøll-rapporten (Helsedirektoratet, 2012) viser til at det «ikke er gjort egne analyser av unges erfaringer med helsetjenestene, og unges erfaringer ser således ikke ut til å ha blitt benyttet for å gjøre tjenestene mer ungdomsvennlige.» Vi trenger å sette fokus på de unge og skape ungdomsvennlige sykehus og ungdomsvennlige helsetjenester.

Hvorfor er medvirkning viktig?

Norske helseforetak er godt kjent med begrepet brukermedvirkning. Brukermedvirkningen skal sørge for at det er pasientenes behov som er førende for struktur og innhold. Helse Sør-Øst har følgende definisjon på brukermedvirkning: «Gode og likeverdige helsetjenester for alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi». Brukermedvirkning skal brukes som en kunnskapskilde til forbedring av praksis.

Vi trenger medvirkning også fra ungdomsbrukere. Ungdom er ikke barn, men heller ikke voksne. Det er forventet at de skal klare mye selv, men samtidig mangler de livserfaringen mange voksne pasienter har. Dette gjør det ekstra vanskelig for ungdom å si fra om egne erfaringer og behov ved sykehus. I prosessen fra å være barn til å bli voksen må ungdom lære å ta ansvar for egen helse. Da er det avgjørende at de får innflytelse på hvordan helsetjenestene skal legges til rette for dem.

Ungdom som selv har erfaringer med sykdom og innleggelser, har mer kompetanse på hva som vil være ungdomsvennlige tiltak, enn hva voksne ansatte kan bidra med. Gitt de rette rammer, med mulighet for reell innflytelse, vil ungdom kunne gi mange gode tips og råd til kvalitetsforbedring og utvikling av mer tilpassede tjenester.

Prosjekt ungdomsmedisin

Ahus oppnevnte ungdomsmedisin som et av sine satsningsområder i perioden 2012-2016. Ved Barne- og ungdomsklinikken (BUK) ble det i forbindelse med dette opprettet et prosjekt med Kjersti Sirevåg Wilhelmsen som prosjektleder. Prosjektet skulle bidra til å sikre gode overganger mellom barn og voksen, med primært ungdom med kroniske sykdommer som målgruppe. Prosjektet skulle videre bidra til å utvikle tilbud generelt til ungdom i BUK, med lokaler og aktiviteter tilpasset ungdomsgruppen. BUK var opptatt av å lytte til brukerne, og et konkret delmål i prosjektet var derfor å opprette et eget ungdomsråd. Ungdomsrådet skulle være en reell samarbeidspartner, høringsinstans og premissleverandør i arbeidet for mer ungdomsvennlige tjenester på sykehuset.

Ungdomsrådet Ahus

Medlemmene i ungdomsrådet ble ikke rekruttert fra organisasjoner, men gjennom leger og sykepleiere på BUK. Vi ønsket brukere som hadde egne erfarin-

DELER AV UNGDOMSRÅDET: Ungdomsrådet er satt sammen av unge pasienter ved Akershus universitetssykehus. De er et rådgivende organ og en høringsinstans for sykehuset i arbeidet med å utvikle gode helsetjenester for ungdom. Foto: Privat.

ger med BUK og Ahus, og et så mangfoldig og sammensatt råd som mulig. Det var også et mål å ha god spredning i alder, diagnoser, fordeling av kjønn, bakgrunn og bosted. Ungdommene ble innkalt til intervju for å sjekke ut grad av motivasjon og avklare gjensidige forventninger. Ungdomsrådet ble offisielt innstiftet 15. desember 2012, bestående av ti ungdommer; seks jenter og fire gutter i alderen 14-21 år.

Vi har hatt fokus på å skape en god gruppeprosess og vi er derfor glad for at vi tidlig fikk dratt på helgesamling sammen. Ungdommene ble fort kjent med hverandre, og med arbeidsformen vi ønsket å bruke i rådet. Ungdomsrådet fikk selv være med og forme mandatet, deriblant at de ønsker å bidra med råd og erfaringsdeling til annen ungdom.

Form og metodikk

Ungdomsrådet samles til faste kveldssamlinger tre ganger i halvåret. Medlemmene i ungdomsrådet har vært med på å bestemme form og innhold på møtene. Vi har brukt deltagende metodikk som vi opplever har gjort det lettere å få fram ungdommenes tanker og meninger. Ungdommene har fått ulike gruppeoppgaver som blant annet har innbefattet å fotografere, tegne og skrive. Ungdomsrådet har deltatt på ledermøter og fagdager på Ahus, og de har også fått mange henvendelser utenfra. Som faglig støtte fikk vi knyttet til oss Karoline Bakka Hjertø, med erfaring fra ungdomsarbeid fra både Forandringsfabrikken og Ungdommens Røde Kors, og hun har fungert både som prosessleder og mentor.

Hittil har Ungdomsrådet bidratt med råd og konkrete tips rundt hvordan vi kan få til gode overganger mellom barneavdeling og voksenavdeling. De har også kommet med forslag til hvordan vi skal skape mer ungdomsvennlige arealer, noe som resulterte i et eget ungdomsrom på BUK. De har delt erfaringer om gode og dårlige møter med helsevesenet, som de har formidlet videre til flere på sykehuset. Ungdomsrådet har også vært viktige samarbeidspartnere i utarbeidelsen av skriftlig materiell til ungdom, blant annet hvordan det skal bli et språk som er forståelig og et design som er tiltalende for ungdom.

«De får innflytelse på hvordan helsetjenestene skal legges til rette for dem.»

Veien videre

Det har vært et aktivt år for ungdomsrådet siden oppstarten i fjor. Ungdommene har vært enestående til å engasjere seg i arbeidsoppgavene og har tatt nye utfordringer på imponerende vis. Noen av ungdommene har store utfordringer i forhold til helsen sin, og det er i blant en balansegang å tilpasse mengde og ønsker om deltagelse slik at det passer for alle. Men ungdommene tar godt vare på hverandre, og sier fra om egne begrensinger.

Ungdomsrådet ble opprettet som en direkte samarbeidspartner til prosjekt ungdomsmedisin, men det er ønske fra mange hold om at det skal bli et permanent råd. Det er derfor blitt arbeidet med en driftsmodell, som både sørger for å ta vare på det vi har lyktes med, og samtidig gir gode rammer. Det er viktig at ungdommene skal

få være ungdom, og med det få bruke sitt språk, sine begreper og sine referanser. I motsetning til det ordinære Brukerutvalget, bes representantene om å være nøytrale og ha et avklart forhold til sine pasienterfaringer. Ungdomsrådet bruker sine personlige erfaringer i vervet, og summen av ungdommenes erfaringer og tanker blir systematisert som en kunnskapskilde for sykehuset og andre brukere. Sykehuset ønsker også at psykisk helsevern skal inkluderes, slik at Ungdomsrådet etter hvert vil representere all ungdom på Ahus.

Arbeid med retningslinje for overganger og skriftlig materiell til ungdom tilhørende dette er ferdigstilt og skal piloteres av en eller to faggrupper i løpet av 2014. Det er blant annet laget en egen brosjyre om ungdoms helserettigheter, og en om fastlegeordningen. Disse ønsker vi også å tilby primærhelsetjenesten etter hvert. Vi planlegger kompetansehevende tiltak om ungdom, hvor vi også ønsker primærhelsetjenestens deltagelse.

En gledelig nyhet er at Ungdomsrådet ble tildelt 320 000 kroner fra Extrastiftelsen i novmber 2013. Pengene skal gå til et prosjekt i 2014, hvor Ungdomsrådet skal jobbe frem gode råd til både helsepersonell og til ungdom, og dette skal videre gjøres tilgjengelig gjennom en egen webside i tillegg til to brosjyrer.

Ungdomsrådet og prosjektleder samarbeider med Barneombudets kontor om en veileder til helseforetak som ønsker å starte opp ungdomsråd. Foreløpig er det kun OUS og Ahus som har etablert ungdomsråd, men flere sykehus vurderer oppstart. Vi kan hvert fall si at Ungdomsrådet så langt har gitt oss mange viktige refleksjoner, gode råd og vært en berikelse for Ahus. ■

– Stolt av hva vi har fått til

Guro Elshaug Schjønneberg er medlem av Ungdomsrådet på Ahus. Her forteller hun om sine erfaringer:

I dag er det enten Ole Brum eller Allers. Overganger har hatt en sentral rolle i den tematikken vi har jobbet med da overganger er ett stort problem for mange unge. Det er mange som føler de har får for lite informasjon og blir «kastet» inn i voksenrollen uten å helt vite hva de går til. Som ungdom har du mange bekymringer med jobb, skole, fremtid og det er mange som forventer mye av deg. I tillegg må de unge på sykehus takle sykdommen og alt rundt den samtidig. Det er en stor utfordring for mange å holde styr på. Alle har møtt på helsepersonell som er kjempeflinke og mange har hatt opplevelser som ikke er så gode. Det som kommer frem er relasjonen, hvordan du snakker til meg som pasient.

Som medlem i ungdomsrådet er jeg utrolig stolt over at vi har fått flere interessert i å høre på hva vi har å si. Det er flere som vil ha et ungdomsråd og jobbe aktivt med å forbedre forholdene på sykehus for ungdom. Vi har også fått

GIR RÅD: Guro Elshaug Schjønneberg er medlem av Ungdomsrådet. Foto: Privat.

flere til å se hvor viktig det er å snakke med ungdom når temaet omhandler ungdom. Ikke bare sitte voksne sammen og snakke om ungdom når de voksne ikke er målgruppen. Ungdomsrommet er det mest fysiske og håndfaste vi har gjennomført. Det er et rom der ungdommer kan komme og spille spill, se på tv med venner, legge bort sykdommen utenfor døren og være seg selv for en liten stund. Ungdomsrommet er selvfølgelig voksenfritt og gjør det mye enklere får ungdom som er lagt inn over lengre tid å ta med seg venner på besøk og bli kjent med andre på samme alder på sykehuset. Vi har vært i møter med brukerutvalg både internt på Ahus og i Helse Sør-Øst. Samarbeidet med barneombudet og møtt Erna Solberg, for å nevne noe.

For meg har det vært en utrolig erfaring å ha med seg, jeg mener ungdomsrådet har de mest fantastiske ungdommene du kan finne. Det er ingen som har forstått meg så godt, jeg trenger ikke å forklare dem at jeg er sliten, at jeg henger litt etter av og til eller at jeg rett og slett bare er dårlig. De forstår fordi vi kan relatere oss til hverandre uavhengig av diagnose eller bakgrunn. Vi har fått ett utrolig godt samhold som settes høyt av alle.

Vi synes det er utrolig viktig at vi får flere ungdomsråd i Norge så flere kan jobbe aktivt med det vi gjør. Se fordelene og behovet for å vite mer om hvordan forholdene for ungdommer ofte er på sykehus. Det kan også føre til at man kan møte flere i samme situasjon og ha noen å dele erfaringer som er vanskelig å forklare til andre ungdommer som ikke har opplevd det samme. ■

HELSESØSTER KONGRESSEN

Balansekunst i hverdagen

STAVANGER
23.-25. APRIL
2014

LANDSGRUPPEN AV
HELSESØSTRE NSF

Balansekunstner Eskil Rønningsbakken/Foto Sindre Lundvold

Balansekunst i hverdagen

Gode løsninger på helseutfordringer knyttet til levevaner, kosthold og aktivitet.

Helsesøsterkongressen 2014 finner sted i Stavanger fra 23. til 25. april. Kongressen holdes i Stavanger forum, som har mangeårig erfaring med store konferansearrangement. Det er gode forhold for både deltagere og utstillere, og fine turmuligheter i umiddelbar nærhet. Overnatting vil bli tilbudt både ved konferansestedet og i Stavanger sentrum, med gode kommunikasjonsmuligheter.

Tema er «Balansekunst i hverdagen», med vektlegging av gode løsninger på helseutfordringer knyttet til levevaner, kosthold og aktivitet. Vi har fått solide forelesere med forankring i både forskning, forvaltning, praksis og media. Vi ønsker at kongressen skal gi helsesøstre inngående, oppdatert og forskningsbasert kunnskap om hvordan kosthold, fysisk aktivitet, hvile og søvn har betydning for barn og unges utvikling og helse – og hvordan helsesøstre best kan jobbe med disse temaene.

Læringsmål for Helsesøsterkongressen 2014

Overordnet mål:
Deltageren skal etter gjennomført kongress kunne bidra til å fremme gode levevaner hos barn og unge

Holdningsmål

Deltageren skal
- anerkjenne barn og foreldres rett til å avgjøre hva som skal endres og hvordan
- ha innsikt i og evne til å reflektere over egne holdninger knyttet til samarbeid med barn, unge og deres foreldre

Kunnskapsmål

Deltageren skal kunne
- begrunne hvordan fysisk aktivitet, hvile, søvn og restitusjon har betydning for barn og unges utvikling og helse
- begrunne hvordan barn og unges nettbruk påvirker helsen og hvordan usunne vaner kan endres
- gjøre rede for ny kunnskap om kosthold og barn og unges matvaner
- gjøre rede for det sentrale i ny forskning om forebygging og tidlig innsats i forhold til overvekt

Ferdighetsmål

Deltageren skal kunne
- veilede og gi råd i forhold til livsstilsendringer
- anvende anerkjente prinsipper for samarbeid og kommunikasjon i endringsarbeidet med det enkelte individ og familier i sin helhet
- utvikle og sette i gang tilbud til barn og unge og familien som fremmer gode levevaner
- være pådriver for godt tverrfaglig samarbeid i forhold til overvektproblematikk

I 2014 skal det også være generalforsamling (GF), med valg av ny leder og nye styremedlemmer. Med de gode erfaringene fra tidligere debattforum, vil vi forsøke å legge opp til en minidebatt i generalforsamlingen. Festmiddagen er som vanlig det sosiale høydepunktet under kongressen, og vi byr på god mat, fin underholdning og hyggelige møter med kolleger. Utfluktene tilbyr både natur, kultur og egenaktivitet.

Vi ønsker helsesøstre, forelesere og samarbeidspartnere hjertelig velkommen til innholdsrike dager i spennende Rogaland!

Med vennlig hilsen lokal arrangementskomite:
Lise Gøransson, Bjørghild Underhaug, Nina Egeland, Sissel Rygg Bernhardsen, Gjertrud Kringeland, Grethe Berntsen, Mette Elisabeth Vian, Irene Asheim Ivesdal, Torunn Teigen, Åse Tomine Berge, Rita Kvalbein.

PROGRAM (med forbehold om endringer)

ONSDAG 23. APRIL

Plenum

0900-1100	Registrering, besøk i utstillingsområdet
1100-1130	**Åpning av kongressen**
	Åpningsinnlegg, Astrid Grydeland Ersvik, leder av LaH NSF
1130-1230	**Åpningsinnlegg,** Helseminister Bent Høie (H)
1230-1330	Lunsj, besøk hos utstillere
1330-1415	**Faglige og etiske utfordringer ved forebygging av fedme hos barn. Hvorfor, hva og hvordan?**
	Gudbjørg Øen, dosent Høgskolen Stord Haugesund
1415-1445	Pause
1445-1545	**Hvordan få til endring når vekten øker?**
	Paulina Nowicka, Dietist, PhD Karolinska Institutet Stockholm
1545-1630	**Hvordan snakke med barn og unge om kroppsvekt, uten å negativt påvirke barnets selvbilde.**
	Paulina Nowicka forts.
1800-	**Utflukter:**
	A. Lysefjordcruise med rekebord
	B. Byvandring
	C. Stokkavannet – tur langs eller rundt
2000	Middag på «De røde Sjøhus» for deltakere på utflukt B og C, og evt. andre

TORSDAG 24. APRIL

Plenum

0830-0845	Orale posters, korte muntlige presentasjoner av helsesøstre
0845-0945	**Helsefremmende arbeid, og helsesøsters rolle i dette,**
	Torill Marie Bogsnes Larsen, førsteamanuensis HEMIL-senteret/Universitetet i Bergen
0945-1030	Pause, besøk hos utstillere, forflytning til paralleller
1030-1130	**Parallellsesjoner A/B/C**

Parallellsesjon A. Fra praksisfeltet

1030-1050	**LEK, Livsstilsendringskurs for barn og foreldre,**
	Sandnes kommune
1050-1110	**Livsstilskolen,**
	Stavanger kommune
1110-1130	**Liv og røre, Et kurs for barn med overvekt – og foreldrenes deres,**
	Ringerike kommune

Parallellsesjon B. Forskning og ny kunnskap

1030-1050	**På lag med familien**
	- en fokusgruppeundersøkelse om helsesøsters arbeid med barn og overvekt, Gerd Olaug Kallevik, Haugesund
1050-1110	**Korleis kan skulehelsetenesta i barneskulen fremje barns helse?**
	Bjørghild Underhaug, seksjonsleder helsestasjonens familiesenter Sandnes
1110-1130	**Psykisk helse og fysisk aktivitet blant ungdom,**
	Ann Merete Bremnes, fagleder/helsesøster Tromsø

Parallellsesjon C. Ledelse

1030-1100	**Resultat fra landsdekkende tilsyn med helsestasjonen,** Statens helsetilsyn
1100-1130	**Erfaringer med og nytte av tilsyn,** fra kommuneperspektiv

Plenum

1130-1230	Lunsj, besøk hos utstillere
1230-1530	Generalforsamling, med debatt og valg til nytt styre
1530-1600	Pause, besøk hos utstillere
1600-1700	**Vaner som varer – passe mengde trening,** Yngvar Andersen, treningsekspert – kjent fra bla. NRK PULS
2000	**Festmiddag med underholdning** av Kjell Inge Torgersen (kjent for bla. den norske versjonen av Fields of Gold – Aks av gull)

FREDAG 25. APRIL

Plenum

0830-0930	**Søvnløs ungdom i den digitale verden,** Mari Hysing, PhD, RKBU, Uni Helse
0930-1000	Pause, besøk hos utstillere
1000-1130	**Barnevekststudien,** Ragnhild Hovengen, helsesøster og prosjektleder Folkehelseinstituttet **Kritiske perioder i barns vektutvikling,** Kari Glavin, førsteamanuensis Høyskolen Diakonova/helsesøster og **Hva vet vi om effekten av veiing og måling,** **samt nytt om retningslinjer og forskrift *Helsedirektoratet***
1130-1215	Pause med litt mat, besøk hos utstillere, utsjekk
1215-1245	**P-piller, røyking og blodpropprisiko** Anita Steinbakk, Stavanger Gynekologi og Bjørn Flataker, Pfizer AS
1245-1300	**Presentasjon av neste års kongress, avslutning**
1300	Lunsj og avreise

PÅMELDING

Du finner program og påmeldingslenke på
www.nsf.no/faggrupper/helsesostre<http://www.nsf.no/faggrupper/helsesostre>
Påmeldingsfrist 1.mars. Etter denne datoen øker deltakeravgiften med 50 %.
Hotellbooking gjøres via påmeldingsskjemaet. Det er reservert rom på hoteller i nærheten av Stavanger Forum og i Stavanger sentrum. Det er hyppige bussavganger mellom sentrum og Stavanger Forum, og bussruter vil bli lagt som informasjon på påmeldingssiden.

KONTAKTINFORMASJON

Leder HK14: Lise Gøransson – **lise.goransson@stavanger.kommune.no Tlf 45 03 60 81/51 50 82 70**

REISEMULIGHETER

Det er enkelt å komme seg til Stavanger fra de fleste kanter av landet, med fly, tog, buss, båt eller bil. Både Norwegian, SAS, Widerøe og DAT flyr til Stavanger. Reise bestilles av den enkelte.

ABSTRACTS/ POSTER – PRESENTASJON

Vi inviterer helsesøstre fra hele landet, og våre skandinaviske kolleger til å presentere posters (plakatpresentasjoner) på helsesøsterkongressen. Dette kan være presentasjon av prosjekt, forskning, rapporter osv. Nytt av året er at vi også inviterer til korte, orale (muntlige) posters/presentasjoner. Vi tilbyr 3 muntlige presentasjoner a 5 minutter.

For å bli vurdert som poster, sender du inn et abstract – eller sammendrag – av det du vil presentere.
Frist for innsending: 01.02. 2014. Sendes til lah@sykepleier.no
Omtale av retningslinjer for abstract/poster finner du på www.nsf.no/helsesostre og i Tidsskriftet nr. 3-2013.

GENERALFORSAMLING

I tråd med LaH NSFs vedtekter avholdes det generalforsamling hvert annet år.
GF er åpent for medlemmer av LaH som har meldt seg på innen oppgitt frist
(oppgis på påmeldingsskjema).
Enkeltmedlemmer, lokale faggrupper og faggruppens styre kan foreslå saker for behandling
i generalforsamlingen. Sakene må være sendt faggruppens styre minst 2 måneder før
generalforsamlingen holdes, dvs. **senest 24.februar 2014. Sendes til lah@sykepleier.no**
På bakgrunn av gode erfaringer fra debattforumene vi har arrangert tidligere,
tar vi sikte på å få til en minidebatt også under årets GF.

Saksliste og saksdokumenter kunngjøres på faggruppens nettside senest 3 uker før generalforsamlingen holdes,
dvs. senest 3.april.

VALG

Det skal foretas valg av ny leder og nye styremedlemmer.
Styret velges av generalforsamlingen for en periode av to (eventuelt fire) år. Gjenvalg kan skje.
Følgende kandidater er pr. i dag klare:

Leder:
Kristin Sofie Waldum, Oslo

Styremedlemmer:
Eli Taranger Ljønes, Nordland (pr. i dag nestleder i LaH NSF – tar gjenvalg)
Randi Stokke Johnsen, Vestfold (pr. i dag 1.varamedlem i LaH NSF– tar gjenvalg)
Ellen Kathrine Larsen, Akershus (ny)
Eli Kristin Johansen, Nord- Trøndelag (ny)
Åsa Karlsen, Troms (ny)
Gudbjørg Øen, Hordaland (ny)
Lillian Opedal, Telemark (ny)

For nærmere omtale av valget og presentasjon av kandidatene,
se våre nettsider, Facebooksider samt Medlemsbrev.

Lærer hva de skal gjøre om noe går galt

Hva gjør du hvis det begynner å brenne? Det vet alle åttendeklassingene i Ski som har vært med på Sikkerhetsuka. Tekst **Heidi Storm Olsen**, helsesøster Ski kommune

I midten av september hvert år står sikkerhet høyt i Ski kommune. Da arrangeres Sikkerhetsuka fra 0 –100. Arrangementet går over sju dager. Sikkerhetsuka ble arrangert for første gang i 1991. Hovedansvaret for gjennomføring av Sikkerhetsuka ligger hos Familiens hus og derfor er det hektisk aktivitet for helsesøstrene i uke 37 og 38. I hele 22 år har de vært med på å arrangere Sikkerhetsuka fra 0–100. Sikkerhetsuka arrangeres i samarbeid med folkehelserådgiveren i kommunen, helsestasjon og skolehelsetjenesten, brannvesenet, politiet, ambulanse, skolene og utekontakten.

Trygt lokalsamfunn

Sikkerhetsuka har vært medvirkende årsak til at Ski kommune er godkjent som Trygt lokalsamfunn. Ski kommune er en del av det internasjonale nettverket Trygge lokalsamfunn (Safe Community) som Verdens helseorganisasjon har tatt initiativet til. Det innebærer at det arbeides systematisk og langsiktig med forebygging av skader og ulykker for innbyggernes sikkerhet i kommunen.

Målet for sikkerhetsuka er å:

- sette fokus på sikkerhet generelt i Ski kommune
- sette fokus på sikkerhet for utvalgt grupper med spesielle behov
- sette i gang refleksjon om sikkerhet hos individer og grupper
- legge til rette for at sikkerhet settes inn i en større sammenheng

I løpet av uke 37/38 vil både småbarnsforeldre, 8-trinns elevene på ungdomsskolene, voksne med minoritetsbakgrunn, grunnskolen 16–20 og eldre lære å forebygge skader og ulykker, og inneha handlingskompetanse når ulykken har inntruffet. Helsesøstrene på helsestasjonen og skolehelsetjenesten står for gjennomføringen av sikkerhetsdagen for småbarnsforeldre og sikkerhetsuka for ungdommen.

UTSTILLING: I tilknytning til Sikkerhetsuka er det utstilt sikkerhetsutstyr og brosjyrer på flere språk i rådhusfoajeen. Foto Liv Marit Bølset.

På helsestasjonen

Sikkerhetsdagen på helsestasjonen er for foreldre, foresatte og omsorgspersoner for barn fra 0-15 måneder. Det blir sendt ut invitasjoner til alle, og mange tar imot tilbudet. På Sikkerhetsdagen kan foreldre la helsesøstrene passe barna mens de er på førstehjelpsforedrag. De har i tillegg muligheten til å prate med fagpersoner om sikkerhet, og se på de ulike utstillernes sikkerhetsprodukter. Helsesøstre, fysioterapeuter, ambulansepersonell, Trygg trafikk og tannpleier er tilgjengelige for å svare på eventuelle spørsmål fra foresatte denne dagen.

For ungdom

Sikkerhetsuka for ungdom foregår midt i sentrum, på rådhuset og rådhusplassen. I løpet av seks dager er alle 8.klassingene på ungdomsskolene, voksne med minoritetsbakgrunn og grunnskolen 16–20 år med på arrangementet. Sik-

BRANNVERN: Brannvesenet underviser i forebyggende brannvern i Ski. Foto: Liv Marit Bølset.

kerhetsuka står i undervisningskalenderen til ungdomsskolen, og er relatert til målene i kunnskapsløftet i naturfag og samfunnsfag. Under sikkerhetsuka er elevene innom tre poster. Elevene får undervisning i førstehjelp fra ambulansepersonell, trafikksikkerhet og rus fra politiet og forebyggende brannvern fra brannvesenet. I den praktiske undervisningen brukes hjerte/lungeredningsdukker, hjertestarter, Velte Petter (bil som snurrer rundt hodet), røykkammer og brannslukking. På slutten av dagen svarer ungdommen på spørsmål relatert til undervisningen, og de er med i trekningen av forskjellige individuelle premier i tillegg til en klassepremie. Hovedpremien har de siste årene vært en dag på øvelsesstasjonen til brannstasjonen. Der får klassen være med på røykdykking i et hus, se bilbrannslukking, airbageksplosjon, samt omvisning på brannstasjonen. I tillegg får de se hvordan hundepatruljen fra politiet jobber i feltet. I tilknytning til Sikkerhetsuka er det også utstilt sikkerhetsutstyr og brosjyrer på flere språk i rådhusfoajeen. Omtrent 400 ungdomsskoleelever og 150 ungdommer og voksne med minoritetsbakgrunn får undervisning hvert år.

Hovedpremien har de siste årene vært en dag på øvelsesstasjonen til brannstasjonen.

Fornøyde deltakere

Tilbakemeldingene har vært jevnt positive både fra småbarnsforeldre, elever, lærere, fagetater og samarbeidspartnere opp igjennom årene. Elever og lærere opplever at sikkerhetsuka for ungdom er interessant, lærerik og et godt tiltak. Både elever og lærere har uttrykt at de gledet seg til en spennende og annerledes skoledag. I og med at alle parter er enige om å fortsette videreføringen av sikkerhetsuka er vi helsesøstrene allerede i gang med å planlegge Sikkerhetsuka 2014, og håper det blir like vellykket som tidligere år. Hvis noen har lyst til å få mer informasjon eller besøke oss under Sikkerhetsuka ta gjerne kontakt.

Bedre hjelp til ungdom som sliter psykisk

Ungdom med psykiske vansker har et lavterskeltilbud ved Helsestasjon for ungdom i Lørenskog og Skedsmo. Tilbudet heter HFU – psykisk helse. Det er en samarbeidsmodell mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Av **Anne Helene Rennesund**, Helsesøster Skedsmo kommune

Av **Hanne Kristine Krogvold**, Familieterapeut Akershus universitetssykehus, BUP

Av **Edel Bratlie,** Helsesøster Lørenskog kommune

HFU – psykisk helse er et tilbud til ungdom som ønsker hjelp for psykiske vansker. Det startet opp i mars 2007 i kommunene Skedsmo og Lørenskog i Akershus. I dette lavterskeltilbudet jobber psykologer, kliniske pedagoger, kliniske sosionomer, familieterapeuter, leger og andre med spesialistkompetanse fra BUP og DPS, psykolog ansatt i kommunen og helsesøstre. Det er fem på hvert team.

Skal forebygge psykisk lidelse

Intensjonen med tilbudet er å forebygge utvikling av alvorlig psykisk plage og lidelse hos ungdom. Gjennom et gjensidig samarbeid mellom fagfolk fra spesialisthelsetjenesten og kommunene skal dette gi mer kompetanse til primærhelsetjenesten og til spesialisthelsetjenesten. Med flere fagfolk og økt tilbud er det et ønske om å være mer tilgjengelig for samtaler med ungdom i kommunen på kveldstid. Intensjonen er å motivere for videre hjelp når det er hensiktsmessig, gi informasjon om hvor ungdom kan få hjelp og om hva det å få behandling innebærer. Når ungdom møter spesialisthelsetjenesten på en trygg arena som HFU, kan det medvirke til å senke terskelen for å ville motta hjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Målsetting

Målsettingen med tilbudet er å tilby spesialisthjelp som et lavterskeltilbud i samarbeid med primærhelsetjenesten. HFU – psykisk helse ønsker å tilby vurdering og samtaler til ungdom som strever med mer alvorlige psykiske belastninger, og som vil ha behov for psykiatrisk bistand eller bør henvises raskest mulig.

LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) blir viktig. Gjennom tidlig intervensjon og kartlegging kan ungdom få riktig hjelp tidlig i forløpet. Noen får tilbud om rask henvisning til spesialisthelsetjenesten, andre får tilbud om samtaler direkte i tiltaket, og noen fortsetter med samtaler hos helsesøster på skolen, i HFU eller hos psykolog i kommunen.

Utforming av tilbudet

Målgruppen er ungdom mellom 13 og 24 år. HFU – psykisk helse er åpent hver onsdag på kveldstid annenhver uke i kommunene Lørenskog og Skedsmo. Tilbudet gis i samme lokaler som Helsestasjon for ungdom, og det er gratis.

Helsesøster ved Helsestasjon for ungdom har det administrative og koordinerende ansvar. Helsesøster har også ansvar for å etablere samarbeid utover teamet, til fastlege, skole, skolehelsetjenesten, barneverntjeneste, NAV og andre.

Ungdommene som får hjelp i dette tilbudet, tar selv kontakt direkte gjennom HFU eller skolehelsetjenesten. Helsesøster på ungdomsskolene og videregående skoler, rådgivere, foreldre og fastleger tar kontakt. Noen ganger tar venner eller kjærester kontakt.

Hvorfor lavterskeltilbud?

I regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse blir det understreket at hjelpen må gis på en måte som styrker ungdommens egne ressurser

LETT Å FÅ HJELP: Ungdom med psykiske plager kan lettere komme til god behandling hos spesialist, når veien dit går via et gratis lavterskeltilbud på helsestasjon. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

og hindrer sykeliggjøring (1). Kari Langaard refererer til forskning som viser at barn og unge foretrekker hjelp fra primærtjenesten, fordi den er kjent, trygg og tilgjengelig (2). Det er viktig å møte dem i deres eget miljø, som er lite stigmatiserende. Både i skolehelsetjenesten og i HFU kommer ungdom ofte flere sammen, det er venner som allerede er kjent med tilbudet, som viser vei. Dette gjelder også guttene, selv om terskelen er høyere for at de søker hjelp. Det er en god måte å komme i kontakt med profesjonelle på, uten et omfattende henvisningssystem.

De siste årene har det vært mer åpenhet rundt psykisk helse. Det medfører at en del ungdom kommer med mer klare problemstillinger og er mer tydelige på at de ønsker hjelp. Ungdom som ønsker hjelp for psykiske vansker bruker lavterskeltilbud i økende grad der dette er tilgjengelig.

«Det å jobbe i et slikt team er både lærerikt og gøy.»

Ungdom opplever det ofte vanskelig å søke hjelp innenfor det tradisjonelle helsevesenet (3). De trenger et tilrettelagt tilbud for sine behov og på sine premisser, blant annet ved at tilbudet er gratis og lett tilgjengelig (4). For å kunne møte ungdommens behov må lavterskeltilbudene utvikles og ha den kompetansen som ungdommen etterspør. I Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid er det et sentralt prinsipp at helsetjenesten skal tilpasses brukerne (5).

Hvorfor skal vi samarbeide

Ungdom er i en fase av livet der utdanning, etablering av sosialt nettverk og løsriving fra foreldrene står sentralt. De er i en utviklingsfase der det å bli rammet av psykiske vansker er ekstra sårbart, fordi det ofte vil påvirke alle disse områdene og gi tilleggsvansker. Derfor er det lettere å foreta en helhetlig vurdering når man samarbeider tverrfaglig. Risikoen for å bli utbrent som fagperson reduseres også når faglig støtte blir utvekslet. Ved å dele kompetanse får den enkelte fagperson økt kompetanse, og ungdommen får tidlig og mer helhetlig hjelp (6). Ved å etablere et samarbeid mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil en lettere ha alle perspektivene med seg i arbeidet med ungdommen. Spesialisthelsetjenesten har sin styrke i diagnostisering og behandling av ungdom som har psykiske problemer, noen ganger blir fokuset vel mye på problemer og diagnose. Primærhelsetjenesten har sin styrke i å tenke forebyggende og helsefremmende, og det kan noen ganger skygge for å oppdage mer alvorlige problemer. Helsesøster ser store grupper ungdommer over tid, noe som fører til en erfaringskompetanse i å skille normalvariasjoner fra avvik hos ungdom i en krevende utviklingsfase. Spesialisthelsetjenesten har erfaring og kompetanse i å oppdage og behandle det som er avvikende (7).

To medarbeidere om tilbudet

Artikkelforfatterne har intervjuet Annveig (DPS) og Janike (BUP) om hva de tenker om sitt engasjement på «HFU – psykisk helse». Begge er opptatt av tidlig intervensjonsarbeid, det å møte ungdom som ikke har strevd så lenge. Det å begrense lidelsen for den enkelte ungdom og samtidig begrense samfunnsøkonomiske utgifter. De er begge også opptatt av at spesialisthelsetjenesten har en kompetanse som kan styrke det kommunale tilbudet. De ser verdien av å møte ungdom på et lavterskeltilbud, de tenker at det er lettere tilgjengelig og flere vil benytte tilbudet. Ungdom får raskere hjelp. Når ungdommene får hjelp til å sortere følelser og opplevelser og hjelp til å se seg selv og andre tydeligere, ser de ofte rask endring hos ungdommene. Mange trenger hjelp i forhold til relasjoner. På «HFU- psykisk helse» er det stor mulighet for å møte foreldre også på et tidlig tidspunkt. Foreldre kan også komme til samtale/veiledning uten at ungdommen er involvert.

Begge mener at tverrfaglig samarbeid og samhandling gir en bedre hjelp tidlig til ungdom. Ulike faggrupper og ulik erfaring fra forskjellige tjenester gjør at teamet utfyller hverandre. Det har vært god kontinuitet i teamet, teamet kjenner hverandres kompetanse. Det er lettere å gjøre gode vurderinger når «ulike blikk» samarbeider. Det å jobbe i et slikt team er både lærerikt og gøy.

Erfaringer fra 2007–2012

436 ungdommer har oppsøkt tilbudet i Skedsmo og Lørenskog i denne perioden.

26 % gutter har fått hjelp i HFU- psykisk helse. 114 ungdommer er henvist videre til spesialisthelsetjenesten(BUP og DPS). I samarbeid med fastlegen skrives henvisninger.

Samarbeidet med fastlegene er blitt styrket gjennom dette tilbudet.

Ungdommene har kommet med et mangfold av problemstillinger. Tristhet, depresjon og angst har dominert som årsak til ungdommenes henvendelser, men ofte har de sammensatte problemer. Behov for samtaler har variert fra 1–13.

Det har vært bredt samarbeid med foreldre i mange av sakene.

Mange unge hjelpes med den kompetansen som finnes i førstelinjetjenesten. Noen ganger er det likevel behov for å motivere for videre henvisning til spesialisthelsetjenesten, andre ganger er det viktig med den kompetansen som finnes i både førstelinje- og spesialisthelsetjenesten. Derfor blir samarbeid og samhandling svært viktig. ■

Referanser:

1. Helsedepartementet (2003). «Sammen om psykisk helse. Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse»
2. Langaard, K. (2011) « Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten. Aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte». Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet.
3. Statens helsetilsyn (1998): «Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0 – 20 år». IK 2621,5798.
4. Kelly, K B.(1998) Ungdomsmedicin. Stockholm: Liber AB.
5. Helsedirektoratet (1988). «WHO. Ottawa – charteret om helsefremmende arbeid»
6. Glavin, K, Erdal, B. (2007). Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i kommune – Norge. Oslo: Kommuneforlaget.
7. Bratlie, E, Glavin, K. (2007) « Skolehelsetjenesten i videregående skole. Ungdom og utviklingsfremmende samtaler: Utvikling av samtaletilbud i skjæringspunktet mellomskolehelsetjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien»

MAM Manuell Brystpumpe

Mer fleksibilitet i hverdagen

MAM
mambaby.com

Uansett hvor flott det kan være å amme babyen sin er det fint iblant å kunne overlate det til den andre av foreldrene. MAM Manuell Brystpumpe er enkel å bruke og har en roterbar trakt. Trakten gjør det mulig å pumpe ut fra alle melkeganger, hvilket bidrar til at risikoen for melkespreng reduseres og at melkeproduksjonen holdes i gang. Les mer om brystpumpens unike egenskaper og oppdag hele vårt ammesortiment på mambaby.com.

Brystpumpen kan kjøpes på Boots, Apotek 1, Vitusapotek og Ditt Apotek. Spør gjerne helsesøster eller ammehjelpen om når det kan være lurt å pumpe ut melk.

Enkel å håndtere – kun 4 deler

Roterbar trakt

Myk og bekvem

Passer til MAM Anti-Colic

Redusert kolikk hos 8 av 10 babyer*

*Medisinsk studie i 2011 / markedsundersøkelse i 2010, testet av 204 mødre.

Vi tar imot 25 000 ungdommer hver dag

25 000 besøker oss på ung.no hver dag. 1,5 millioner nedlastinger av sidene våre skjer hver måned. 600 stiller spørsmål i uka – og får svar! Dette er min hverdag som helsesøster på nett.

Av **Anne Bentzrød**, rådgiver og helsesøster på ung.no og helsesøster i Ås kommune

Denne siden er helt topp. Dere skriver så mye bra, og dere forklarer det på en grei måte, uten å gjøre det altfor enkelt. Jeg har sendt inn spørsmål flere ganger, og alltid fått svar innen en uke. Dere viser at dere faktisk bryr dere. Dere har gjort livet lettere for meg, dere hjelper meg når jeg er langt nede, dere får meg til å skjønne at jeg faktisk er helt normal. Stå på!

Dette er også en del av min hverdag: takknemlig ungdom.

Ung.no har i ti år vært informasjonskanal for ungdom på nett. Jeg er helsesøster i ung.nos redaksjon. En redaksjon med fire flotte, medieutdannede medarbeidere og meg som eneste med en fagspesifikk utdanning. Der kommer en bred helsesøsterkompetanse til stor nytte. Selv har jeg 17 års erfaring med å jobbe med ungdom på Helsestasjon for ungdom, mange år i skolehelsetjeneste på barne- og ungdomsskole og mye og god erfaring med jobbing i tverrfaglige team. Jeg har også lang ledererfaring som kommer godt med.

Ung.no er det offentliges nettportal for ungdom. Et reklamefritt nettsted siden februar 2003. Et nettsted som ungdom kjenner og bruker. Bare siste året har det vært en økning av bruken på 50 %.

Nettstedet har som mål å gi ungdom, 13–20 år, informasjon om blant annet barnevern, vennskap, kriminalitet, samliv, psykisk helse, samlivsbrudd og problemer hjemme. Til sammen 100 ulike tema vi tenker ungdom trenger informasjon om.

Har krav på informasjon

Nettstedet er organisert under Bufdir, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Utgangspunktet for innholdet på ung.no er FNs konvensjon om barnets rettigheter. Spesielt artikkel 13 om retten til å få informasjon, og artikkel 17 om at staten skal sikre barn tilgang til informasjon fra et mangfold av nasjonale og internasjonale kilder. Ungdom har rett til – og krav på informasjon om saker som angår dem, og om hvilke rettigheter, muligheter og plikter de har. På ung.no skal de finne den informasjonen de trenger, og artiklene skal være oppdatert, kvalitetssikret og ikke minst brukertilpasset. Informasjonen skal være lett å forstå og lett å finne.

Det er flere veier til informasjon på ung.no: Artikler, spørretjeneste, quiz og vote. Som helsesøster har jeg et redaksjonelt ansvar for å være med på å produsere, kvalitetssikre og tilrettelegge all informasjon som er tilgjengelig på ung.no. Ung.no viser hva ungdom er opptatt av og lurer på. Dette gjør også at mediene bruker oss i stor utstrekning. Kontakt med mediene er også en del av helsesøsterjobben på ung.no. Kontakt med mange fagmiljøer likeså.

Tankene kommer alltid tilbake! På barne- og ungdomsskolen ble jeg mobbet sinnssykt mye! Guttene pleide å banke meg opp, og jentene fryste meg ut. Får bare lyst til å banke dritten ut av bøllene for det de gjorde mot meg. Jeg var alltid den flinke, som skulle være den som var klokere. Den som alltid skjerpet seg. Jeg tenkte «kanskje det er det som er problemet». Nå går jeg på videregående, og jeg er bare redd for at det skal skje igjen! Har det ikke så lett og det føles som et ork hver dag jeg går til timen...

Anonymt

Spørretjenesten er en av deltjenestene på ung.no. Det er tydelig at ungdom

ANONYM: På ung.no kan ungdom spørre om hva de vil uten å si hvem de er. Illustrasjonsfoto Colourbox.

har et behov for å få anonymisert hjelp. Ingen ting er farlig å spørre om når det er anonymt, og det er ofte første skritt på veien mot å oppsøke mer hjelp om det trengs. På ung har vi et stort fokus på å både gi hjelp til selvhjelp og å oppfordre til å søke hjelp der man bor når det trengs. Som helsesøster svarer jeg, som en av de 70–80 svarerne som er tilknyttet ung.no, på en mengde spørsmål. Som helsesøstre er vi vant til å være førstelinjetjeneste, en tjeneste med lav terskel, -være der ute i folks liv, lett tilgjengelig og gi tidlig hjelp, veiledning og råd.

Som helsesøster på nett, er min erfaring at jeg jobber i en nultelinjetjeneste, en tjeneste helt uten terskel. Svært tett innpå ungdoms liv, og små og store hverdagsproblemer. Det føles meningsfullt og nyttig. Det er også et bredt tverrfaglig samarbeid på ung.no. Vi jobber sammen for ungdommene på tvers av alle faglige grenser, og det er jo en drømmesituasjon.

Jeg har null selvtillit og jeg føler meg stygg og feit. For å være helt ærlig så synes jeg at ingenting er positivt med meg selv. Og dette er noe som er alvorlig for jeg spiser lite og jeg har prøvd mange ganger på selvmord men jeg er jo alltid med kjæresten min så han stopper meg hver gang. Please svar meg, jeg trenger hjelp.

I tillegg til å gi enkeltungdom svar på det de spør om, ser vi på spørsmålene de stiller som den viktigste måten å få vite hva de er opptatt av, slik at vi i neste omgang kan produsere aktuelle artikler og drille inn kunnskapen ved å legge ut quiz om temaet. Vote om aktuelle tema gir oss raskt en anelse om hva ungdom mener om en sak. Når de også kommenterer, gir det et godt bilde av deres meninger og holdninger. Nyttig for andre ungdommer å se hva andre mener, nyttig for oss som skal gi ungdom informasjon og ikke minst nyttig for den som trenger å vite noe om hva ungdom mener. Her er det godt stoff for helsesøstre, lærere, politikere og media.

«Ingen ting er farlig å spørre om når det er anonymt.»

Utfordrer fagligheten

Ung.no har hatt 10-årsjubileum som informasjonskanal for ungdom. Jeg har vært med i sju av disse årene. Å jobbe med nett har vært nybrottsarbeid. Det var ingen lærebok å slå opp i. Det var bare å kaste seg ut i det og ta utfordringene som de kom. Det har vært en helt ny arena å være helsesøster på. Kanskje ser vi starten på utviklingen av et nytt fagområde?

Å svare på nett har gitt noen faglige utfordringer. Det kan være vanskelig

FOR ALLE: På ung.no finnes det mye nyttig informasjon som hvem som helst kan gå inn og lese. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

å svare godt når man ikke får sjekket ut om mottaker forstår. Kommunikasjonens grunnprinsipper blir satt på prøve. Jeg må prøve å gi god veiledning uten å vite noe mer enn akkurat det den enkelte har ønsket å dele og jeg må forholde meg til at jeg ikke får sjekket ut hvordan svaret blir oppfattet. Noen deler mye og skriver sitt liv i et spørsmål. Andre spør kort og spesifikt. Det å gi et svar som er nyttig akkurat i den situasjonen de er i, er like utfordrende ved hvert eneste svar jeg gir.

En viktig oppgave, er å anonymisere og ivareta taushetsplikt. Ungdommene utleverer mye. Vi kan legge ut svarene åpent og passe på å få det godt anonymisert, eller vi kan svare ungdommen «kun til bruker» og slik at andre ikke ser svaret. Vi kan velge en slik løsning for å ivareta brukerens anonymitet eller for å hindre uønskete effekter som at de tipser hverandre om ulike selvskadingsmåter eller driver annen uheldig «deling». Vi må gjøre etiske og faglige vurderinger som dette ved hvert eneste spørsmål.

Helsesøsterkompetanse og kunnskap om ungdoms atferd, om ungdoms liv på skole, blant venner og i familien, om kommunikasjon med ungdom, om ulike helseutfordringer og ikke minst om de ulike hjelpetilbudene som finnes ute i kommunene har vært viktig inn i redaksjonen på nettjeneste som ung.no. Helsesøster har en bredde i kunnskapen som få andre har. Det vises blant annet

«Jeg har lært om ungdom av ungdom.»

når det er sammensatte spørsmål der det er vanskelig å finne noen til å svare: Helsesøster er god å ha for å finne svar. Det å ha en jobb som helsesøster ute i en kommune, samtidig med jobb på ung.no, har for øvrig vært nyttig for at svarene jeg gir skal bli virkelighetsnære.

Jeg har nå i lang tid nå grublet over hva jeg vil jobbe med i fremtiden. Har kommet frem til at jeg ønsker å bli helsesøster. Vi har helsesøster på skolen vår en dag i uken. Jeg synes det er altfor lite. Jobben dere gjør her er fantastisk, og dere har gitt meg svar på masse viktige spørsmål tidligere, TUSEN TAKK for det. Klem Hanne 15

Blir sett i kortene – lærer mye

En utfordring med å jobbe på nett, har vært at alt jeg gjør blir offentlig. Alle kan se og kritisere jobben jeg gjør. Ganske skummelt, men bra for kvalitetssikringen.

Det å jobbe i denne nettredaksjonen, har gitt meg en utrolig kompetanseheving. Jeg har lært mer enn av noen videreutdanning. Jeg har lært suksessivt med at kompleksiteten i spørsmålene har økt. Jeg har lært om ungdom av ungdom. Det er unikt å møte så mange ungdom og få presentert så mange ulike problemstillinger. Og det som ligger på ung.no har ikke minst vært nyttig å bruke i møte med ungdommer i virkeligheten. Eksempler på spørsmål og quizer til undervisning, tips om nyttige artikler i ulike samtaler og tall fra votes når jeg prater med lærere, foreldre og media. Og kjære helsesøsterkollega: Denne basen ligger der tilgjengelig på nett også for deg. 100 000 spørsmål, 3000 artikler, 200 votes, 150 quizer og masser av kommentarer fra ungdom. Bare ta for deg!

Håndarbeidstimen

Hvorfor er det slik at helsesøstre strikker, hekler og syr på faglige arrangement, mens vi knapt ser en ingeniør strikke, eller mannlige konferansedeltakere binde fluer… eller for den del strikke. Er det greit at vi lar pinnene klirre i faglig sammenheng?

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

Jeg er en ivrig strikker. Jeg gjør også gjerne to eller tre ting samtidig; ser på tv, twitrer, leser i et blad, strikker. Slik har mange av oss det. I en hektisk hverdag er håndarbeid gjerne avslapning, med et sluttresultat til både glede og nytte. (I det videre brukes begrepet strikke som en betegnelse på ulike håndarbeidssysler.) Vi strikker hjemme, i noen sosiale lag, mens vi venter på fly, tog og buss. Men er det også greit at vi strikker når vi er på faglige arrangement, betalt av arbeidsgiver – der vi deltar for at vi skal utvikle egen og tjenestens kompetanse?

Nei, mener styret og lokale faggruppeledere i Landsgruppen av helsesøstre. Med fare for å bli sett på som hverdagsgledesdreper vil jeg forsøke å belyse hvorfor vi mener så. Landsgruppen arrangerer hvert år en rekke faglige arrangement. Det er nasjonal kongress, lokale fagdager i hvert fylke og tidvis også andre nasjonale konferanser som lederkonferansen vi arrangerte i oktober i år. Dette er arrangement det ligger måneder, delvis år med nitid planlegging og organisering bak. Tema og forelesere er nøye utvalgt, basert på faglige nyheter/tendenser, ønsker fra medlemmer eller ønske om å sette en fag- eller helsepolitisk agenda. Foreleserne har brukt tid og ressurser på å lage en best mulig presentasjon, som skal bidra til læring og engasjement blant tilhørerne.

Foreleseren er gjerne litt nervøs i møtet med fra 50 til 500 helsesøstre. Vil

det jeg presenterer fange interessen? Vil jeg få kontakt med salen, vil de gi meg respons – verbalt eller nonverbalt? Vil de ta poengene mine, le når jeg sier noe morsomt eller finurlig, nikke gjenkjennende, bli ettertenksomme?

Vis interesse

Mye av ansvaret for at en presentasjon eller forelesning blir vellykket ligger på foreleser og arrangør. Som helsesøstre vet vi imidlertid at kommunikasjon fortrinnsvis bør være toveis – også når den ene «veien» er nonverbal. Det innebærer at også tilhøreren har et ansvar for å gjøre en presentasjon eller forelesning best mulig – for alle i salen.

Mange påstår de er minst like – om ikke mer – konsentrerte når de strikker samtidig som de lytter. Det er mulig. Vi får imidlertid reaksjoner fra kolleger som forstyrres av og blir en smule ille berørt på standens vegne av at noen strikker, forelesere opplever det demotiverende og forstyrrende, utenforstående har trodd de har forvillet seg inn på et møte i en håndarbeidsforening!

Andre peker på at pc- og nettbruk også forstyrrer på et faglig arrangement. Det er vi helt enige i.

La håndarbeidet ligge

At andre ting virker forstyrrende er imidlertid ikke et argument for å fortsette å strikke. Atter andre mener at vi – i dette tilfelle LaHs valgte ledere – ikke har noe med om våre medlemmer strikker på faglige arrangement. Med tanke på personlig frihet har vi ikke det, men som ansvarlig for hvordan vi som organisasjon og profesjon framstår, mener vi å ha noe med det å gjøre. Vi ønsker vel alle i slike sammenhenger primært å bli forbundet med faglig tyngde, interesse og engasjement – ikke fordi vi er en mester med strikkepinnene?

Med dette som forståelsesgrunnlag mener vi at strikking ikke hører hjemme i helsesøsterfaglige sammenhenger. I sofaen hjemme derimot; la strikkepinnene gjerne gå varme – til glede for både deg selv og andre!

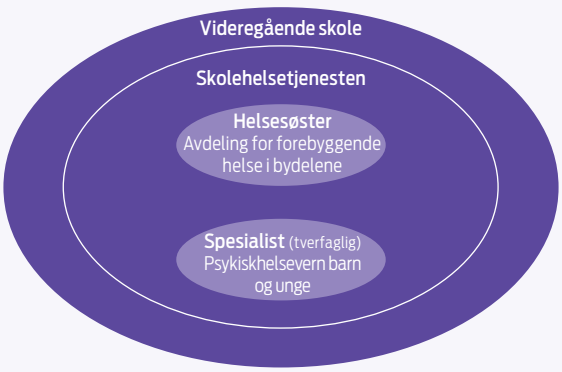
Oslo-elever har fått et bedre psykososialt helsetilbud

Samarbeid mellom skolehelsetjenesten og BUP har gitt elever ved videregående skoler i Oslo et lett tilgjengelig psykososialt helsetilbud på skolene.

Av **Kristin Olaisen,** spesialist i klinisk pedagogikk
Anita Hansen, helsesøster
Kari Innset, BUP Oslo Syd
Kristin Juchelka Roset, helsesøster
Iren Bauge, helsesøster
Elisabeth Vinje, helsesøster
Anne Haugland-Johansen, helsesøster
Liv-Toril Øverby, psykologspesialist BUP
Lasse Bagstevold, psykologspesialist

Siden 2000 har det pågått et etatsovergripende tjeneste- og fagutviklingsarbeid i skolehelsetjenesten i videregående skole i Oslo. Arbeidet startet ved Sogn videregående skole i 2000 og ble utvidet til Lambertseter videregående skole høsten 2004. Erfaringene fra arbeidet har vært svært positive og ble formidlet i rapporten «Ungdom og utviklingsfremmende samtaler» våren 2007 . Etter dette ble prosjektet utvidet med Holtet og Nordstrand videregående skoler i Bydel Nordstrand. Høsten 2009 ble to nye bydeler, Bydel Østensjø og Bydel Søndre Nordstrand og tre nye skoler; Ulsrud-, Manglerud og Bjørnholt videregående skoler med i arbeidet. Disse seks skolene har nå en «styrket» skolehelsetjeneste og over 3200 elever kan i dag nyttiggjøre seg tilbudet. Arbeidet har vært organisert som et prosjekt, men fra 1. januar 2011 ble tilbudet rammefinansiert, i et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus og tre bydeler, Helseetaten og Utdanningsetaten i Oslo kommune. Arbeidet har hatt som mål å utvikle gode, fleksible og lett tilgjengelige psykososiale helsetilbud til ungdom i videregående skole. En styringsgruppe med medlemmer fra alle aktører har ansvaret for tjenesten. Samarbeidsavtaler regulerer arbeidet.

En drivkraft i arbeidet med å etablere tilbudet har vært innsats fra både elevorganisasjonen, ungdomsrådene og andre brukerorganisasjoner. De har over år framhevet skolehelsetjenesten og HFU som viktige og nødvendige helsetjenester for ungdom. De understreker at de ønsker å ha en helsetjeneste som ligger på skolen, som når alle elever, at de kan komme med «hele seg» og at tjenestene er gratis. I tillegg understreker de at tjenestene må være stabilt bemannet og synlig, og at det er aksept hos lærere og medelever for at tjenesten brukes. De er også opptatt av at de ansatte har nødvendig kunnskap for å møte ungdoms behov.



PLIS-MODELLEN: Sammarbeidsmodell der kommune- og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen i skolehelsetjenesten.

PLIS-modellen

PLIS- modellen (psykisk helse – lavterskel i skolehelsetjenesten) er en samarbeidsmodell der kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen i skolehelsetjenesten og tilbudet er lokalisert på de videregående skolene – på ungdoms egen arena (se fig. 1) Helsesøstrene er ansatt i bydelene/kommunene der skolene ligger, og spesialistene har

TUNGE TANKER: Elever som trenger å snakke med noen om for eksempel angst eller depresjon, kan ta kontakt med skolehelsetjenesten. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

sitt arbeidstakerforhold knyttet til spesialisthelsetjenesten i lokal BUP.

Samarbeid med rådgivere, lærere og miljøarbeidere er en del av modellen. Det er nødvendig å ha faste, felles møteplasser på skolene for å få til god utnyttelse av den tverrfaglige kompetansen i både individ- og systemrettet arbeid.

Det er helsesøstrene som utgjør basisbemanningen og har hovedansvaret for driften av skoletjenesten. De må derfor være til stede et minimum antall dager i uka. For å gi mulighet til samarbeid i tråd med modellens grunntanke og Samhandlingsreformens intensjon må også spesialistene fra BUP være til stede i skolehelsetjenesten i så stort omfang at det blir tid til samhandling med helsesøstrene, – både i forhold til direkte arbeid med ungdommer og systemarbeid i forhold til skole, foresatte og samarbeidspartnere .

Helsesøstre som har størsteparten av eller helst hele sine stillinger på en skole sikrer en god tjeneste. Tilstedeværelse de fleste dagene i uka bidrar til helsesøstrenes muligheter til å etablere kontakt med de ansatte på skolene og fører samtidig til viktig kontinuitet og kontakt med elever, foreldre og samarbeidspartnere. Stabil tilstedeværelse styrker tjenestens mulighet til å videreutvikle kompetanse på en profesjonell måte.

I denne modellen er helsesøstre og spesialister fra BUP samorganisert i skolehelsetjenesten. Dette er gjort for at spesialistene sammen med helsesøstrene skal videreutvikle det psykososiale tilbudet. Det er ikke slik at spesialistene fra BUP skal være en «andrelinjetjeneste i førstelinjen». Gjennom daglig arbeid og erfaringsdeling søker helsesøstrene og fagpersonene fra BUP å videreutvikle lavterskeltilbudet i fellesskap.

Helsesøstrene har erfaring med å omgås ungdommer på en direkte og naturlig måte. De har også fulgt mange ungdomskull over år og har sett hvordan fysisk og psykososial utvikling bidrar til endring og modning – kunnskap om normalutvikling. Det å veilede og støtte ungdom ut fra spørsmål knyttet til deres seksuelle utvikling gir helsesøstrene en unik erfaring og kompetanse i arbeidet.

«Ofte er fagfolkene i skolehelsetjenesten de første en ungdom våger å snakke med.»

Denne erfaringskompetansen deles i tjenesten.

Spesialistene har kunnskap om psykiske vansker og lidelser og om å skille alvorlig psykiske vansker fra lettere symptomer. Denne kunnskapen deles med helsesøstrene og bidrar til at flere ungdommer med alvorlige symptomer kan bli oppdaget tidlig og henvist til spesialisthelsetjenesten og de med lettere problematikk kan få hjelp i skolehelsetjenesten av helsesøster og/eller spesialist. I vårt arbeid har vi utviklet et fleksibelt samarbeid med lokal BUP og DPS. Dette samarbeidet jobbes det kontinuerlig med å styrke og bedre.

Også spesialistenes behandlingserfaring deles med helsesøstrene og søkes videreutviklet og tilpasset en lavterskel tilnærming. Fokuset rettes mot normalutvikling og det er viktig å involverer ungdom i egne utviklings- og endringsprosesser på aktive måter. Felles fagdager og veiledning er viktig i dette arbeidet, å kunne reflektere og dele sitt arbeid med andre som arbeider med det samme kan bidra til faglig videreutvikling, kvalitet og hindre utbrenthet.

Utfordringer i ungdomstiden

Ungdom er i utvikling. De kan være sårbare i forhold til belastninger i familien og det sosiale nettverket for øvrig. Funksjonsnivået kan svinge mye og raskt. Ungdomstida er preget av store og sammensatte utviklingsmessige utfordringer. Kroppen er i endring og seksualitet får en ny betydning. Forholdet til foreldre og andre som står i nært samspill med de unge, preges av ungdommens behov for å markere selvstendighet og grenser. Verden utenfor familien, spesielt jevnaldrende, blir viktige i prosessen med å utvikle identitet, selvbilde og selvforståelse.

For de aller fleste innebærer denne prosessen små kriser og for noen også større kriser. For de fleste ligger krisene innenfor det normale og er håndterbare. For noen kan imidlertid slike kriser utvikle seg til alvorligere problemer dersom de ikke

«Å motivere ungdom til å ta i mot hjelp er ofte en nennsom prosess.»

får tilpasset støtte og hjelp i sin utviklingsprosess. Å ha faglig robuste lavterskeltilbud på ungdoms egne arenaer kan være avgjørende for om ungdom får tidlig og tilpasset hjelp og støtte.

Utviklingsfremmende samtaler

Utviklingsfremmende samtaler/arbeidsmetoder er en del av det fellesfaglige repertoaret i tjenesten i PLIS-modellen. Hvordan ungdom kan mestre livskriser og hvordan de aktivt kan involveres i egne endringsprosesser er sentralt i denne tilnærming – og et mestring- og utviklingsperspektiv danner basis for det faglige arbeidet. Det er i samhandlingen med betydningsfulle andre ungdoms fremste vekst-, lærings- og utviklingspotensialer ligger. Innenfor dette perspektivet forstås ungdoms utvikling som noe som skjer i samspillet mellom individet og dets omgivelser.

Erfaringer

Lavterskeltilbud i skolehelsetjenesten

Vår erfaring er at skolehelsetjenesten i videregående skole, som er en lovpålagt tjeneste, er sårbar. Nettopp fordi det ikke er lovpålagte oppgaver knyttet til virksomheten, har den ofte blitt nedprioritert. I vårt arbeid med PLIS-modellen har tjenesten over år vært tilført tverrfaglige ressurser og relativ stabil bemanning. Tjenesten fungerer da som en «bedriftshelsetjeneste» for elevene. Helsedirektoratet anbefaler som en minste norm 800 elever i videregående skole på en 100 % stilling. En slik bemanning er en start på å gi ungdom en god helsetjeneste på skolene de er elver ved.

Mål for et godt lavterskeltilbud er:

- Gi tilpasset, fleksibel hjelp til flest mulig i deres sosial miljø
- Fange opp og identifisere dem som trenger spesialiserte tiltak
- Redusere psykisk lidelse og Styrke psykisk helse – dvs.: Styrke evnen til åmestre tanker, følelser og atferd, til å tilpasse segendring og håndtere motgang

Oppsøkingsgrunn og arbeidsform

Ofte oppsøker elevene skolehelsetjenesten med et fysisk problem eller spørsmål knyttet til seksuell helse. I forhold til psykososial helse kan oppsøkingsgrunn være svært forskjellig; alt fra problemstillinger knyttet til normalitet til svært alvorlige og sammensatte psykososiale problemer. Ofte er fagfolkene i skolehelsetjenesten de første en ungdom våger å snakke med om en vanskelig livssituasjoner.

Glimt fra hverdagen

Her er to eksempler på hvordan samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten virker for elevene:

Martin

Martin går frem og tilbake i gangen foran helsesøster sitt kontor. Han titter av og til litt usikkert inn. Martin har også tidligere vært innom for å få plaster og for å spørre om ting. Helsesøster går ut i gangen og spør om hun kan hjelpe han med noe. Han blir flau og nølen-de, men hun forstår at det er noe han ønsker å snakke om. Hun ber han komme inn. Helse-søster gir Martin tid, og etter hvert forteller han om hva han sliter med. Han er

flau og skamfull. Helsesøster får raskt inntrykk av at det her er snakk om alvorlige symptomer. De neste månedene har både hun og psykologen hyppige samtaler med Martin. Samarbeid med lærer og fastlege ble etablert. Martin var lenge skeptisk til å bli henvist til spesialisthelsetjenesten, men sa seg etter hvert villig til å gi det en sjanse.

For Martin var tilgjengelighet og tid viktige faktorer for at han skulle kunne fortelle om sine vansker og dermed får tilgang til nødvendig hjelp.

Lene

Lene gikk på allmennfaglig linje og hadde alltid vært skoleflink og opptatt av å klare seg bra på skolen. Da hun begynte på videregående skole hadde hun nettopp flyttet til Oslo fra en by på Vestlandet. Hun oppsøkte skolehelsetjenesten i forbindelse med store fysiske plager som stoppet henne i å danse. Dans var hennes hovedinteresse og hun hadde mange av venninne-ne sine i dette miljøet. Hun tok kontakt med skolehelsetjenesten da hun gikk siste halvdel av første klasse fordi hun opplevde at hun trengte en å snakke med; hun var nedstemt, hadde lav selvtillit og var misfornøyd med seg selv og trakk seg bort fra foreldrene og jevngamle både på skolen og i fritiden. Innledningsvis diskuterte vi hvilken hjelp som passet henne best (henvisning til BUP eller samtaler i skolehelsetjenesten). Hun ønsket tilbud om samtaler i skolehelsetjenesten, en gang i uken. Hun fortalte etter hvert om perioder tidligere hvor hun hadde vært deprimert og opptatt av at hun ikke hadde vært bra nok. Hun hadde slanket seg og hadde også en periode vært plaget av selvmordstanker og hadde også prøvd å ta livet sitt. For Lene var det viktig å kunne dele tanker og sette ord på følelser. Hun hadde aldri betrodd seg til venninner eller andre voksne før og opplevde skam, selvbebreidelse og lurte på om det var noe «galt» med henne. Lene gikk til regelmessige samtaler i skolehelsetjenesten over noen måneder. Det gikk bedre etter hvert og kontakten ble avsluttet med avtale om å stikke innom ved behov. Hun ba igjen om kontakt i slutten av andre klasse i forbindelse med en dramatisk opplevelse i en venneflokk. Hun kom til to avtaler og fikk ryddet opp i det. Hun tok igjen kontakt våren i tredje klasse, denne gangen via SMS. Hun opplevde seg da som deprimert, trakk seg tilbake fra jevngamle og var redd hun ikke skulle klare eksamen. Hun hadde selvmordstanker og var redd hun skulle gjøre alvor av å ta selvmord. Etter to samtaler ble det etter avtale med Lene tatt kontakt med akutt teamet ved DPS. Hun fikk avtale raskt og ble vurdert til ikke å være suicidal med beskjed om time om to måneder. Lene fikk (i mellomtiden) timer i skolehelsetjenesten fram mot eksamen. Hun fikk igjen grep om livet sitt og gjennomførte eksamen med gode resultater. Hun takket nei til tilbudet ved DPS, men fikk med seg et telefonnummer og avtale med en privatpraktiserende psykolog da hun sluttet på skolen.

Både Martin og Lenes historie viser nødvendigheten av tilstedeværelse og kontinuitet når sårbar ungdom skal tørre å ta kontakt og ta imot hjelp. Å følge ungdommene på denne måten og bistå dem på deres premisser kan understøtte deres egen utviklingsprosess og hjelpe dem å mestre svært utfordrende kriser i livet. Å motivere ungdom til å ta i mot hjelp fra spesialisthelsetjenesten eller andre hjelpeinstanser er ofte en nennsom prosess som kan ta tid.

Erfaringer fra samarbeidet med skolene

Samarbeidet med skolene har vært i positiv endring de årene vi har jobbet med modellen. Vår erfaring er at økt tilstedeværelse på skolene, større bredde i kompetanse og økt deltakelse i skolenes arbeid med enkelt elver og det psykososiale miljøet, har ført til en utvidet forståelse og anerkjennelse av hva en tverrfaglig skolehelsetjeneste kan bidra med. Det har videre ført til at flere ungdommer som har problemer får hjelp i skolehelsetjenesten og/eller ofte i et samarbeid med de som jobber på skolene. Både det formelle, men også det uformelle samarbeidet innad på skolene profitterer på at de som arbeider sammen med elevene kjenner hverandre og verdsetter hverandres faglige bidrag.

Selvfølgelig har elevene ulike behov for støtte og hjelp for å mestre utviklingsoppgavene de blir stilt overfor gjennom det videregående skoleløpet. De fleste elevene håndterer utviklingen fra ungdom til unge voksne i samspill med venner og familie. Likevel vet vi at trygge og aksepterende skole- og nærmiljø er helse- og utviklingsfremmende for alle og spesielt nødvendig for dem som trenger noe ekstra.

Forskning og fagutvikling

I arbeidet med PLIS-modellen har det siden oppstart blitt jobbet med for å framskaffe kvalitative og kvantitative data for å beskrive tilbudet. Det skrives lokale årsrapporter ved alle skolene, disse bidrar til god oversikt over arbeidet, de sendes fore-

LES MER: Boken ***Utviklingsfremmende samtaler med ungdom*** bygger på erfaringene fra skolehelsetjenesten i videregående skole i Oslo. I boken er det forklart hva det innebærer å ha utviklingsfremmende samtaler. Boken er gitt ut på Kommuneforlaget. Illustrasjon: Kommuneforlaget

byggende avdeling i byde-lene og administrasjonen ved skolene.

Kari Langaards doktorgradsarbeid

Kari Langaard har forsket på tilbudet i PLIS-modellen og har skrevet en avhandling som handler om hvordan skolehelsetjenesten kan bli bedre rustet til å møte ungdommer med psykososiale vansker.

Forskningsprosjektet er en del av en lang prosess for å gjøre samtaletilbud tilgjengelige for ungdom som er i behov av profesjonell hjelp. Både under forskningsprosessen og etter at forskningsprosjektet ble avsluttet i 2011, har kunnskapen og resultatene blitt anvendt og videreutviklet i PLIS-modellen – Utviklingsfremmende samtaler. Hvordan begrepene er anvendt i praksis er beskrevet i boka: Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers. Boka er pensum ved flere høyskoler.

Team lavterskel

Parallelt med dette drives det et tverrfaglig utviklingsarbeid der det faglige innholdet i tjenesten står sentralt. Det arrangeres fagdager der alle deltar. Det er i tillegg lokale arbeidsmøter og veiledning en gang per måned. I mars 2011 ble det startet opp et arbeid med å presentere utviklingsarbeidet i en bok. Arbeidet er nå fullført og presentert i en bok utgitt på Kommuneforlaget. Den heter Utviklingsfremmende samtaler med ungdom – samhandling på tvers.

Oslo kommune

Byrådet i Oslo kommune bestemte i 2011 at PLIS-modellen skulle danne grunnlag for utbygging av skolehelsetjenesten ved alle de videregående skolene i kommunen. De siste årene har byrådet bevilget penger til dette arbeidet. Tre nye skoler er nå i oppstartsfasen og det ser ut som om de kan være i gang med tilsvarende tilbud i løpet av høsten 2013/vår 2014.

Utfordringer

Tallene på hvor mange ungdommer som trenger profesjonell hjelp i forhold til psykiske helseproblemer og ungdommer som ikke fullfører og består videregående skole er høye – opp mot 20-25%. Spørsmålet vi som arbeider innenfor våre rammer stiller oss er blant annet: hvilket kunnskapssyn og forståelsesmodeller har vi å spille på i møtet med slike høye tall? Hvordan kan myndighetene og fagfeltene bidra til grundige analyser av hva som trengs av stabile tiltak og tjenester? Hvordan kan vi møte ungdomsbefolkningen på måter som allierer seg med utviklingskrefter i individ, familie og nettverk og slik hindre sykeliggjøring? Her lig-ger det mange åpne problemstillinger og det trengs slik vi erfarer det både forskning og utviklingsarbeid på feltet. Det er viktig at vi som arbeider i skolehelsetjenesten blir invitert inn i dette utviklingsarbeidet! ■

Referanser:

1. Bydelssak 1/2011, byrådets vedtak i Oslo kommune
2. Langaard, K. (2011). Et utviklingsperspektiv som ramme for samtaler med ungdom i skolehelsetjenesten: aktivitet, intensjonalitet og tilpasset utviklingsstøtte. Doktoravhandling, Universitetet i Oslo, Det Samfunnsvitenskapelige Fakultet, Oslo
3. Langaard, K. (2012). Utvikling og profesjonell samhandling. I: Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers. K. Olaisen (red.). Oslo: Kommuneforlaget.
4. Olaisen, K. (2007). Ungdom og utviklingsfremmende samtaler: Utvikling av et samtaletilbud i skjæringspunktet mellom skolehelsetjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien. Oslo: Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus.
5. Olaisen (red.) (2012). Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers. Oslo: Kommuneforlaget
6. Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2010), Helsedirektoratet IS-1798 s. 49

Logg deg inn på Akneakademiet

1. Akneakademiet er et opplæringskurs for deg som er helsesøster på en skole. I løpet av 15–20 minutter får du tips og råd om hvordan du best kan hjelpe en elev med akne.

2. Som helsesøster kan du også bestille kostnadsfritt materiale på akneakademiet.no. Bruk det, så vet ungdommene at de kan spørre dere om akne og få hjelp til behandling.

www.akneakademiet.no

Galderma Nordic AB
Seminariegatan 21, SE-752 28 Uppsala, Sverige
Tlf: +46 18-444 03 30. www.galderma.no

GALDERMA
Committed to the future of dermatology

Økonomi når mor e

Hvilke materielle og sosiale konsekvenser får det for barna når en av foreldrene får kreft? Denne studien viser at det går bra for de fleste, men barn i familier som allerede er i en vanskelig økonomisk situasjon kan få det verre økonomisk.

Av **Steffen Torp** og **Lisbeth Thoresen**, Institutt for helsefremmende arbeid, Høgskolen i Vestfold

BEKYMRINGER: Barn med en kreftsyk mor eller far er mer opptatt av hvordan de kan ta vare på den syke, samt egene følelser, enn familiens økonomi. Illustrasjonsfoto Colourbox.

ske konsekvenser ller far får kreft

Studier som har undersøkt konsekvenser av kreft i familien har stort sett fokusert på følelsesmessige og psykiske konsekvenser, mens man i liten grad har vært opptatt av økonomiske og materielle konsekvenser. Vi vet at kreft kan ha en negativ innvirkning på familiens økonomi på grunn av økte utgifter og reduserte inntekter (1, 2). Fordi vi har en godt utbygd offentlig helsetjeneste kan en forvente at kreftpasienter i Norge har relativt lave utgifter til selve behandlingen, men det er grunn til å anta at man kan ha mye ekstrautgifter til for eksempel alternativ behandling, behandling i utlandet, kosttilskudd og reiser. Når det gjelder inntekt vet vi at inntekten reduseres dersom en er sykemeldt lenger enn ett år, blir ufør, eller om man velger å redusere arbeidstiden. Det er også vist at kreft i familien kan medføre økt sykefravær og arbeidsløshet blant ektefeller (3, 4).

Omtrent 40 % av de 26000 personene som hvert år får kreft i Norge er mellom 25 og 64 år (5) og dermed i en alder en kan forvente å ha hjemmeboende barn under 18 år. Det betyr at årlig opplever om lag 3500 barn under 18 år i cirka 2000 familier at mor eller far får kreft (6). Kreft rammer først og fremst pasienten, men får naturligvis store konsekvenser også for barn, ektefelle og andre i omgangskretsen (7). Studier har vist at kreft i familien har en betydning for både atferdsmessige, følelsesmessige og fysiske forhold for både voksne (8) og barn (9). Faktisk er det vist at pårørende kan ha mer angst enn kreftpasienten selv (10).

Så langt vi vet, er det ingen norske studier som har undersøkt hvordan kreft hos mor eller far påvirker hvor mye penger familien kan bruke på barna. Det er heller ikke undersøkt hvordan barna selv opplever familiens økonomiske og materielle situasjon.

Med utgangspunkt i familier med barn under 18 år der mor eller far får kreft var målsettingen med studien som presenteres her (11) å undersøke:

1. økonomiske konsekvenser av kreft for familien og barna
2. hvilke forhold som har betydning for økonomiske problem knyttet til barna
3. barns erfaringer knyttet til familiens økonomi

Materiale og metode

Studien er del av Kreft og levekårprosjektet (12, 13) som ble finansiert av Kreftforeningen og utført av Høgskolen i Vestfold, Telemarksforskning og Fafo. For å undersøke målsetting 1 og 2 benyttet vi kvantitative spørreskjema til kreftrammede (12). For spørsmål 3 valgte vi å gjøre kvalitative intervju med barn under 18 år der mor eller far hadde eller hadde hatt kreft (14).

I den kvantitative undersøkelsen inkluderte vi kreftpasienter med ulike typer kreftdiagnoser som var behandlet ved fire store sykehus i Norge i 2005 og 2006. Disse fikk tilsendt et spørreskjema i 2008. Av drøyt 2500 utsendte skjema ble litt mer enn halvparten returnert. Av de som svarte var det 386 som hadde hjemmeboende barn under 18 år,

«Barna var lite opptatt av økonomiske og materielle forhold.»

og det er disse 386 (tidligere) pasientene som inngår i denne studien. Gjennomsnittsalder var 46 år og 69% var kvinner.

Til intervjuene med barn under 18 år rekrutterte vi ti informanter; syv jenter og tre gutter. Syv var mellom 10 og 13 år, mens tre var mellom 16 og 18 år. Vi ønsket flere informanter, men det var svært vanskelig å rekruttere disse. Vi tror dette kommer av at foreldrene ønsket å skjerme barna fra eventuelle belastninger et slikt intervju kunne medføre. Barna ble intervjuet uten at foreldrene var til stede. Foreldrene ble kort intervjuet om den økonomiske situasjonen før barneintervjuet ble gjennomført.

Resultat

Åtte prosent av de kreftrammede rapporterte at de hadde en svært anstrengt økonomi ved diagnosetidspunkt. Dette er identisk med den prosentandel barnefamilier som anses å være fattige i Norge (15).

Totalt 29 % rapporterte at familien hadde fått dårligere økonomi på grunn av kreftsykdommen. Av de som rapporterte forverret økonomi på grunn av sykdommen, var det 51% som mente dette skyldtes redusert inntekt, 8% mente det skyldtes økte utgifter, mens 41% mente både redusert inntekt og økte utgifter vår årsak.

Av kreftrammede som rapporterte forverret økonomi var det imidlertid bare 14% som oppga at dette fikk konsekvenser for hva de kunne kjøpe til barna eller hva barna kunne være med på av aktiviteter. Dette betyr med andre ord at selv om familiene fikk mindre å rutte med, var nok økonomien såpass god i utgangspunktet at foreldrene var i stand til å skjerme barna.

«Barn trenger også å bli sett og møtt som nære pårørende.»

I en analyse av hvilke forhold som kan ha betydning for en kreftrelatert forverring av økonomien, viste alder, kjønn og utdanning ingen signifikant sammenheng med hva en kunne kjøpe til barna og hva barna kunne være med på av fritidsaktiviteter. Sjansen for å ha økonomiske problem på grunn av kreften var omtrent tre ganger så høy i familier med kun èn forelder som i familier med to foreldre. Det sammen gjaldt for familier der den kreftrammede ikke var i arbeid sammenlignet med familier der den kreftrammede arbeidet. Det var langt flere som rapporterte endring i økonomien blant de som hadde vært behandlet med cellegift i forhold til de som hadde hatt andre typer behandling.

I de kvalitative intervjuene med barn som hadde eller hadde hatt en kreftsyk mor eller far var vi i utgangspunktet mest interessert i hvordan de opplevde familiens økonomiske situasjon. Til tross for at flere av familiene hadde en anstrengt økonomi kom det frem i intervjuene at barna var lite opptatt av økonomiske og materielle forhold. De ville mye heller snakke om hvordan de kunne ta vare på mor eller far, sine egne følelser, og sosiale forhold i og utenfor hjemmet.

Enkelte av barna ga likevel uttrykk for at de tok medansvar for egen og familiens økonomi ved at de i mindre grad ba om ting de ønsket seg. Et par eldre barn tok seg, eller forsøkte å ta seg, jobb på fritiden for å spe på familiens inntekt. Enkelte sluttet også med fritidsaktiviteter, men dette var nok like mye motivert av et behov for å være mer sammen med den syke forelderen. De fleste barna var eller hadde vært mye sammen med den syke, men dette førte ofte til mindre samvær med venner. Barna la derfor vekt på betydningen av å balansere ønsket om å være sammen med den syke og å opprettholde en mest mulig normal kontakt med venner.

Barna fortalte at de hadde store problemer med å konsentrere seg på skolen og med skolearbeid. De understreket at det var viktig at skolen ble informert om den kreftrammedes og egen situasjon slik at skolearbeidet kunne tilpasses den vanskelige tiden.

Dyregrov & Dyregrov (16) har gjennomført en stor undersøkelse blant norske barn med kreftrammede foreldre. De forteller at helsetjenesten og helsepersonell ikke har en spesielt viktig rolle i barnas liv. Vår undersøkelse viser det motsatte; barna var opptatt av nettopp dette. Selv om de opplevde at det kunne være vanskelig å være på sykehuset sammen med den syke, fortalte flere at de hadde hatt god hjelp av helsepersonell både på sykehus og i kommunehelsetjenesten fordi de ga god og gyldig informasjon om kreftsykdommen. Helsepersonellet hadde også vært gode støttepersoner for barnet. Barna uttrykte også et sterkt behov for å bli behandlet som en viktig pårørende til den syke forelderen.

Oppfølging

Når en rammes av kreft er det mye fokus på behandling og på rehabilitering. For å få best mulig effekt av behandlingen og rehabiliteringen, men også for å forebygge sosial ulikhet i helse grunnet alvorlig sykdom, er det viktig at økonomiske forhold kartlegges og tas hensyn til i en helhetlig behandling og

oppfølging (17). I tillegg til å ivareta den syke er det viktig at barnas og familiens behov ivaretas. Med den reviderte Helsepersonelloven av 2010 (18) fikk barn som pårørende en styrket rettsstilling. For å få til en best mulig ivaretakelse av barn som opplever at mor eller far får kreft er det viktig at sykepleiere og sosionomer ved sykehus og kommunehelsetjeneste/NAV har god kontakt, og samordner sine tjenester knyttet til denne sårbare gruppen.

Ett tiltak er blant annet slik det nå gjøres i Vestfold (19). Der har sentrale fagpersoner på sykehus og i kommunene laget en modell hvor samarbeid er definert og tydeliggjort. Sykehusets barnekoordinator kartlegger familiesituasjon og behov, og formidler i samråd med foreldre, informasjon om barn av kreftrammede foreldre til ledende helsesøster i hjemkommunen. Helsesøster i kommunen kartlegger sammen med familien videre oppfølging, og tar etter behov kontakt med andre instanser i kommunen. Helsesøster samarbeider alltid med barnehage/skole og fastlege.

God, ærlig og tilpasset informasjon er viktig for barns evne til å mestre egen situasjon samtidig som de gis anledning til å støtte sin kreftsyke forelder (20). I rapporten fra Sykehuset i Vestfold og 12-kommunesamarbeidet i Vestfold (19) finnes tips og råd om kommunikasjon med barn som opplever at mor og far får kreft, og (henvisninger til) aktuelt informasjonsmateriell.

Konklusjon

Vår studie viser at kreft hos foreldre i Norge ikke får særlige økonomiske og materielle konsekvenser for barna, men (og det er et viktig men) kreften kan definitivt få negative økonomiske konsekvenser for barn i de familier som allerede er i en vanskelig økonomisk situasjon. Særlig utsatt er barn med enslige forsørgere, foreldre uten arbeid og foreldre som har vært behandlet med cellegift. Barn trenger koordinert og tilpasset oppfølging av helsepersonell, lærere og andre. Barn trenger også å bli sett og møtt som nære pårørende. ■

MINDRE PENGER: Kreft kan ha en negativ innvirkning på familiens økonomi på grunn av økte utgifter og reduserte inntekter. Foto Colourbox.

Referanser:

1. Kreftregisteret. Cancer incidence, mortlity, survival and prevalence in Norway. Oslo:Kreftregisteret; 2009.
2. Syse A, Aas GB, Loge JH. Children and young adults with parents with cancer: a population-based study. Clinical Epidemiology 2012;4:41-52.
3. Grov EK, Fossa SD, Sørebø O, Dahl AA. Primary caregivers of cancer patients in thepalliative phase: a path analysis of variables influencing their burden. Social Science & Medicine 2006;63(9):2429-39.
4. Grov EK. Anxiety, depression and quality of life in caregivers of patients with cancerin late palliative phase. Annals of Oncology 2005;16:1185-1191.
5. 5. Visser A, Huizinga GA, van der Graaf WTA, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JEHM. The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature.Cancer Treatment Reviews 2004;30(8):683-694.
6. Northouse LL, Mood D, Templin T, George T. Couples› patterns of adjust ment to coloncancer. Social Science and Medicine 2000;50:271-84.
7. Syse A, Tonnessen M. Cancer›s unequal impact on incomes in Norway. Acta Oncologica 2011. doi:10.3109/0284186x.2011.640710.
8. Longo C, Fitch M, Deber R, Williams A. Financial and family burden associated withcancer treatment in Ontario, Canada. Supportive Care in Cancer 2006;14;1433-7339.
9. Sjövall K, Attner B, Lithman T, Noreen D, Gunnars B, Thome B, et al. Sick leave of spouses to cancer patients before and after diagnosis. Acta Onco logica 2010;49:467-473.
10. Yabroff KR, Kim Y. Time costs associated with informal caregiving for cancer survivors. Cancer 2009;115:4362-73.
11. Torp S, Thoresen L, Grønningsæter AB, Grov EK, Gustavsen K. Financial and social effects on children and adolescents when a parent is diagnosed with cancer. Childand Adolescent Social Work Journal 2012;30(4):293-310.
12. Fløtten T, Torp S, Kavli H, Nielsen R, Syse J, Grønningsæter A, et al. Kreftrammedes levekår. Om arbeid, økonomi, rehabilitering og sosial støtte. Oslo: Fafo; 2008.
13. Torp S, Gudbergsson SB, Dahl AA, Fossa SD, Flotten T. Social support at work and work changes among cancer survivors in Norway. Scandinavian Journal of PublicHealth 2011;39(6 Suppl):33-42.
14. Gustavsen K, Grønningsæter AB, Fløtten T, Syse J, Nielsen R, Torp S. Barn og u http://sjp.sagepub.com/content/39/6_suppl/33.full.pdf+htmlnge i kreftrammede familier.Oslo: Fafo; 2008.
15. Nadim M, Nielsen RA. Barnefattigdom i Norge. Omfang, utvikling og georgrafisk variasjon. Oslo: Fafo; 2009.
16. Dyregrov K, Dyregrov A. Barn og unge som pårørende ved kreft. Hvordan kan barnssituasjon og foreldres omsorgskapasitet styrkes i et rehabiliteringsperspektiv?.Bergen: Senter for krisepsykologi; 2011.
17. Larsen BH, Nortvedt MW. Barns og unges informasjonsbehov når mor eller far får kreft. Sykepleien Forskning 2011;6(1):70-77.
18. Hanratty B, Holland P, Jacoby A, Whitehead M. Financial stress and strain associatedwith terminal cancer-a review of the evidence. Palliative Medicine 2007;21(7):595-607.
19. Sykehuset i Vestfold, 12-kommune samarbeidet i Vestfold. Barn og unge som har på-rørende med kreft. Tønsberg: Sykehuset i Vestfold; 2012. Tilgjengelig på http://www.12k.no/getfile.php/12k%20filer/Prosjekter/Helsesamhandling/Mellomlagring%20PDF-filer/Rapportbarn-ogunge%202013%20Vedlegg.pdf , hentet 10.10.2013.
20. Det kongelege helse- og omsorgsdepartement. Ot.prp. nr 84 (2008-2009). Om lov om endringar i helsepersonelloven m.m. (oppføging av born som pårørande). Oslo; 2009

Barn som pårørende

Rundskrivet *Barn som pårørende* er utgitt av Helsedirektoratet. Det omhandler de nye lovbestemmelsene og gir utfyllende kommentarer til disse. Innholdet skal gi nødvendig informasjon til helsepersonell som har ansvar etter bestemmelsene. Stoffet er forsøkt presentert slik at det kan brukes som en veileder for helsepersonell som har plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

Stortinget vedtok 19. juni 2009 endringer i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten for å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov mindreårige barn som pårørende har. Endringene trådde i kraft 1. januar 2010.

Helsepersonell skal bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand. Formålet med bestemmelsene er å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk. Videre er formålet å forebygge problemer hos barn og foreldre. Bestemmelsene gjelder både for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og private helsetjenester. ■

Last ned

Rundskrivet kan lastes ned som pdf på:
http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende/Publikasjoner/barn-som-parorende.pdf

Skaff deg kunnskap om medisiner

Helsesøstre får mange spørsmål fra gravide og ammende – også om medisiner. Slike spørsmål kan være vanskelige å svare på, men det er heldigvis hjelp å få.

Hvilke smertestillende kan jeg bruke når jeg er gravid? Kan jeg amme når jeg bruker antidepressiva? Mange gravide og ammende har tett kontakt med jordmor og helsesøster og dette gir rom for mange ulike type spørsmål – også når det gjelder medisiner.

Det er viktig at gravide og ammende får svar på sine spørsmål rundt medisinbruk. Vi vet at gravide gjerne overvurderer risikoen ved å ta medisiner. Mangel på riktig informasjon og rådgivning kan derfor føre til at kvinnene lar være å bruke medisinene sine i frykt for å skade barnet.

Så hva kan du gjøre som helsesøster hvis du får et spørsmål om medisiner fra en gravid eller ammende kvinne, og du ikke helt vet hva du bør svare?

- Still spørsmål til RELIS (Regionale legemiddelinformasjonssentre) via www.relis.no eller via telefon, og få svar fra en farmasøyt eller lege. Der etter kan du diskutere svaret med kvinnen.
- Henvis kvinnen til å selv stille spørsmål via www.tryggmammamedisin.no. Dette er en nettbasert tjeneste der gravide og ammende kan få svar om spørsmål om medisiner. RELIS står bak Trygg Mammamedisin
- Det er også viktig å oppfordre kvinnen til å ha en dialog med legen sin om medisinbruk.

SKADELIG ELLER IKKE: Svaret kan kvinnen selv finne på www.tryggmammamedisin.no. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

RELIS og Trygg Mammamedisin er ment å være servicetjenester for henholdsvis helsepersonell og pasienter og kan forhåpentligvis gjøre hverdagen litt enklere. RELIS har eksistert siden 1995, mens Trygg Mammamedisin ble startet i 2011. Begge tjenestene er offentlig finansierte og helt gratis å bruke.

Formålet med Trygg Mammamedisin

Trygg Mammamedisin ønsker å bidra til økt kunnskap og trygghet hos dem som trenger medisiner, men samtidig unngå at gravide og ammende bruker medisiner som kan være skadelige. Ved å gi informasjon til den enkelte, ønsker vi å bidra til at mor blir trygg på den behandlingen hun trenger. Samtidig informerer vi om risikoen bruk av medisiner noen ganger kan innebære for foster eller diebarn.

Mange spørsmål

I løpet av 2,5 års drift har Trygg Mammamedisin fått omtrent 5000 spørsmål og det har vært en jevn pågang, noe som tyder på at det er behov for en slik tjeneste. Mange spørsmål gjelder reseptfrie medisiner ved smerte, pollenallergi, halsbrann, kvalme og tett nese, det vil si vanlige plager hos gravide og ammende. Vi får også en god del spørsmål om medisiner ved psykiske lidelser, slik som depresjon og angst.

Nøytral informasjon

De regionale legemiddelinformasjonssentrene (RELIS) gir produsentuavhengig legemiddelinformasjon til helsepersonell. RELIS står også bak Trygg Mammamedisin, som tilbyr gratis, nøytral legemiddelinformasjon til gravide og ammende. Begge tjenester driftes med midler fra Helse- og omsorgsdepartementet, og er fristilt fra dem som produserer og selger medisiner. Alle spørsmål besvares av erfarne farmasøyter og leger.

Av **Sofia Frost Widnes**, farmasøyt, rådgiver RELIS Vest, Haukeland universitetssykehus

Lærer å mestre sykdom i fellesskap

Ungdom som har langvarige helseutfordringer får møte andre i samme situasjon til gruppesamtaler på Akershus universitetssykehus og Sørlandet sykehus. Tilbudet er et prosjekt som er under utvikling.

Av **Karen Therese Sulheim Haugstvedt**, prosjektleder, spesialrådgiver, PhD

Akershus universitetssykehus HF (Ahus) er sammen med Sørlandet sykehus HF pilotsted for prosjektet Ung medvirkning og mestring (UMM). Prosjektet ledes av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS), i samarbeid med Unge funksjonshemmede, og er finansiert med midler fra blant andre Extrastiftelsen. Målet er å legge til rette for diagnoseuavhengige gruppebaserte lærings- og mestringstilbud til ungdom fra 12 til 26 år som har langvarige helseutfordringer, og til deres foresatte. Et av hovedformålene er å møte ungdommene ut fra deres behov i forhold til krav om å kunne håndtere egen helse, utdanning, yrkesliv, familie og fritid (1). Fra erfaring vet vi at også foreldrene er en utsatt gruppe hvor mange opplever egen helse truet på grunn av for mye ansvar og dårlig tilrettelagt hjelp over tid (2).

Pilotprosjektet har to delprosjekter

Det ene delprosjektet er en *Kompetansehevingsmodul* som er utviklet for å gi fagpersoner økt kompetanse i møte med ungdommer og deres pårørende. E-læringsprogrammet «Treff meg» presenterer tre filmer som belyser problemstillinger rundt møter mellom fagpersoner og ungdom, med videre lenker til kunnskap om ungdom og deres helse. Delprosjektet ble presentert på Ahus i oktober i år, med mange deltakere fra kommuner og bydeler. Det var bidrag fra flere perspektiv, også fra representanter for ungdom og foreldre. Tilbakemeldingene var at kunnskapen var nyttig og viktig.

Det andre delprosjektet er en *Gruppebasert læringsmodul for ungdommer og foreldre*, som presenteres i denne artikkelen.

Bakgrunn

Ungdomshelse

Det har i senere år blitt en økt bevissthet om ungdom og deres helse ut fra ny kunnskap om unge menneskers sårbare situasjon i overgangsprosesser, fra barn til ungdom og fra ungdom til voksen (3). Forskningsresultater om utviklingen av menneskets hjerne peker på ungdommers begrensete evne til risikovurderinger og forståelse av ansvarlighet og egne behov gjennom ungdomstiden til helt opp i 20-årene (4). I tillegg har nyere studier vist mindre nedgang i dødelighet blant ungdom enn i andre aldersgrupper (5). Dette har skapt økt oppmerksomhet på hva som skjer når ungdom modnes når det gjelder å forstå sin egen helsetilstand og å medvirke til hensiktsmessige tiltak ved langvarige helseproblemer (6,7). «Ungdomsmedisin» er derfor et satsingsområde i «Strategisk Utviklingsplan» ved Ahus, og i 2012 ble et eget prosjekt tilknyttet Barne- og ungdomsklinikken.

Unges livsløp har overganger og vendepunkt som kan bidra til marginalisering eller integrering. Enkelte valg vil gi store konsekvenser for livskvalitet og helse senere i livet. Handlingsplan for habilitering av barn og unge (8) påpeker at hjelpeapparatets bistand i overgangene fra barn til ungdom og ung voksen er mangelfull. Tjenestene er ofte ukoordinerte, dårlig planlagt og mangler

DELER ERFARINGER: Ungdom som er syke eller har et handikap, kan lære av andre unge hvordan de bedre skal ta vare på seg selv. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

helhetsløsninger for den det gjelder. Det mangler også kunnskap i hvordan man møter ungdommer med spesielle behov (9). Ungdommene og deres pårørende får derfor ofte ikke den oppfølgingen de har rett på eller behov for. Visjon «Ung Helse 2020» utformet av Unge funksjonshemmede, peker ut satsingsområder i forhold til helsetilbud for unge på tvers av diagnosegrupper (10).

Ung medvirkning og mestring på Ahus

Som ledd i satsingen på ungdomsmedisin og gode transisjonsprogram ved Ahus, ble gjennomføringen av pilotprosjektet Ung medvirkning og mestring (UMM) lagt til Avdeling helsefremmende arbeid. Prosjektleder og prosjektmedarbeider har samarbeidet mye om ulike grupper, både for ungdommer og foreldre. I tidligere arbeid har likeverdige tiltak for deltakere med minoritetsbakgrunn også stått sentralt. Ut fra et helsefremmende perspektiv vektlegges den enkeltes oppdagelser: Hva styrker egne ressurser og evnen til å ivareta et godt liv på tross av langvarige helseutfordringer? (11). En viktig del av arbeidet er å utvikle kunnskap og erfaring i samarbeid med kommuner eler bydeler, noe avdelingen har lang erfaring med. Prosjektene i avdelingen har ført til mastergrader, internasjonale artikler og doktorgrad (2012).

Mål

I UMM-Ahus er målet å videreutvikle og prøve ut gruppetiltak for ungdommer med langvarige helseutfordringer, samt for foreldrene til denne ungdomsgruppen. Hensikten er å åpne for ungdommers oppdagelser av egne muligheter og res-

«Deltakerne skal få innsikt og bedre kompetanse til å ta vare på seg selv.»

surser til gode overgangsprosesser mot det å bli voksen. Slik kan de få bedre innsikt og forutsetninger for selvstendighet, ansvarlighet og evne til å leve med sine helseutfordringer, på best mulig måte for den enkelte og familiene deres. Gruppene er uavhengig av diagnose.

Gjennomføring av prosjektet på Ahus

Våren 2013 har vi tilpasset gruppeprogrammene

ved Ahus, blant annet i forhold til samlingenes rekkefølge, oppgaver knyttet til temaene og den praktiske gjennomføringen. Tilpasningene har skjedd i nært samarbeid og utprøving med representanter fra ungdommer og foreldre. Pilotstedene har samarbeidet for å samkjøre noen tilpasninger og samtidig gjøre ulike erfaringer ut fra enkelte planlagte forskjeller.

Høsten 2013 blir tre gruppeprogram prøvd ut parallelt, for ungdom 15–16 år, 18–20 år og for foreldregruppen. Gruppene har seks samlinger, fire før nyttår og to i januar og februar. Vi ønsker nært samarbeid med deltakerne gjennom hele gruppeløpet. Intensjonen er å lytte til hvordan de opplever samlingene og erfaringene de gjør.

«Fortsatt vet vi lite om hva det vil kunne bety for den enkelte.»

Våren 2014 skjer hovedevalueringen av gruppeprogrammet. Etter korrigeringer ut fra erfaringer så langt, vil begge pilotstedene starte et nytt gruppeløp i april. Her ønsker vi også å prøve ut arbeidsformen i lokalsamfunnene.

Gruppenes organisering

Gruppesamlingene varer 2,5 timer etter skoletid, med tid til å spise sammen. Hver gruppe har 8–10 deltakere, erfarne representanter og to gruppeledere i tillegg til en gruppelederhospitant.

Barne- og ungdomsklinikken har bidradd til rekruttering av erfarne representanter og gruppedeltakere. Planen er at tiltaket kan presenteres i sykehusets Transisjonsprogram som et tilbud til ungdom, enten ved at de selv ønsker å delta eller at de henvises med behov for mer støtte i egne overgangsprosesser. I tillegg vil vi samarbeide med de andre klinikkene ved Ahus angående ungdom over 18 år. Videre ønsker prosjektet et utdypet samarbeid med kommuner og bydeler.

Gruppeprogrammets innhold

Hver samling har et overordnet tema med tilpassete metoder og oppgaver for å stimulere deltakernes oppdagelser, refleksjoner og utveksling av erfaring i forhold til tema. Samtidig tilpasser gruppelederne programmet underveis etter deltakernes behov og prosesser. Trygghet og fellesskap er grunnlaget for deltakernes medvirkning. Dette er sentralt for å nå målet med å fremme deltakernes egne prosesser, mer enn å formidle kunnskap. Intensjonen er å gi deltakerne bedre innsikt og kompetanse til å ta vare på seg selv og sin helse. Dette gjøres blant annet ved å erkjenne det som er utfordrende, og samtidig skape bevissthet om det som er godt og styrkende for den enkelte (1,9,11).

Noen erfaringer så langt

Det tar tid og ressurser å gjøre nye tiltak kjent. Rekruttering av deltakere er særlig krevende: Hva får deltakerne ved å delta? Hvem kan dette passe for? Vår erfaring er at invitasjon fra personer som ungdommene kjenner og har tillit til betyr mye for motivasjon til deltakelse.

Fortsatt vet vi lite om hvem vi vil kunne nå eller hva det vil kunne bety for den enkelte. Vi har imidlertid gode erfaringer fra tidligere prosjekter, og responsen i gruppene så langt har vært overveldende positiv, noe følgende sitater fra deltakere og gruppeledere påpeker:

Ungdom: «Jeg merker at jeg tenker mer over mitt eget liv, noe som også er en av grunnene til at jeg er her... Det blir spennende å se neste gang».

Far: «Det viktige i dag var å kjenne litt etter på egne følelser! Jeg vil tenke mer over hvordan vi kan tilrettelegge for at vi og barna føler trygghet til å gi uttrykk for følelser»

Hospitant (fra Ahus): «Jeg var veldig imponert over hvor åpne ungdommene var, og blir mer og mer klar over hvor viktig dette er for ungdom. De trenger å bli sett og hørt, og ikke minst tatt på alvor av andre enn foreldrene.»

Delprosjekt i kommuner og bydeler

Parallelt med gjennomføring av gruppeprogrammet ved Ahus har vi begynt å knytte kontakter med fagpersoner i kommuner og bydeler tilhørende Ahus, ikke minst gjennom fagdagen. I tråd med samhandlingsreformen er målet at gruppetiltakene videre skal planlegges og utvikles i samarbeid med lokalsamfunn der ungdommene hører hjemme. Midler fra Helsedirektoratet skal bidra til denne utviklingen.

Fra kommunene er det allerede med en gruppeleder og en hospitant i høstens grupper. Hospitantene har fått noe opplæring og deltar i hver sin gruppe, noe som gir mulighet til å bli godt kjent med, og påvirke gruppeprogrammene. Ny gruppelederopplæring er planlagt i januar og februar for vårens hospitanter.

Gjennom dette tilleggsprosjektet søker vi å se

UMM-Ahus i et større helsefremmende og forebyggende perspektiv ved å utvikle og prøve ut uilke strategier for interkommunalt og tverretatlig samarbeid for den lokale tilpasningen. Slik ønsker vi at delprosjektet også kan påvirke utviklingen av habiliteringstjenesten til dagens ungdom gjennom mer hensiktsmessige tiltak. På den måten kan ungdom få bedre mulighet til å utvikle sin forståelse av seg selv og sin situasjon lokalt. Ved å bli mer bevisst egne erfaringer vil vi inspirere ungdommer og foreldre til å være aktive i medvirkning og utforming av sin egen tilværelse. Dette gjelder både gjennom tiltak innenfor den lokale habiliteringstjenesten, helsetjenesten og skolevesen.

Vi ser fram til denne rekrutteringen og videreføringen lokalt av prosjektet, og vi håper at mange interesserte vil ta kontakt med oss og delta for å realisere et godt tilbud for ungdommer med helseutfordringer, og deres foreldre. ■

Referanser:

1. Lerdal A, Fagermoen MS. (2011). Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
2. Haugstvedt KTS, Graff-Iversen S, Bukholm IR, Haugli L, Hallberg U. (2013). Processes of enhanced self-understanding during a counselling programme for parents of children with disabilities. Scand J Caring Sci; 27: 108-16.
3. Haavet OR (red.) (2005). Ungdomsmedisin. Oslo: Universitetsforlaget AS.
4. Viner R. (2001). Barriers and good practice in transition from paediatric to adult care. J R Soc Med; 94 Suppl 40: 2-4.
5. Viner R. (2008). Transition of care from paediatric to adult services: one part of improved health services for adolescents. Arch Dis Child; 93:160–163.
6. Christie D, Viner R. (2005). Adolescent development. BMJ; 330: 301-4.
7. Helseth S, Misvaer N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. Journal of Clinical Nursing; 19: 1454–1461.
8. Handlingsplan for habilitering av barn og unge (2009). Helsedirektoratet.
9. Olaisen K. (red.), (2012). Utviklingsfremmende samtaler: samhandling på tvers. Oslo: Kommuneforlaget.
10. «Ung helse 2020 - Veien til et helsetilbud tilpasset unge brukere». (2012). Unge Funksjonshemmede.
11. Haugstvedt KTS. (2011). Kompetente foreldre - en metodisk veileder. Akershus universitetssykehus, Helse SørØst.

Kosestund for baby og mor

Jordmødre, ammeveiledere, sykepleiere, fysioterapeuter ved et annerkjent sykehus i Norge, har vært delaktige med å konstruere en fantastisk ammepute som holder hva den lover. Mødre over hele landet kommer med meget gode tilbakemeldinger.

- Mor slapper av i nakke og armer under amming
- Ammeputen festes med et belte som spennes fast rundt mors midje. Babyen ligger stabilt inntil mors bryst, og unngår dermed å skli ned mellom mage og pute
- Ammeputen har en behagelig myk overpute
- Cozyfix ammepute er mindre enn andre. Dette med tanke på at barnet skal ha nærhet til mors bryst. Riktig ammestilling kan minske faren for såre brystvorter.

Føde- og barselavdelinger ved alle de store sykehusene i Norge har tatt i bruk Cozyfix ammepute.

Pris for Helsestasjoner kr.399 eks mva. (Alle helsestasjoner som bestiller, blir med i trekningen av 7 gratis Cozyfix ammeputer)

www.cozyfix.com

Cozyfix

Foto Colourbox

Til minne om Mariann Nonstad

Vi har mistet en venn.

Vi har mistet et nært, godt og kjært menneske.

Vi har mistet vår trygge, kloke og romslige kollega – helsesøster Mariann Nonstad.

Sommeren var på sitt vakreste denne andre dagen i august da Mariann gikk ut av tiden.

Hun døde etter 2 ½ års kamp mot kreften bare 58 år gammel og vi – hennes kolleger i Drammen kommune – sitter igjen med en usigelig tomhet og dyp smerte.

I tankene er vi med hennes aller nærmeste – Anders, Ingunn og Gøril med familie og hennes foreldre og søsken på Berkåk.

Vi vet at tapet er tungt å bære – som det er for oss – hennes kolleger.

En plass her ved Marienlyst helsestasjon og i helsesøstergruppen i Drammen står tom og denne plassen kan ikke en annen uten videre fylle.

Vår travle arbeidsplass ble med ett så sårbar – så stille – slik som livet selv også er – så uendelig skjørt. Hinnen mellom liv og død er så uendelig spinkel.

Mariann ble født på Berkåk som den eldste av etter hvert fire søsken. Hun måtte tidlig ta del i arbeidet på gården og hun var til stor hjelp da tvillingsøsknene ble født ti år etter. Hun ga alltid uttrykk for at hun hadde hatt en god og trygg barndom og som trøndere flest med begge beina godt plantet på jorden.

Som ung var hun en meget lovende langrennsutøver og hun vant Hovedlandsrennet flere år på rad. Mariann var svært skoleflink og kunne nok valgt hvilket som helst yrke, men det ble sykepleien som sto hennes hjerte nærmest.

Hun var ferdig utdannet sykepleier ved Finnmark sykepleierskole januar 1978 og etter å ha jobbet en tid i Hammerfest flyttet hun med sin Anders til Bærum og senere til Slemmestad hvor de bygde seg hus og hvor hun bodde resten av livet.

Hun arbeidet en stund ved Bærum sykehus før hun i 1981 ble ferdig helsesøster ved Statens Helsesøsterskole på Bygdøy.

I 1984 ble hun ansatt i helsesøsterstilling i Drammen kommune. Hennes arbeidssted var Kirkegaten helsestasjon og etter hvert Marienlyst helsestasjon hvor hun arbeidet til hun selv sa opp sin stilling noen måneder før hun døde.

Mariann var tryggheten selv og hadde stor faglig integritet. Hun var flittig, innsatsvillig og engasjert og satte sine store fagkunnskaper og sin fine personlighet inn i et yrke som krever at man gir og bruker seg selv i møte med sine medmennesker, både små og store.

Hun møtte sine brukere med stor vidsynt toleranse, romslighet og respekt og med et rikt og varmt hjertelag.

Vi kolleger kunne drøfte kompliserte saker med henne med vissheten om at konklusjonen hennes var veloverveid og riktig.

Hun nøt også stor respekt blant alle ansatte i helsesøstergruppen og når Mariann uttalte seg lyttet alle med vissheten om at hun alltid satt inne med verdifull kunnskap og reflekterte tanker. Hun var et unikt og klokt menneske, en stor ressurs i gruppen og hun viste en stor og dyp ydmykhet overfor menneskene, faget – og livet.

Det sies at «hvad der er gått bort vender aldri tilbake, men svant det i glans vil gjenskinnet var i lange tider».

Og gjenskinnet etter Mariann vil være ved å skinne overalt der hun satte sine spor.

Vi er mange her i Drammen som vil savne henne – som vi var mange som levde i håpet om at hun skulle bli frisk.

«Jeg vil omfavne hvert minutt» har noen skrevet en gang. Og jeg tror Mariann levde slik i sin sykdomsperiode med opp og nedturer – hun omfavnet hvert minutt hun fikk – som hun også omfavnet sine kjære som hun elsket så høyt. Hennes største sorg over å forlate livet så tidlig var de tre små barnebarna som hun ikke skulle få følge videre på veien.

Vi sitter igjen med ærefrykt overfor det arbeid hun har lagt ned, først som sykepleier og dernest helsesøster. Vi som blir her husker tiden hun har gitt oss og vi vet at minnet om Mariann vil finnes i oss for tid og evighet – så lenge som et menneskehjerte slår.

«Flammene stilner
Blir sakte borte
Det er på tide å ta farvel
Takke for varmen
Etter et levd liv.»
Tove Houck

På vegne av alle oss ved Marienlyst helsestasjon og øvrige kolleger i helsesøstertjenesten i Drammen kommune.

Vibeke Skagen Hov

LaHs styre og lokale faggruppeledere 2012-2014

På grunn av valg i lokale styrer i februar og i sentralt styre i april vil det bli enkelte endringer etter den tid.
Oppdatert oversikt finner du på **www.nsf.no/helsesostre**

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 Kvaløysletta
E-post: grotonseth@gmail.com
Tlf. 91 84 48 74

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

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

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

Varamedlemmer:
Randi Stokke Johnsen
Einerkroken 10,
3032 Drammen
E-post: randi.johnsen@ebnet.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
Ingjerd Hvatum,
Nordskarva 32, 1350 Lommedalen
M: 99 25 48 77
E- post: ingjerd.hvatum@gmail.com

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

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

HEDMARK
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.staune.mittet@gmail.com/ive.staune.mittet@lillehammer.kommune.no

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

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

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

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

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

ROGALAND
Sissel Rygg Bernhardsen
Fjellprydveien 25, 4070 Randaberg
M: 90 73 17 06
E-post: sissel.rygg.bernhardsen@stavanger.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

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

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

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

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

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

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

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

Samarbeid til barns b

Nært samarbeid mellom helsestasjon, PP-tjenest, barnevern, skole og barnehage har gitt bedre tjenester til barn og unge i Lørenskog kommune.

Tekst **Torunn Stenstad** og **Hege Dyrland**

Hver dag som går uten at vi gjør noe for et barn vi er bekymret for, kan være en dag for mye. Den generelle erfaringen er at vi venter for lenge:

- med å erkjenne at barn har problemer
- med å ta opp bekymringen vi har med kolleger
- før vi kontakter hjelpetjenester i kommunen

Artikkelen tar for seg Lørenskog kommunes tverrfaglige samarbeidssystem for barn og unge (TFS), samt modellkommunesatsingen Tidlig Intervensjon – Langsiktig Oppfølging (TILO).

Tverrfaglig samarbeid

Lørenskog kommune har en lang tradisjon for tverrfaglig samarbeid mellom de ulike sektorene i arbeid med barn og unge. Det tverrfaglige samarbeidssystemet slik det er i dag startet som prosjektarbeid i 1989, og ble implementert som en fast del av arbeidet med barn og unge i 1997.

Samarbeidssystemet er politisk vedtatt, administrativt forankret via rådmannen og er et forpliktende samarbeid mellom sektorene. Kommunaldirektør for oppvekst- og utdanningssektoren er øverste leder og ansvarlig for samarbeidet. Dette innebærer at kommunaldirektøren har ansvar for, og myndighet til, å sørge for at aktørene i samarbeidssystemet utfører arbeidsoppgaver i tråd med vedtatte intensjoner. Til å drifte systemet er det ansatt en koordinator på heltid som er direkte plassert under kommunaldirektøren.

Hovedfokuset i det tverrfaglige samarbeidssystemet har fram til i dag vært de tverrfaglige møtene. Fra 2010 er systemet utvidet til også å omfatte generelle oppvekstforhold, kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT), lokalsamfunn med mot (MOT), tidlig intervensjon for barn i risiko (TIBIR), Volds- og overgrepsteam samt tidlig intervensjon og langsiktig oppfølging (TILO/Modellkommuneforsøket).

Tverrfaglige møter

De tverrfaglige møtene er faste møter på hver helsestasjon, barnehage og skole i kommunen. Målet er å flytte kompetansen dit barnet oppholder seg til daglig. Møtene holdes til faste tider og med faste deltakere i hver enhet. Deltakerne i det tverrfaglige møtet er representanter fra PP-tjenesten, barneverntjenesten og helsesøstertjenesten som på et tidlig tidspunkt møter foreldre og ansatte fra enheten for å drøfte ulike tiltak.

> «Vi er blitt bedre kjent på tvers av tjenestene.»

Brukermedvirkning

Barn og foreldre er eksperter på eget liv. Den kompetansen og de ressursene som finnes i familien kan offentlige hjelpere ikke erstatte. I det tverrfaglige møtet er det dialogen som er potensialet mellom familien og de ansatte i hjelpetjenestene. Når foreldre og barnet/ungdommen er med på å definere sine utfordringer, er de også med på å ta ansvar.

Det tverrfaglige møtet er den viktigste arena for å presentere kommunens lavterskeltilbud for barn og familier som har behov for bistand. Erfaringer viser at det er foreldrene og barnet som må velge hvilke tiltak som skal settes i verk for å få endret situasjonen. Dette er en forutsetning for gode resultatet. Tiltakene blir alltid fulgt opp, vurdert og endret dersom det ikke er framgang.

Metodeboka

Det er utarbeidet en metodebok for det tverrfaglige samarbeidet (Glavin, Svenningsen og Tjade, 1996). Den inneholder et samarbeids- og styringsverktøy som skal benyttes internt i de respektive tjenester, samt ved forberedelser, gjennomføring og oppfølging av det tverrfaglige møtet. Metodeboka er med på å formalisere samarbeidet, gi større grad av forutsigbarhet og legitimitet. Det holdes innføringskurs i tverrfaglige møter med bakgrunn i metodeboka to ganger i året. Kurset er for nytilsatte som får en rolle i det tverrfaglige møtet.

Målgruppen

Målgruppen for tverrfaglige møter er barn og ungdom og deres foreldre som trenger tverrfaglig forståelse og bistand. Kjennetegnet ved målgruppen er at barnets eller ungdommens problemer vurderes til:

- å kreve kompetanse utover driftsenheten egen kompetanse.

I TRYGGE HENDER: Barn av rusmisbrukere eller psykisk syke, og deres foreldre, skal få hjelp så tidlig som mulig. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

- å kvalifisere til en tverrfaglig analyse.
- ikke å utløse meldeplikt til barnevernet.
- ikke å falle inn under Opplæringslovens §§5-1 0g 5–7

Modellkommuneforsøket 2007 – 2014

Modellkommuneforsøket er en felles satsing mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet, og ble lansert i november 2007. Det har sin bakgrunn i løfter i Soria-Moria erklæringen om at barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre skulle prioriteres. Dette er en forsømt gruppe som er vanskelig å avdekke, og disse barna opplever store belastninger som følge av foreldrenes sykdom eller rusmisbruk. Mørketallene er store. Mange blir ikke sett før uheldig utvikling har kommet for langt, og mange av barna er ikke kjent av hjelpeapparatet. Barna har økt risiko for å leve i/bli utsatt for omsorgssvikt. Mange av disse barna utvikler problemer som varer ved inn i eget voksenliv.

Departementene besluttet at det skulle gis stimuleringsmidler til utvalgte kommuner for å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og systematisk oppfølging fra graviditet til skolealder, for derigjennom å kunne gi tidlig og riktig hjelp og forebygge problemutvikling hos denne risikogruppen.

Å være modellkommune betinget at:

- Arbeidet er forankret i kommunens administrative og politiske ledelse.
- Det etableres tverrsektorielle modeller for langsiktig oppfølging av barna.
- Den kommunale barneverntjenesten, helsestasjon og pedagogisk-psykologisk tjeneste er aktive i arbeidet.
- Kommunen har plan for etablering av samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenestene.
- Tiltaket etableres som en integrert del av eksisterende tjenestestruktur.

Lørenskog kommunes modellkommunesatsing

Lørenskog kommune er en av 26 kommuner som deltar i regjeringens satsing på tiltak for barn av psykisk syke, rusmisbrukende og voldsutøvende foreldre.

I Lørenskog er dette en felles satsing mellom forskjellige tjenester i Helse- og omsorgssektoren og Oppvekst- og utdanningssektoren. Satsingen er forankret i kommunens tverrfaglige samarbeidssystem for barn og unge (TFS). Det er en helhetlig og systematisk oppfølging av barn med foreldre som har psykiske helseplager, voldsproblemer og rusproblemer.

Mål med satsingen:
- Økt kompetanse om barna i det kommunale hjelpeapparatet.
- Økt fokus, tidlig identifisering, forebygging og intervenering.
- God tverrfaglig og tverretatlig koordinering, og styrket samarbeid.
- Godt utviklet tiltakskjede.

Kartlegging og kompetanseheving

Med utgangspunkt i tall fra SSB og nasjonale tall for barn i risikogruppen regnet vi ut omtrentlig hvor mange barn i Lørenskog som kunne sies å være i risikogruppen. Tallene ble sjokkerende høye og vi måtte innse at vi ikke hadde oversikt over disse. Deretter gjorde vi en grundig kartlegging i de kommunale tjenestene som jobbet med barn i målgruppen. Svarene viste at vi benyttet oss av mange gode kartleggingsmetoder, men at vi kunne bli enda flinkere med hensyn til kartlegging og samarbeid. Det var stor kjennskap til TFS, men bruken av systemet varierte. Kompetansehevingsbehovet var stort og mange ønsket opplæring i det vi etter hvert valgte å kalle den nødvendige samtalen.

Etter kartleggingen ble vi enige om at hovedsatsingen i vår kommune skulle være i den tjenesten som så barna mest – barnehagene. Vi ønsket også å øke kompetansen i hjelpetjenestene samt ruste opp TFS. Metodeboken for TFS ble derfor redigert og oppdatert så fort ny koordinator var på plass. Det ble også startet en ny opplæringsrunde om TFS i alle aktuelle tjenester.

Kompetansehevingen har vært omfattende og grundig, og alle som jobber med barn og unge i kommunen er blitt invitert til opplæringsdagene. Enkelte undervisningsdager ble gjort obligatoriske for ansatte som jobber med barn i alderen fra 0 til 6 år.

Vi inngikk et samarbeid med Borgestadklinikken som hjalp oss med systematisk opplæring gjennom et helt år. R-BUP Sør og Øst har bidratt med opplæring og innføring i ulike kartleggingsmetoder. Vår egen psykisk helsetjeneste for barn og unge (PHBU) har gitt opplæring og veiledning i en enkel versjon av trygghetssirkelen (Circle of Security, COS) til samtlige barnehager og hjelpetjenester. I alle hjelpetjenestene er det også flere som er blitt sertifisert innen COS. Vi har i tillegg hatt hele undervisningsdager med blant andre Kari Killèn, Frid Hansen, Magne Raundalen, Øyvind Kvello, Rikke Lassen.

Undervisningsdagene har vært veldig nyttige og gitt oss mye god og oppdatert kunnskap. Vel så viktig har imidlertid våre interne opplæringsrunder i barnehagene og hjelpetjenestene vært. Der har ansatte fått ny kunnskap, kunnet stille spørsmål, fått veiledning og fått øve seg i rollespill. Det siste er utfordrende for mange, men har vist seg veldig nyttig.

Kartleggingsverktøy

Foruten spesielle kartleggingsverktøy som brukes i hjelpetjenestene har vi også tatt i bruk generelle kartleggingsverktøy i noen tjenester.
- EPDS – benyttes som screening i svangerskap og barseltid. Spesielt svangerskapsscreeningen har vært verdifull da vi har avdekket mange flere med behov for hjelp enn vi trodde på forhånd. Hjelpen gis av jordmødre, helsesøstre, kommunens psykologer og i noen tilfelle av spesialisthelsetjenesten.
- ASQ (Ages and Stages Questionnaire) – benyttes som screening på helsestasjonene.
- ASQ-SE (soscial/emotional) og ASQ – benyttes av enkelte barnehager to ganger i løpet av de årene barnet er i barnehagen. Tanken er at det skal være en kartlegging samt et utgangspunkt for foreldresamtaler. Barnehagene opplevde det som arbeidsomt i starten, men at det er veldig nyttig. De sier at foreldresamtalene blir mye bedre og mye enklere når en har et nøytralt verktøy, og ikke synsing, som grunnlag for samtalen. Dette startet i to barnehager og er nå utvidet til sju av kommunens nesten femti barnehager. Målet er å ta dette i bruk i alle barnehagene, men det vil ta litt tid da det krever opplæring og mye veiledning.
- COS – Circle of Security, er ikke et kartleggingsverktøy, men et program om tilknytning hos de minste. Det benyttes av helsestasjonene, barnevernet, PP-tjenesten og psykisk helsetjeneste for barn og unge.

Handlingsveileder

Våren 2010 startet arbeidet med å utarbeide en handlingsveileder for modellkommunesatsingen vår. Det ble satt sammen en tverrfaglig arbeidsgruppe bestående av helsesøster, styrer i privat barnehage, styrer i kommunal barnehage, barnevernkonsulent, psykolog og pedagogisk psykologisk rådgiver.

Arbeidet tok utgangspunkt i Borgestadsklinikkens veileder fra 2007 med tematikk om barn i familier med rusproblemer, og ble tilpasset Lørenskog kommunes etablerte samarbeidssystem.

Handlingsveilederen inneholder informasjon om tegn som bør gjøre oss bekymret, hva man skal gjøre om man er bekymret for et barn, hvordan man gjennomfører den nødvendige samtalen, langsiktig oppfølging og informasjon om barnevernet og lovverket. Dessuten inneholder den kontaktinformasjon, div. linker og andre viktige vedlegg.

Handlingsplanen ble lansert og implementert i januar 2012 og det kom mange gode tilbakemeldinger. Barnevernet har erfart at det nå kommer færre bekymringsmeldinger, men de som kommer er mer presise, slik at flere saker blir åpnet. Ansatte i barne-

hagene gir tilbakemelding om at handlingsveilederen hjelper dem i å sortere og se signaler fra barna. Dette fører til at de er tryggere når de gjennomfører nødvendige samtaler med foreldre, og de har blitt tydeligere når de må melde bekymring til barnevernet.

En gjentakende tilbakemelding har imidlertid fått oss til å se nærmere på og revidere handlingsveilederen. Vi oppdaget at vi hadde hatt et for stort fokus på oppfølging av barn og mindre fokus på foreldrene. For å hjelpe barna er det viktig å få til et hjelpe- og oppfølgingssystem rundt foreldrene. Det er dette arbeidet som blir kjernen i kommunens TILO- arbeid. Ved at vi tidlig klarer å identifisere disse familiene ønsker vi å tilby foreldrene nok hjelp og veiledning til at deres vansker ikke vil skade barna.

En kommune som tar barna på alvor jobber med foreldrene! Dette målet har vi hatt foran oss siden vi startet med tverrfaglig samarbeid rundt barn og unge i Lørenskog i 1997.

I revidering av handlingsveilederen jobber vi nå med å formalisere samarbeidet med ansvarsgrupper rundt foreldre med psykiske vansker, volds- eller rusproblematikk, slik at barneperspektivet blir tatt på alvor. Vi skal ikke legg skjul på at foreldreperspektivet ikke har vært det sentrale hos syke voksne, derfor vil TILO satsingen sette fokus på dette.

Dette vil gi oss endringer på to plan. For det første har vi en gruppe voksne som det er etablert ansvarsgruppe rundt. Hos denne gruppen vil det, dersom de har barn under 18 år, inviteres inn noen fra enhetene som skal ivareta barneperspektivet, være seg helsesøster eller ansatte i barnehage eller skole. For det andre har vi de foreldrene som vi blir kjent med på helsestasjonen, barnehager og skoler. For denne gruppen blir det å presentere ansvarsgruppe viktig, nettopp for at de voksne skal kunne motta hjelp for sine utfordringer, og at det offentlige hjelpeapparatet skal kunne følge opp over tid.

«En kommune som tar barna på alvor jobber med foreldrene.»

Med revidering av handlingsveilederen starter vi med opplæring av ansatte som jobber med barn i hvordan snakke med den voksne om foreldrerollen og foreldreansvaret. Dette er også en kompetanse som må heves i tjenester som jobber med de voksne. Videre planlegger vi en opplæring i forbindelse med relansering av handlingsveilederen. Der vil vi ha fokus på hvordan opplevelser i barndommen påvirker helse i voksen alder, hvor tidlig disse påvirkningene setter varige spor i barnet og hvor viktig dette arbeidet mot barn i målgruppen er.

Hva har vi lært?

Vi har fått mye ny kunnskap som nå brukes i daglig arbeid med barn og unge og deres familier. Vi er blitt enda bedre kjent på tvers av tjenestene. Samarbeidet må være forpliktende. Tiltakene og systemet må evalueres kontinuerlig og endringer må gjøres underveis.

Systemene må være administrativt og politisk forankret, og det må være noen som koordinerer arbeidet. Ting tar tid!

Suksesskriterier for å nå barna og familiene med adekvat hjelp:

- At barna blir «sett» i sitt hjemmemiljø/lokalmiljø.
- Alle aktuelle tjenester i tiltakskjeden har basiskunnskap om problematikken.
- En differensiert tiltakskjede, som fyller ulike typer behov for tilbud, til passet adekvat alder/utvikling og type problematikk.
- De ulike tjenestene i tiltakskjeden kjenner hverandre. ■

Artikkelforfatter **Torunn Stenstad er** leder for helsefremmende og forebyggende tjeneste, prosjektleder TILO. **Hege Dyrland** er koordinator for Lørenskog kommunes tverrfaglige samarbeidssystem for barn og unge – TFS

NYHET

Jeg har ikke tatt p-piller på
2 år, 3 måneder, og 4 dager
og jeg har vært mer enn 99% beskyttet mot graviditet hele tiden

Minispiralen Jaydess▼ (levonogestrel) beskytter mot uønsket graviditet i opptil 3 år

- Lav hormondose – virker hovedsakelig lokalt.
- Tynn innføringshylse kan gjøre innsettingen enkel[1].
- Høy preventiv sikkerhet - Pearl Indeks 0,33

Jaydess er ikke førstevalg som prevensjon hos kvinner som ikke har født barn da klinisk erfaring er begrenset. Kvinner bør informeres om symptom på samt risiko for ektopisk graviditet ved bruk av spiral.

jaydess®
LEVONORGESTREL

C Jaydess «Bayer AB»

Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G02B
A03

INTRAUTERINT INNLEGG 13,5 mg: Hvert intrauterint innlegg inneh.: Levonorgestrel 13,5 mg, polydimetylsiloksanelastomer, kolloidal vannfri silika, polyetylen, bariumsulfat, sølv. Fargestoff: Jernoksid (E 172).

Indikasjoner: Antikonsepsjon i opptil 3 år.

Dosering: Settes inn i livmorhulen innen 7 dager etter 1. menstruasjonsdag. Har effekt i opptil 3 år. Kan erstattes med nytt innlegg når som helst under menstruasjonssyklusen. Kan settes inn umiddelbart etter abort i 1. trimester. Innsetting post partum bør utsettes inntil fullstendig involusjon av uterus er nådd, og tidligst 6 uker etter fødsel. Ved betydelig forsinket involusjon må det vurderes å vente opptil 12 uker post partum. Ved vanskelig innsetting og/eller uvanlig sterk smerte eller blødning under/etter innsetting, skal tiltak som fysisk undersøkelse og ultralyd startes umiddelbart for å utelukke perforasjon. Inneholder sølvring og bariumsulfat som er synlig ved bruk av hhv. ultralyd og røntgenundersøkelse. Innlegget tas ut ved å trekke forsiktig i trådene med tang. Dersom trådene ikke er synlige og ultralyd bekrefter at innlegget fortsatt er i livmorhulen, kan det tas ut med en smal tang. Dilatasjon av cervikalkanalen eller kirurgisk inngrep kan da være nødvendig. Bør tas ut senest mot slutten av det 3. året. Ved ønske om å fortsette med samme prevensjonsmetode, settes et nytt innlegg inn umiddelbart etter uttak av det forrige. For å unngå graviditet, bør innlegget tas ut i løpet av de første 7 dagene av menstruasjonen, forutsatt regelmessige menstruasjoner. Dersom innlegget fjernes på en annen tid i syklusen og samleie har forekommet i løpet av den siste uken, er det risiko for graviditet dersom det ikke settes inn et nytt innlegg umiddelbart etter uttak av det forrige. Etter at innlegget er tatt ut, bør det sjekkes at det er intakt. ***Spesielle pasientgrupper:*** Nedsatt leverfunksjon: Ikke undersøkt. Kontraindisert ved akutt leversykdom eller levertumor. Nedsatt nyrefunksjon: Ikke undersøkt. Barn: Sikkerhet og effekt ikke undersøkt hos kvinner <18 år. Ikke indisert før menarke. Eldre: Ikke undersøkt hos kvinner >65 år eller hos postmenopausale kvinner. ***Administrering:*** Innsetting anbefales utført av leger/helsepersonell med erfaring i innsetting av intrauterine innlegg og/eller har gjennomgått opplæring i innsettingsprosedyren for Jaydess. Steril pakning åpnes umiddelbart før innsetting. Skal ikke steriliseres på nytt. Håndteres aseptisk. Til engangsbruk. Skal ikke brukes dersom blisteret er skadet eller åpnet. Se pakningsvedlegget for informasjon om forberedelser/innsetting.

Kontraindikasjoner: Graviditet. Akutt eller tilbakevendende bekkeninfeksjon eller tilstander forbundet med økt risiko for infeksjon i øvre genitalier. Akutt cervisitt eller vaginitt. Post partum endometritt eller infeksjon etter abort i løpet av de 3 siste månedene. Cervikal intraepitelial neoplasi inntil tilstanden er bedret. Malignitet i uterus eller cervix. Progestogensensitive tumorer, f.eks. brystkreft. Unormal vaginalblødning med ukjent etiologi. Medfødt eller ervervet uterin anomali, inkl. myomer som kan påvirke innsetting og/eller plassering av innlegget (dvs. dersom livmorhulen påvirkes). Akutt leversykdom eller levertumor. Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Bør brukes med forsiktighet etter konsultasjon med spesialist, eller uttak bør vurderes, dersom en av følgende tilstander foreligger eller oppstår for 1. gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk synstap eller andre symptomer på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markert økning i blodtrykket, alvorlig arteriesykdom (f.eks. slag eller myokardinfarkt). Kan påvirke glukosetoleransen, og blodglukosenivået bør overvåkes ved diabetes. Det er vanligvis ikke behov for å endre behandlingsregimet. Før innsetting skal det informeres om nytte/risiko ved bruk, inkl. risiko for ektopisk graviditet. Fysisk undersøkelse skal utføres, inkl. gynekologisk og brystundersøkelse og cervikalutstryk. Graviditet og seksuelt overførbare sykdommer må utelukkes. Genitale infeksjoner må være ferdigbehandlet. Livmorens plassering og livmorhulens størrelse skal fastslås. Plassering i fundus er spesielt viktig for maks. effekt og reduksjon av risiko for utstøting. Instruksjoner for innsetting bør følges nøye. Det bør legges spesielt vekt på opplæring i riktig innsettingsteknikk. Innsetting og uttak kan være forbundet med noe smerte og blødning, og kan fremkalle vasovagal reaksjon (f.eks. synkope, eller anfall ved epilepsi). Ny legeundersøkelse bør foretas 4-6 uker etter innsetting for å sjekke trådene og riktig posisjon. Undersøkelse er deretter anbefalt 1 gang årlig, eller hyppigere dersom klinisk indisert. Skal ikke brukes som postkoitalt prevensjonsmiddel. Bruk til behandling av kraftige menstruasjonsblødninger eller som beskyttelse mot endometriehyperplasi ved substitusjonsbehandling med østrogen er ikke anbefalt. Total risiko for ektopisk graviditet er ca. 0,11 pr. 100 kvinneår. Ca. halvparten av graviditetene som oppstår under bruk blir sannsynligvis ektopiske. Kvinner som vurderer innlegget bør informeres om tegn og symptomer på, og risiko for ektopisk graviditet. Ved graviditet under bruk må risiko for ektopisk graviditet vurderes og undersøkes. Ved tidligere ektopisk graviditet, kirurgiske inngrep i egglederne eller infeksjoner i øvre genitalier, er risiko for ektopisk graviditet økt. Mulig ektopisk graviditet bør vurderes ved smerter i nedre abdomen, spesielt ved uteblitte menstruasjoner eller dersom kvinner med amenoré får blødninger. Ektopisk graviditet kan påvirke fremtidig fertilitet, og nytte/risiko bør overveies nøye, særlig hos kvinner som ikke har fått barn. Ikke førstevalg som prevensjon hos kvinner som ikke har fått barn, da klinisk erfaring er begrenset. Effekt på menstruasjonsmønsteret er forventet hos de fleste, og er et resultat av direkte virkning av levonorgestrel på endometriet, og ikke nødvendigvis forbundet med ovarieaktiviteten. Uregelmessige blødninger og spotblødninger er vanlig i de første behandlingsmånedene. Deretter gir sterk undertrykking av endometriet reduksjon i blødningens varighet og mengde. Sparsomme blødninger gir ofte oligomenoré og amenoré. Uregelmessige blødninger og/eller amenoré ble gradvis utviklet hos hhv. ca. 22,3% og 11,6%. Graviditet bør utelukkes dersom menstruasjon ikke inntreffer innen 6 uker etter siste påbegynte menstruasjon. Graviditetstest trenger ikke gjentas ved fortsatt amenoré, dersom ikke andre symptomer tyder på graviditet. Ved kraftigere og/eller mer uregelmessige blødninger over tid, må passende diagnostiske tiltak igangsettes, da uregelmessig blødning kan være symptom på endometriepolypper, hyperplasi eller kreft, og kraftige blødninger kan være tegn på at innlegget er utstøtt uten at det er oppdaget. Selv om innlegg og innføringshylse er sterile, kan de pga. bakterieforurensing under innsetting føre med seg mikrober til øvre genitalier. Infeksjon i øvre genitalier er sett ved bruk av alle intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Med Jaydess er bekkeninfeksjon sett hyppigere i begynnelsen, med kobberinnlegg er raten høyest i løpet av de 3 første ukene etter innsetting og deretter avtagende. Pasienten må vurderes ut i fra risikofaktorene forbundet med infeksjon i øvre genitalier (f.eks. flere seksualpartnere, seksuelt overførbare infeksjoner, tidligere bekkeninfeksjon) før bruk. Infeksjon i øvre genitalier slik som bekkeninfeksjon kan få alvorlige følger, og kan påvirke fertilitet og øke risikoen for ektopisk graviditet. Alvorlig infeksjon eller sepsis (inkl. sepsis forårsaket av streptokokkgruppe A) kan oppstå etter innsetting, selv om dette er svært sjeldent. Ved tilbakevendende endometritt eller bekkeninfeksjon, eller hvis en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle, må innlegget tas ut. Bakteriologiske undersøkelser må utføres og oppfølging anbefales, selv ved milde infeksjonssymptomer. Insidensen av utstøting er lav og tilsvarende som for andre intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Symptomer på delvis/fullstendig utstøting kan omfatte blødninger eller smerter. Delvis/fullstendig utstøting kan forekomme uten at det merkes, og føre til redusert/manglende prevensjonseffekt. Da innlegget ofte over tid reduserer menstruasjonsblødningen, kan økt blødningsmengde være tegn på at innlegget er utstøtt. Et delvis utstøtt innlegg skal tas ut. Nytt innlegg kan settes inn samtidig dersom graviditet er utelukket. Kvinnen bør instrueres i hvordan hun skal kontrollere trådene, og om å kontakte helsepersonell dersom hun ikke finner dem. Perforasjon/penetrering av uterus/cervix kan i sjeldne tilfeller skje, særlig under innsetting, og dette kan redusere effekten. Ved problemer ved innsetting og/eller uvanlig sterke smerter eller blødninger under eller etter innsetting, bør passende tiltak umiddelbart igangsettes for å forhindre perforasjon (fysisk undersøkelse og ultralyd). Slike innlegg må tas ut. Risikoen for perforasjon er økt ved amming, og kan være økt ved innsetting post partum og ved fiksert retrovertert uterus. Dersom uttakstrådene ikke er synlige i cervix ved oppfølgingsundersøkelse, må uoppdaget utstøting og graviditet utelukkes. Trådene kan ha blitt trukket inn i uterus eller cervikalkanalen, og kan bli synlige igjen ved neste menstruasjon. Dersom graviditet er utelukket, kan trådene vanligvis lokaliseres ved forsiktig undersøkelse av cervikalkanalen med egnet instrument. Dersom de ikke kan lokaliseres, kan innlegget ha blitt utstøtt. Ultralydundersøkelse kan brukes for å bekrefte posisjon. Dersom ultralydundersøkelse ikke kan utføres eller ikke er vellykket, kan røntgenundersøkelse brukes for lokalisering. Ettersom prevensjonseffekten hovedsakelig skyldes lokal effekt i uterus, er det vanligvis ingen endring i ovulasjon, vanlig follikkelutvikling, frigjøring av oocytter og follikkelatresi hos fertile kvinner. Iblant forsinkes follikkelatresien, og follikkelutviklingen kan fortsette. Disse forstørrede folliklene kan ikke skilles klinisk fra cyster på eggstokkene, og er sett som bivirkning hos ca. 13,2% (cyster på eggstokkene, hemoragiske cyster på eggstokkene og cyster på eggstokkene med ruptur). De fleste cystene er asymptomatiske, men noen kan medføre smerter i øvre genitalier eller dyspareuni. De fleste forstørrede folliklene forsvinner spontant i løpet av 2-3 måneder. Hvis ikke, kan det være nødvendig med fortsatt overvåkning med ultralyd og andre diagnostiske/terapeutiske tiltak. I sjeldne tilfeller kan det være nødvendig med kirurgisk inngrep.

Interaksjoner: Samtidig bruk av legemidler som induserer leverenzymer, spesielt cytokrom P-450-enzymer, (f.eks. fenytoin, barbiturater, primidon, karbamazepin, rifampicin, rifabutin, nevirapin, efavirenz, bosentan, muligens også okskarbazepin, topiramat, felbamat, griseofulvin og johannesurt (prikkperikum)), kan øke metabolismen av levonorgestrel og gi økt clearance av kjønnshormoner. Hemmere av enzymer som inngår i legemiddelmetabolisme (f.eks. itrakonazol, ketokonazol) kan øke serumkonsentrasjonene av levonorgestrel. Innvirkning på Jaydess er ukjent, men sannsynligvis ikke av stor betydning pga. lokal virkningsmekanisme. MR-skanning etter innsetting er trygt under følgende forhold: Statisk magnetfelt på ≤3 Tesla, maks. magnetisk felt 720 Gauss/cm ut fra romgradient. Med 15 minutters scanning under slike forhold, øker temperaturen med maks. 1,8°C på innsettingsstedet. Mindre artefakter kan oppstå på bildet dersom aktuelt område er i akkurat samme område eller i nærheten av innlegget.

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Kontraindisert hos gravide. Hvis graviditet oppstår under bruk, skal ektopisk graviditet utelukkes. Innlegget bør tas ut umiddelbart, hvis ikke øker risikoen for spontanabort og prematur fødsel. Uttak eller undersøkelse av uterus kan føre til spontanabort. Ved ønske om å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør det informeres om risiko og mulige konsekvenser for barnet ved prematur fødsel. Graviditeten må følges nøye opp. Alle symptomer på komplikasjoner under graviditeten må rapporteres, f.eks. krampelignende smerter i abdomen med feber. Pga. lokal levonorgestrel-eksponering, bør mulig viriliserende effekt på jentefostre tas i betraktning. Klinisk erfaring er begrenset. Kvinnen bør informeres om at det ikke er vist fosterskader ved fortsatt graviditet med innlegget på plass. For ektopisk graviditet, se Forsiktighetsregler. Amming: Vanligvis ingen skadelig effekt på spedbarnets vekst eller utvikling ved bruk 6 uker post partum. Brystmelk påvirkes ikke kvantitativt eller kvalitativt. Ca. 0,1% av levonorgestreldosen går over i morsmelk. Fertilitet: Fremtidig fertilitet endres ikke. Etter uttak går fertiliteten tilbake til det normale. Ca. 80% av de som ønsket det ble gravide ≤12 måneder etter uttak.

Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Smerter i abdomen/øvre genitalier. Hud: Akne/seboré. Kjønnsorganer/bryst: Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyste på eggstokkene, vulvovaginitt. Nevrologiske: Hodepine. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Alopesi. Kjønnsorganer/bryst: Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystsmerter/ubehag, utstøting av innlegg (helt eller delvis), utflod fra skjeden. Nevrologiske: Migrene. Psykiske: Nedstemthet/depresjon. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Hud: Hirsutisme. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Kjønnsorganer/bryst: Perforasjon av uterus. Følgende er sett ved innsetting/uttak: Smerter og/eller blødninger, vasovagal reaksjon med svimmelhet eller synkope ved innsetting. Prosedyren kan fremkalle anfall ved epilepsi. Partneren kan kjenne uttakstrådene ved samleie. Ved bruk av andre intrauterine innlegg med levonorgestrel er det sett overfølsomhet, inkl. utslett, urticaria og angioødem.

Egenskaper: Klassifisering: Intrauterint innlegg som frigjør levonorgestrel lokalt i livmorhulen. Risiko for graviditet ca. 0,4% 1. år, kumulativ risiko ca. 0,9% etter 3. år. Virkningsmekanisme: Beregnet gjennomsnittlig frigjøringshastighet over 3 år er 6 µg/24 timer. Høy levonorgestrelkonsentrasjon i endometriet nedregulerer østrogen- og progestogenreseptorene. Endometriet blir relativt lite følsomt overfor sirkulerende østradiol, og en uttalt antiproliferativ effekt sees. Morfologiske forandringer i endometriet og en svak lokal reaksjon på fremmedlegemet er observert i forbindelse med bruk. Fortykkelse av slimhinnen hindrer spermiene å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i uterus og eggledere hemmer spermiemobilitet og -funksjon og forhindrer befruktning. Absorpsjon: T_{max} innen 2 uker. Proteinbinding: Uspesifikt bundet til serumalbumin og spesifikt bundet med høy affinitet til SHBG. <2% av sirkulerende levonorgestrel forekommer som fritt steroid. Fordeling: Gjennomsnittlig distribusjonsvolum ca. 106 liter. Halveringstid: Ca. 1 dag. Total plasmaclearance ca. 1 ml/minutt/kg. ***Metabolisme:*** Metaboliseres i stor grad, primært via CYP 3A4. Utskillelse: Som metabolitter i feces og urin.

Pakninger og priser: 1 stk. kr 1124,20
Sist endret: 08.10.2013

Refusjon: Jaydess har ikke generell refusjon

▼ dette legemidlet er under spesiell overvåking

L.NO.01.2014.0845

Bayer HealthCare

Bayer AS
Drammensveien 147 B, 0212 Oslo. Tlf.: 24 11 18 00. Faks.: 24 11 19 93

1. Gemzell-Danielsson K, Schnellschmidt I, Apter D. Fertility and Sterility. Vol 97, No 3/March 2012

jaydess®
LEVONORGESTREL

KAMPANJEPRIS PÅ FAGLIGE VEIVISERE

Landsgruppen av helsesøstre har utarbeidet **Veiviser for skolehelsetjenesten i videregående skole, Adoptivfamilien - Veiviser for helsestasjons- og skolehelsetjenesten**, samt et **Foreldrehefte**.

Vi tilbyr nå heftene til halv pris: kroner 75,- pr. veiviser og kr. 50,- pr. foreldrehefte

Heftene bestilles på lah@sykepleier.no eller tlf. 988 53 496.

Oppgi ønsket antall av hvert hefte og leveringsadresse.
NB! Faktura sendes ikke separat, men vedlegges forsendelsen.