



Tidsskrift for helsesøstre

NR. 2-2014

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

A close-up photograph of two young women smiling warmly. The woman on the left has light brown hair and is wearing a light blue top. The woman on the right has dark hair and is wearing a pink top. They are both looking towards the camera with bright, genuine smiles.

**Tverrkulturelle
grupper gir økt trivsel**

Sykepleien



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



Endelig ro

Semper Dråper og Tyggetabletter inneholder *Lactobacillus reuteri* Protectis® som er en patentert naturlig melkesyrebakterie.



Bare 5 små Dråper daglig kan hjelpe spedbarnet og gi ro. For barnet kan det bety redusert gråtetid og familien kan oppleve en bedre livskvalitet.

Semper Dråper kan brukes fra fødselen, har en nøytral smak og er enkle å dosere. Kan gis på skje eller sammen med mat og drikke. Semper tyggetabletter har en god smak av jordbær. De passer til barn fra 3 år, men kan også brukes av eldre barn, ungdom og voksen. Dosering er den samme uansett alder.



LEDER:
Kristin Sofie Waldum



Takk, Astrid!

Som observante helsesøstre har fått med seg, ble jeg valgt til leder av LaH på årets generalforsamling i Stavanger. En flott kongress med 650 deltakere og et godt faglig innhold. Dette var en fin ramme rundt avslutningen til Astrid Grydeland Ersvik og oppstarten min. Jeg vil takk for den varme velkomsten jeg har fått av dere, mine kollegaer, både i Stavanger og i andre sammenhenger etterpå. Dere gir meg mot til å ta fatt på oppgaven som leder av over 3200 helsesøstre.

Noe av det første som møter meg er at det på nytt er lovet penger til helsestasjon- og skolehelsetjenesten i kommunene, denne gangen 200 millioner gjennom statsbudsjettet. Les Astrid Grydeland Ersvik og min kommentar til dette i lederstafetten.

Det er naturlig for meg å vie store deler av min første leder til å takke Astrid for innsatsen.

«Det blir stor sko å fylle!» «Vops, du skal hoppe etter Wirkola.» «Pass på at du ikke brekker nakken!» «Oj, det er modig av deg!» «At du tørr, har ikke du små barn?»

Astrid, du har åpenbart vært en populær leder i ni år, i fem av disse har jeg hatt gleden av å samarbeide tett med deg, som lokalgruppeleder og nå seinest som ansatt i NSF. Og hva er det så du har gjort som har vært så bra?

Du har videreført arbeidet til gode ledere før deg og utviklet og utvidet arbeidsfeltet videre.

Ditt aller viktigste bidrag, slik jeg ser det, har vært at å være en tydelig samfunnsaktør. Du har vært med på å få temaet helsestasjon- og skolehelsetjeneste høyere opp på den politiske agendaen. Du har også bidratt til at mange andre helsesøstre har mannet seg opp og blitt tydeligere i sitt budskap på vegne av barn, unge og familier. For å oppnå best mulig effekt har du samarbeidet tett med moderorganisasjonen, der det også har vært behov for økt oppmerksomhet omkring barn, unge og folkehelse.

Du har et klart budskap, og derfor blir du lyttet til. Du er superserios, ærlig, forberedt, «ferdig øvd», og har, i hvert fall tilsynelatende, full kontroll. De gangene jeg har hørt deg på talerstoler

eller i media, er jeg alltid avslappet fordi jeg vet at du har noe fornuftig å komme med.

Astrid, du har hele tiden jobbet langt mer enn man kunne forvente i disse årene. Jeg har hørt mannen din har sagt at du ikke har unnet deg en frihelg de første fem årene, det er sikkert riktig. Du har gjort jobben til en livsstil. Jeg har ikke tro på at du kommer til å ta det noe særlig mer med ro selv om du går av som leder, det har med mennesketypen å gjøre. Engasjementet lar seg ikke skru av – heldigvis. Lykke til med nye utfordringer!

Jeg er svært fornøyd med det nye styret jeg har fått med meg. Vi har ikke rukket å konstituere oss i skrivende stund, men dere vil få fyldige rapporter om vårt arbeid etter hvert, både via tidsskriftet, nyhetsbrev, og på sosiale medier. I det daglige vil jeg i hovedsak sitte i NSF's lokaler i Oslo, noe som gir meg nærhet til viktige samarbeidspartnere.

Mitt valgspørsmål er som følger: «Sunn fornuft kjenner ingen partigrenser». Jeg har allerede vært to ganger i Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget i forhold til omskjæring av gutter og forebygging av uønskete svangerskap og abort. Det ga mersmak!

Denne gangen er det Buskerud som har lagt ned en solid innsats som redaksjonskomité. Migrasjonshelse er ett av temaene i denne utgaven. Et stort og viktig tema som bør være en gjenganger i tidsskriftet framover.

Mens jeg sitter og skriver legges følgende budskap ut på Sykepleien.no: «For hver dollar som investeres i skolehelsetjenesten sparer samfunnet mer enn to dollar ifølge ny amerikansk studie».

Ser man det, det var det vi visste. Med denne meldingen ønsker jeg dere alle en riktig god sommer!

Kristin Sofie Waldum

LEDER AV LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

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

ANSVARLIG REDAKTØR:

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

ANNONSER:

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

ABONNEMENT:

Astrid Grydeland Ersvik

HJEMMESIDE:

www.sykepleierforbundet.no/
helsesostre

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN:

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

DESKJOURNALISTER

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

Astrid Svalastog

Tlf: 97 67 12 62
astrid.svalastog@sykepleien.no

LAYOUT

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

Nina Hauge

nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter

sissel.vetter@sykepleien.no

Monica Hilsen

monica.hilsen@sykepleien.no

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 16. oktober 2014

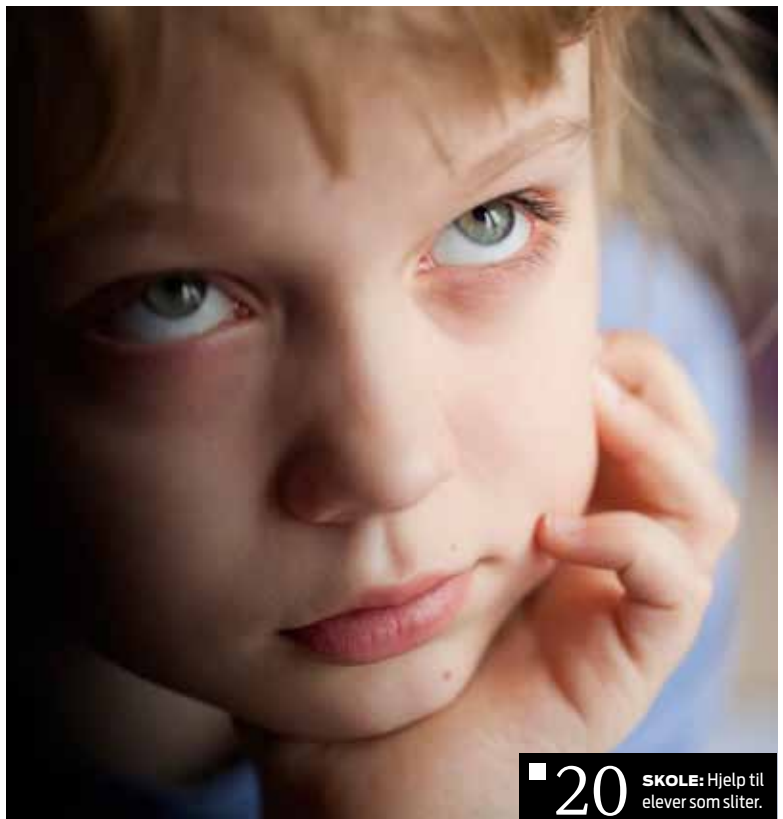
REDAKSJONSKOMITÉ:

LaH Buskerud har ansvar for denne utgaven av Tidsskriftet for helsesøstre. Følgende har vært med i redaksjonen:

Kari Dischler Folmo
Karin Blom Snersrud
Ann Karin Swang
Kristin Molstad Andresen
Pia Frogh Mandt
Nina Børsum



32 PSYKISK HELSE: Gir jenter tro på seg selv.



20 SKOLE: Hjelp til elever som sliter.

Innhold

NR. 2-2014



5 **LEDER:** Kristin Sofie Waldum

8 Smånytt

11 LaHs styre og lokale faggrupeledere

12 Liv og røre-kurs mot overvekt

14 Skal sikre gode helsetjenester til innvandrere

16 Tverrkulturelle grupper gir økt trivsel

20 Skolen skal fange opp barn som sliter

22 Guttekonferansen er kommet for å bli

25 Lederstafetten

26 Vil gi ungdomen bedre selvfølelse

28 Fagdag for helsesøstre
som arbeider med smittevern

30 Ut i sola med solvett

32 Jentegrupper med fokus på psykisk helse

37 Helsesøsterkongressen

39 Uønsket beføling blant ungdom



«Uønsket
beføling kan
være svært
alvorlig.»

Side 39

12 **TRIM:** Liv og røre
mot overvekt.



For lenge i barnevogn

Vurder å droppe vogna når barnet er 2,5 år.

– Barn sitter lenge i vogn enn de gjorde før, sier barnefysioterapeut Karianne Bruun Haugen, leder av faggruppen for Barne- og ungdomsfysioterapi i Norsk fysioterapeutforbund.

Generelt mener hun at bruken av vogn bør reduseres eller kuttes ut når barnet er rundt 2,5 år, eller har sluttet å sove i vogna.

Kilde: Klikk.no



Ta barnas plager på alvor

Mange barn med sterke fysiske plager har vært gjennom tallrike medisinske undersøkelser uten at legene finner noe galt.

– Måten disse barna blir møtt på i helsevesenet kan forkorte eller forlenge lidelsen deres, sier Solveig Gjems, psykologspesialist ved Seksjon for psykosomatikk og CL-barnepsykiatri ved Rikshospitalet.

Kilde: Tidsskriftet

SMÅNYTT

Gir økt risiko for bekkenløsning?

Bruk av kombinasjonspiller som prevensjon øker ikke risikoen for utvikling av bekkenleddssmerter under senere svangerskap. Derimot kan det være en mulig sammenheng mellom rene progestinpreparater og bekkenløsning. Det kommer fram i en studien som omfatter over 90 000 svangerskap i den norske mor-og-barn-undersøkelsen. Kvinnene besvarte et spørreskjema i svangerskapsuke 17 og 30.

– Resultatene tyder på at kombinasjonspiller kan brukes uten fare for å utvikle bekkenleddssmerter i svangerskapet, sier postdoktor Elisabeth K. Bjelland ved Forskningsenteret, Akershus universitetssykehus.

Kilde: Tidsskriftet.no



«Humor er den korteste avstanden mellom to mennesker.»

Victor Borge

Barselomsorgen dårligst ut

stort sett positive erfaringer med omsorgen i svangerskapet og under selve fødselen, men dårligere erfaringer med omsorgen etterpå. Det gjelder ikke minst de få dagene de er på barselavdelingen, viser en nasjonal brukererfæringsundersøkelse som Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) utførte blant 8670 kvinner og deres partnere i fjerde kvartal 2011.

– Tilbudet på barselavdelingen kommer dårligere ut enn de andre delene av denne omsorgen, noe som tyder på at det finnes et forbedringspotensial. Dette er en viktig melding fra kvinnene til de ansvarlige for tilbudet, sier prosjektleder og seniorforsker Ingeborg Strømseng Sjetne i Kunnskapssenteret.

Kilde: Kunnskapssenteret.no



Lubne ettåringer

Barn som er «tykke og gode» ved fødsel, har større risiko for å bli overvektige som åtteåringer. Det viser ny forskning på drøyt 3000 norske barn, basert på tall fra Folkehelseinstituttets barnevekststudie.

– Vi fant at barn med høy fødselsvekt i forhold til lengden har større risiko for å bli overvektige som åtteåringer enn dem som har normal fødselsvekt, sier førsteamanuensis og helsesøster Kari Glavin.

Studien er publisert i BMC Public Health

Kilde: Aftenbladet.no

Sikrer informasjon

MR-bilder, DNA-data, ulike registre og video av pasienter kan nå lagres med svært høy grad av sikkerhet. Forskningsmiljøene ved blant andre Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus har nå fått en elektronisk infrastruktur som takler et stort volum av informasjon som krever høy grad av sikring.

Eksempler som trenger sikker lagring er opptak av intervjuer med overlevende fra angrepet på Utøya og videoopptak med faktiske pasienter ved psykologiutdanningen.

Kilde: Dagensmedisin.no

Rene hender

Rene hender beskytter mot infeksjoner, også dersom disse skyldes antibiotika-resistente bakterier. – Helsepersonell skal utføre håndhygiene før all pasientkontakt. De skal ikke bruke ringe og armbåndsur, fordi det øker risikoen for smittespredning. Oppdager du at helsepersonell glemmer dette er det fint med en påminnelse, sier sier Jørgen Vilderhøy Bjørnholt, smittevernlege ved Folkehelseinstituttet.

Kilde: FHI.no



Tekst Astrid Svalastog Foto Colourbox

Slakter skolehelsetjenesten



Seks av ti elever får ikke tilbud om helsesøster.

I rapporten «Helse på barns premisser» kommer det frem at barn og unge opplever at skolehelsetjenesten ikke er til stede i skolehverdagen. Seks av ti elever i alderen 9–19 år har ikke en helsesøster på skolen, som de kan besøke når de trenger det.

– Vi har sett på skolehelsetjenesten og erfart at altfor mange barn møter en stengt dør, til tross for at dette er et av våre viktigste lavterskeltilbud. Det betyr at mange barn som sliter med alvorlige problemer ikke får hjelp, sier barneombud Anne Lindboe.

Kilde: www.tv2.no



Kostrådet gravide kan droppe

Tidligere trodde man at det å holde barnet unna allergener under svangerskapet og i kosten etterpå, kunne forebygge allergi. Nå kan ny forskning snu opp ned på dette.

Amerikansk forskning tyder på at det å unngå allergener kan være helt feil. Tvert imot peker en del resultater mot at tidlig eksponering kan virke forebyggende, ifølge en artikkel av Rebekka Kessler i tidsskriftet Nature.

– Det er mye diskusjon både om når man skal introdusere fast føde og om når det er best at barna utsettes for mat som ofte gir allergi. Forskningsresultater peker mot at det kanskje bør skje tidligere enn anbefalingene sier i dag. Det finnes også indikasjoner på at mødre kan gjøre lurt i å få i seg potensielle allergener i løpet av svangerskapet, sier Martinus Løvik, professor II ved Det medisinske fakultet, NTNU og Folkehelseinstituttet til forskning.no

Kilde: Klink.no

Mukopolisakkaridose type I (MPS I)

Tidlig diagnose er viktig¹

- ▶ Lysosomal avleirings sykdom¹
- ▶ Skyldes mangel på enzymet α -L-iduronidase¹
- ▶ Gir multiorganisk skade¹
- ▶ Kan behandles med Aldurazyme² ▼
- ▶ Tidlig behandling kan bremse videre sykdomsprogresjon og organskade¹

Aldurazyme (Laronidase)

ATC-nr.: A16A B05

KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 100 E/ml: Hvert hetteglass inneh. Laronidase 500 E, monobasisk natriumfosfat (monohydrat), dibasisk natriumfosfat (heptahydrat), polysorbat 80, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Langvarig enzymerstatningsbehandling hos pasienter som har fått bekreftet diagnosen Mukopolysakkaridose I (MPS I; α -L-iduronidase-mangel) for å behandle sykdommens ikke-nevrologiske symptomer. **Dosering: Voksne og barn:** Behandling bør skje under tilsyn av lege som har erfaring med behandling av pasienter med MPS I eller andre arvelige stoffskiftesykdommer. Bør gis i egnet klinisk miljø der gjenopplivingsutstyr til bruk i nødstilfelle er lett tilgjengelig. Anbefalt dose er 100 E/kg kroppsvekt, gitt 1 gang pr. uke. Initial infusjonshastighet bør tilføres i løpet av ca. 3-4 timer. **Eldre (>65 år):** Sikkerhet og effekt er ikke klarlagt, ingen dosering kan anbefales. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever/hjertefunksjon:** Sikkerhet og effekt er ikke klarlagt, ingen dosering kan anbefales. **Tilberedning:** Fortynnes med natriumklorid 9 mg/ml infusjonsvæske, se pakningsvedlegg. Fortynnet oppløsning bør administreres gjennom et 0,2 μ m in-line-filter for å fjerne proteinpartikler. **Administrering:** Gis som i.v. infusjon. **Kontraindikasjoner:** Alvorlig overfølsomhet (anafylaktisk reaksjon) for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Pasienter kan utvikle infusjonsrelaterte reaksjoner (IRR, noen kan være alvorlige) og bør overvåkes nøye. Alle tilfeller av IRR, forsinkede reaksjoner og mulige immunologiske reaksjoner bør rapporteres. Antistoffstatus bør monitoreres regelmessig og rapporteres. Alvorlige IRR er sett ved alvorlige underliggende problemer med øvre luftveier, og disse pasientene skal overvåkes nøye og bare infunderes i klinisk hensiktsmessige omgivelser med tilgang til gjenopplivingsutstyr. Akutt underliggende sykdom ser ut til å gi større risiko for IRR. Klinisk status bør derfor vurderes nøye for administrering. Nesten alle pasienter forventes å utvikle IgG-antistoffer mot laronidase, vanligvis innen 3 måneder etter behandlingsstart. Ved antistoffer eller symptomer på IRR bør behandling skje med forsiktighet. Vanligvis kan IRR behandles ved å senke infusjonshastigheten og gi antihistaminer og/eller antipyretika (paracetamol eller ibuprofen) for behandling, for å muliggjøre fortsatt behandling. Ved gjennopptak av behandlingen etter et lengre avbrudd, må forsiktighet utvises pga. økt risiko for overfølsomhetsreaksjon. For å minimere forekomst av IRR anbefales premedisinering (antihistaminer og/eller antipyretika) ca. 60 minutter før infusjonsstart ved 1. administrering, eller ved gjennopptak etter avbrudd i behandlingen. Premedisinering bør også vurderes ved påfølgende infusjoner hvis det foreligger kliniske indikasjoner. Ved mild eller moderat IRR bør behandling med antihistaminer og paracetamol/ibuprofen og/eller halvering av infusjonshastighet vurderes. Ved et alvorlig enkelttilfelle av IRR, bør infusjonen stoppes til symptomene er forsvunnet og behandling med antihistaminer og paracetamol/ibuprofen vurderes. Ved restar reduseres infusjonshastigheten til 1/2-1/4 av hastigheten ved forrige reaksjon. Ved gjentatte moderate IRR eller ny provokasjon etter et enkelttilfelle av alvorlig IRR, bør premedisinering (antihistaminer og paracetamol/ibuprofen og/eller kortikosteroider)

vurderes og infusjonshastigheten reduseres til 1/2-1/4 av hastigheten ved forrige reaksjon. Alvorlige allergilignende overfølsomhetsreaksjoner kan forekomme. Ved slike reaksjoner anbefales umiddelbar seponering og standard akuttbehandling. Inneholder natrium (1,29 mmol/hetteglass). Pasienter på natriumdiett bør ta hensyn til dette. **Interaksjoner:** Ingen studier utført. Cytokrom P-450-relaterte interaksjoner er usannsynlig pga. virkestoffets metabolisme. Bør ikke administreres samtidig med klorokin eller prokain, pga. potensiell risiko for forstyrrelser i det intracellulære opptaket av laronidase. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Utilstrekkelige data. Skal kun brukes ved graviditet dersom strengt nødvendig. **Amming:** Kan gå over i morsmelk. Amming anbefales ikke. **Bivirkninger:** Ca. 53% av pasientene (35% hos barn) opplever IRR, noen alvorlige. Omfanget av disse reduseres over tid. **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Kvalme, abdominale smerter. Hjerne/kar: Rodming. Hud: Utslett. Muskel-skjelettsystemet: Artrropati, atralgi, ryggsmarter, smerter i ekstremitetene. Nevrologiske: Hodpine. Øvrige: Pyreksi, reaksjoner på administreringsstedet. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $< 1/10$):** Gastrointestinale: Oppkast, diaré. Hjerne/kar: Takykardi, hypotensjon, blekhet, perifer kuldefølelse. Hud: Angioedem, ansiktshevelser, urticaria, prurigo, kaldsvette, alopeci, hyperhidrose. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon. Luftveier: Pustevansker, dyspné, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Muskel- og skjelettsmerter. Nevrologiske: Parestesi, svimmelhet. Psykiske: Rastløshet. **Undersøkelser:** Forhøyet kroppstemperatur, redusert oksygenmetning. Øvrige: Kuldegysninger, varmefølelse, kuldefølelse, tretthet, influensalignende symptomer. Etter markedsføring (noen av disse alvorlige): Cyanose, hypoksi, takypné, pyreksi, oppkast, kuldegysninger og erytem. Problem i øvre luftveier og lunger, alvorlige reaksjoner inkl. bronkospasme, respirasjonsstans og ansiktødem er sett hos enkelte pasienter med tidligere alvorlig MPS I. Serokonvertering forventes hos de fleste pasienter etter behandling. Det er også sett bloduttredelse. Hos barn <5 år er følgende milde til moderate bivirkninger sett: **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Hjerne/kar: Takykardi. **Undersøkelser:** Økt blodtrykk, redusert oksygenmetning. Øvrige: Pyreksi, kuldegysninger. **Egenskaper: Klassifisering:** Rekombinant form av human α -L-iduronidase. **Virkningsmekanisme:** Gjennoppretter enzymaktivitetsnivået tilstrekkelig til å hydrolysere akkumulert substrat (GAG). **Absorpsjon:** C_{max} 0,2-0,3 E/ml, økning over tid. AUC 0,9-1,2 E/ml/time. **Fordeling:** Distribusjonsvolum 0,44-0,22 liter/kg, reduseres ved fortsatt behandling, muligens relatert til dannelsen av antistoffer og/eller redusert levervolum. **Halveringstid:** 3,61-1,94 timer. **Plasmaclearance:** 1,68-2,31 ml/minutt/kg. **Metabolisme:** Degraderes via peptidhydrolyse. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Kun til engangsbruk. Bør brukes umiddelbart etter fortynning. **Sist endret:** 16.01.2013 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag) **Basert på SPC godkjent av SLV:** 22.11.2011 **PRISER OG PAKNINGER:** 1 x 5 ml hettegl., 100 U/ml: 6.381,50 kr

Referanser:

- Neufeld EF, Muenzer J. The mucopolysaccharidoses. In: Scriver CR, Beudet AL, Sly WS, Valle D, eds The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease, Chapt 136 New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division. 2001:3421-52
- Aldurazyme SPC 22.11.2011

LaHs styre og lokale faggruppetledere 2014-2016



LaH NSF styre 2014-2016



Leder:

Kristin Sofie Waldum

E-post: lah@sykepleier.no
Tlf. 41 22 09 77



Nestleder:

Ellen Kathrine Larsen

E-post: ellen.kathrine.larsen@as.kommune.no
Tlf. 95 78 57 21



Kasserer:

Randi Stokke Johnsen

E-post: randi.johnsen@ebnett.no/
randi.stokke.johnsen@sande-ve.kommune.no
Tlf. 90 55 80 23



Kommersiell kontakt:

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



Sekretær:

Gudbjørg Øen

E-post: gudbjorg.oen@folkehelse-senteret.no/
gudbjorg.oen@gmail.com
Tlf. 92 01 69 89



Styremedlem:

Berit Granheim Karlsen

E-post: beka@melhus.kommune.no
Tlf. 91 64 68 01



Vararepresentanter:

Eli Kristin Johansen

E-post: ekj@levanger.kommune.no
Tlf. 98 47 73 75



Lillian Olsen Opedal

E-post: lil-ols@online.no
Tlf. 99 22 47 27

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/rydz@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@eninvest.net

MØRE OG ROMSDAL

Elin Ukkelberg

Myrvn. 25, 6421 Molde
J: 97 09 53 60 P: 90 83 35 52

E-post: elin.ukkelberg@frana.kommune.no/
elin.ukkelberg@gmail.com/
lah.more.romsdal@gmail.com

SØR-TRØNDELAG

Vibeke Olufsen

Angelltrøvn 216, 7048 Trondheim
M: 45 40 56 84

E-post: Vibeke.olufsen@hist.no

NORD-TRØNDELAG

Elin Duvsete

Sørskagvyn 7b, 7650 Verdal
M: 45 61 47 74

E-post: elinduvsete@ntebb.no/
elin.duvsete@verdalkommune.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

Liv og røre mot overvekt

I Ringerike kommune har vi et kommunalt lavterskeltilbud som har bidratt til å redusere overvekt og fedme hos skolebarn.



Av Lillian Tangen Bratsberg, helsesøster, Ringerike kommune

Vi er to helsesøstre som startet kurset Liv og røre i 2007. Vi savnet et gruppebasert lavterskeltilbud til barn med overvekt og fedme som involverte både barn og foreldre, samt kombinerte aktivitet og kostveiledning. Vi kunne på det tidspunktet tilby henvisning til barnepoliklinikken eller følge opp barn og foreldre individuelt.

Hovedmålet med kurset er at familiene endrer livsstil i sunnere retning slik at barnet reduserer overvekten eller fedmen. Som delmål ønsker vi at barna erfarer glede ved fysisk aktivitet og at de deltar i organisert idrett som er forankret i nærmiljøet. Hvert kurs har opptil 12 deltakere. De første fem årene hadde vi med barn i 2. - 7. trinn. Vi erfarte at vi lyktes best med de minste barna, så de siste to årene har deltakerne vært barn fra 1. - 4. trinn. Helsesøstrene i skolehelsetjenesten rekrutterer barna til kurset.

Kurset holdes i treningssenteret Elixias lokaler en ettermiddag hver uke et helt skoleår. Barna møter sammen med en forelder. Hver uke trener barna, og treningen organiseres og gjennomføres av to kommunale fysioterapeuter. Annenhver uke trener foreldrene sammen med barna, noe både barna og foreldrene opplever som god kvalitetstid.

Samtalegruppene

Foreldrene deltar på samtalegruppe annenhver gang. Samtalene holdes av fysioterapeut eller helsesøster. Vi har også hatt med kommunepsykolog på samtalegrupper. Temaene på samtalegruppene er overvekt og helse, fysisk aktivitet, endringshjulet og endringsfokusert veiledning, motivasjon og ros og veien videre etter endt kurs. Kurset «Bra mat – for bedre helse» fra Helsedirektoratet gjennomføres også i løpet av året

i tillegg til at alle familiene får individuelle samtaler utfra deres behov.

Treningen

Treningen er variert og lekbasert. Aktivitetene er tilpasset barnas nivå og gir dem mestringsfølelse. De fleste gangene trener vi inne i sal. På høsten, våren og noen ganger i løpet av vinteren, trener gruppen ute. Da leker vi i skogen, går på ski, sykler og aker.

Resultater

For å se om vi når målene våre, har vi veid og målt barna fra første kurs. Barna følges opp med veiing, måling og samtale i totalt fem år. Etter kurslutt treffer vi barna og foreldrene fire ganger i år to, to ganger i år tre, to ganger i år fire og en gang i år fem. Dette har vi valgt å gjøre da vi vet hvor lang tid livsstilsendring kan ta. Vi opplever at vi ser stor mestringsfølelse og tilsynelatende bedre psykisk helse under og etter kurset. Derfor har vi målt barnas mentale helse ved hjelp av SDQ-Strengths and difficulties questionnaire, før og etter kurs de siste to årene. Resultatene kan tyde på at redusert overvekt fører til bedre mental helse hos barna. Vi har sett mange tilfeller av bedret samspill mellom barn og foreldre disse årene, noe vi ser som en ekstra bonus.

- I løpet av kurset (ca. 9 mnd) reduserer de fleste barna overvekten.
- 67 barn har deltatt på kurs mellom 2007 og 2013.
- 29 av 44 som har fullført kurs og oppfølging har redusert overvekten = 66 %.
- Av alle som har deltatt på kurs, har 43 % redusert overvekt.
- Av 23 barn som startet på kurs for mer enn 5 år siden har 8/23 redusert overvekt = 35 %.

LEK: Treningen er variert og lekbasert.
Illustrasjonsfoto: Colourbox.



- 13/23 fullførte 5 år. 8/13 som fullførte 5 år har redusert overvekt = 62 %.
- 57% av de som startet på kurs fullførte 5 år.

Vi merker godt at barna får bedre kondisjon allerede til jul. Barna tar en seks minutters gangtest ved oppstart og avslutning av kurset for å vurdere om treningen øker deres kondisjon. De aller fleste barna får bedre kondisjon i løpet av kurset.

Utfordringer

De største utfordringene vi har hatt er rekruttering av barn til kurs. De første årene var det til tider vanskelig å fylle opp kursplassene, men i år har vi for første gang barn på venteliste. En annen utfordring har vært å få familiene til å komme til oppfølging. Dette bruker vi mye tid på og velger å prioritere denne tiden da vi ser best resultater hos de familiene som kommer til oppfølging.

Veien videre

Kurset har vært i kontinuerlig utvikling alle disse årene og vi ser stadig noe vi ønsker å forbedre. En del

familier kommer ut av de gode vanene etter kursets slutt, og noen har til dels store tilbakefall fram mot oppfølging etter cirka tre måneder. Vi vil fremover

«Aktiviteten gir dem mestringsfølelse.»

anbefale og tilby oppfølging per telefon eller på helsetasjonen gjennom sommeren etter endt kurs. I tillegg ser vi at vi trenger et tettere samarbeid med barnets helsesøster for å lykkes med flere.

Presentasjon av kurset til andre

Vi får mange forespørsler om å presentere kurset og resultatene for andre kommuner, særlig helsesøstre og frisklivssentraler. Vi har presentert kurset og resultatene flere steder de siste årene, som på fylkesmannens folkehelsekonferanse på Storefjell, på Fysioterapiforbundets fagdag, Oppvekstkongressen i Ringerike kommune og Helsesøsterkongressen i Stavanger, noe vi er veldig stolte av. ■

Skal sikre gode helsetje

Den nye nasjonale strategien for innvandrerhelse beskriver helseutfordringer i enkelte innvandrergrupper, og hva som kan gjøres for å bedre helsen. Første hjelpetiltak som listes opp er en styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Tekst **Kirsten Mostad Pedersen**, seniorrådgiver, Avdeling for minoritetshelse og rehabilitering, Helsedirektoratet

Andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre økte i 2012 med 55 300. Det var den høyeste tilveksten noensinne. Ved siste årsskiftet 2012/2013 var det 593 300 innvandrere og 117 100 norskfødte med innvandrerforeldre i Norge. Dette utgjør 12 prosent av befolkningen.

Innvandrerbefolkningen er en heterogen gruppe. Samtidig viser forskning og ulike rapporter forskjeller i sykdomsbilde mellom innvandrere og nordmenn, og mellom ulike innvandrergrupper. Mange med innvandrerbakgrunn er ressurssterke mennesker med god helse. Men noen grupper skårer lavere på en rekke levekårsindikatorer. Sosioøkonomiske forhold, erfaring fra migrasjon, kort botid i landet, liten språkforståelse og mangelfull kunnskap om helsevesenet kan påvirker deres helsetilstand i negativ retning.

Rett til tolk

Alle som har begrensete norskkunnskaper har rett til tolk når de mottar helsetjenester. Det er helsepersonell sitt ansvar å vurdere behovet for tolk og bestille kvalifisert tolk.

I 2013 ble det gjennomført en landsomfattende kartlegging av tolkebruket for innvandrerbefolkningen i de kommunale helse- og omsorgstjenester.

nester til innvandrere

tene. Resultatene bekrefter at bare et fåtall av kommunene har egen tolketjeneste og at de færreste sjekker tolkens kvalifikasjoner i Nasjonalt tolkeregister. Svarprosenten var 44 prosent. Flest kommuner (74 prosent) oppgir at kommunen har rutiner fullt ut på plass eller at disse følges delvis innenfor helsestasjons- og skolehelsetjenesten, det vil si at denne tjenesten kommer best ut i kartleggingen.

Kjønnslemlestelse

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har kontakt både med foreldre/foresatte og jenter i grupper som kan være utsatt for kjønnslemlestelse. Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten; «Tilbud om samtale og frivillig underlivsundersøkelse» ble innført i 2011. Hensikten med tilbudet er å informere om forbudet mot kjønnslemlestelse og de uheldige helsekonsekvensene kjønnslemlestelse medfører. En brukerundersøkelse gjennomført av NAKMI i 2012 viser at brukerne kjenner til lovforbudet, men er mindre kjent med helsekonsekvensene. Det er også mindre kjent hvor man kan få helsehjelp, at dette er gratis og at det ikke er behov for henvisning. Dette er omtalt i veilederen.

Ulykker og skader

Ulykkesforebygging har vært gjennomført ved helsestasjonene i flere tiår. Ved Oslo universitetssykehus fant man at hver annen pasient under 15 år med brannskader var fra Asia, Afrika, Latin Amerika. Det ble gjennomført et prosjekt 2010–2011 som omhandlet brann- og skoldeskader. I prosjektet ble det utviklet undervisningsmaterieell for foreldre med innvandrer-

bakgrunn. Manglende norskkunnskaper, manglende svømmeferdigheter, mindre kunnskap om risiko og sikkerhetstiltak er blant mulige forklaringer på at innvandrere har høyere risiko for ulykker og skader enn befolkningen for øvrig.

Omsorgssvikt og mishandling

Barnevernet rapporterer flere steder i landet om at over cirka 60 prosent av sakene er familier med innvandrerbakgrunn. BLD utviklet for flere år siden ICDP spesielt rettet mot innvandrerforeldre. Det må være god samfunnsøkonomi i å satse i større grad på foreldreveiledning for å forebygge omsorgssvikt og mishandling.

Tannhelse

Tannhelse er ofte dårligere hos barn med innvandrerbakgrunn enn hos etnisk norske barn. SMÅTANN-studien i Oslo, i perioden 2002–2004, viste en

«Noen grupper skårer lavere på en rekke levekårsindikatorer.»

betydelig høyere kariesforekomst hos barn med innvandrerbakgrunn, da spesielt barn med opprinnelsesland utenfor EU/EØS. Det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og tannhelse og innvandrere er overrepresentert blant grupper med lav eller ingen utdanning.

Nasjonal strategi for innvandrerhelse

Alle har rett på et likeverdig tilbud og helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, fødeland, etnisitet og den enkeltes livssituasjon. Helsestasjons- og

skolehelsetjenesten har en helt spesiell mulighet til å være til stede og drive forebyggende arbeid rettet mot barn og unge og deres foreldre. Tjenestetilbudet til personer med innvandrerbakgrunn må utvikles som en integrert del av den samlede helse- og omsorgstjenesten, og utformes ut fra lokale forhold og med stor nærhet til brukerne. Det viktig å målrette virkemidlene inn mot denne brukergruppen og deres behov, og i tillegg iverksette tiltak for å møte de særlige utfordringene disse gruppene har. Nasjonal strategi for innvandrerhelse har tre hovedmålsettinger:

- Helsepersonell på alle nivåer skal ha kunnskap om ulike innvandrergruppers sykdomsforekomst og om kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere en likeverdig helse- og omsorgstjeneste.
- Helsepersonell på alle nivåer skal tilrettelegge for god kommunikasjon

med pasienter med ulik språklig bakgrunn. Dette forutsetter blant annet å ha oversikt over tolkebehov og benytte kvalifiserte tolker.

- Helse- og omsorgstjenestene skal ha tilgang til oppdatert kunnskap om innvandreres helse og bruk av helsestasjoner og benytte kunnskapen i utviklingen av tjenestene.

Første tiltak som listes opp i strategien er en styrking i 2014 av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette er fulgt opp med en styrking av kommunenes frie midler på 180 mill. kroner. ■

Trivsel på tvers av kulturer

Elever med foreldre fra en annen kultur synes at det er lettere å konsentrere seg på skolen og snakke om vansker etter å ha deltatt på tverrkulturell jente- eller guttegruppe. De melder også om mindre mobbing og økt trivsel.



Av Sølvi Bergerud, helsesøster for flyktninger

Mange barn med foreldre fra annen kultur synes det er utfordrende å tilpasse seg en ny kultur med andre verdier. Mange sliter med å skape en sammenheng i livet, og opplever at de står midt mellom to kulturer og verdener. Derfor opplever en god del barn og unge med flyktning og flerkulturell bakgrunn at de ikke mestrer hverdagen, uten at de forstår hvorfor. Mange sliter med dårlig selvfølelse og lav selvtillit som får ulike uttrykk som for eksempel overkompensasjon i form av tøffhet, stolthet, og utagering, eller de trekker seg tilbake og får depressive symptomer som hodepine og magesmerter. Barn med flyktningbakgrunn sliter ofte med sorg og savn etter skader og tap i hjemlandet.

Tverrkulturelle grupper

For å hjelpe gutter og jenter med foreldre fra en annen kultur å tilpasse seg en norsk skolehverdag, får elever på Ringerike tilbud om å delta på tverrkulturell jente- eller guttegruppe.

Arbeidet med gruppene startet i 2010. Vi besøkte da Larvik, Drammen og Bærum for å se på deres arbeid i forhold til arbeidet med innvandrerbarn. Etter dette ble det laget et konsept på 10 samlinger for jenter i 5., 6. og 7. klasse her på Ringerike. Forutsetningen for å bli med var at jentene hadde en eller begge foreldre fra annet land. Etter hvert ble det også dannet egne guttegrupper.

Sølvi Bergerud, helsesøster for flyktninger, har 25 % av sin stilling rettet mot flyktningarbeidet

blant barn i Ringerike kommune. Midler til å drive gruppene er hentet fra Folkehelsemidler.

Målet for disse gruppene er:

- Gi kunnskap om psykisk helse, følelser og vanlige reaksjoner på det å bytte kultur og daglig pendel mellom ulike kulturelle arenaer og roller.
- Gi barna mulighet til å snakke om sine opplevelser.
- Bidra til å anerkjenne deres erfaringer og kompetanse.
- Motivere for økt fysisk aktivitet og sunn livsstil.
- Bidra til bedret selvfølelse og bevisstgjøring på egen mestringskompetanse.
- Bidra til økt trivsel.

Gjennom å:

- Skape en trygg og trivelig atmosfære.
- Støtte barn hvis foreldre ikke er i stand til å la barnet snakke om traumatiske opplevelser.
- La barna uttrykke seg med ord og bilder.
- Bekrefte at barnas opplevelser er viktige.
- Vise at voksne er i stand til å høre, og å klare å «containere» barnets historie.
- Normalisere følelser og opplevelser, og legalisere det å snakke om/gjøre til tema.
- Vise at andre barn har liknende erfaringer og følelser.
- Hjelp barna til å klare vanskeligheter.
- Snakke om ulike følelser og reaksjoner.
- Fortelle hvilke rettigheter barn og unge har.
- Gi gode friluftsupplevelser som motiverer til økt aktivitet, samhold og trivsel.



VENNSKAP: Mange deltakere i de tverrkulturelle gruppene har fått nye venner og trives bedre på skolen enn før. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

- Hjelp til å se hvordan alle temaene i helsesirkelen virker inn på trivsel og mestring.

Fra mange kulturer

Det er maks åtte barn per gruppe. Lærerne som kjenner barna, har gitt anbefalinger om hvem som kunne ha nytte av å være med. Flyktningkontoret har også gitt verdifull info. Vi har trengt tolk kun en gang, ellers har barna kunnet snakke godt eller såpass godt norsk at dette ikke har vært nødvendig. Vi har hatt barn fra Polen, Tsjetsjenia, Thailand, Kosovo, Kurdistan, Cuba, Liberia, Etiopia, Somalia, Iran, Kina, Filippinene, Russland, Island, Hvite Russland, Danmark og Palestina.

Deltakerne går i 5., 6. og 7. klasse. Det betyr to til tre år mellom den yngste og den eldste deltaker.

Tidspunktet er rett etter skoletid en fast dag i uka. For at barna ikke skal gå glipp av verdifull undervisning på skolen, velger vi å starte rett etter skoletid. Rektor ved skolen har stilt skolekjøkkenet til disposisjon slik at vi kan tilberede enkel mat og spise sammen. Barna vil lett være noe sultne rett etter en lang skoledag. På denne måten vil vi også kunne fokusere på sunne matvaner og matens betydning for trivsel og mestring. Noen av barna viste etter hvert også fram mat fra sin kultur.

For å gjøre tilbudet kjent, får elevene muntlig og skriftlig informasjon om gruppen av helsesøster på skolen. Etter hvert som gruppene ble kjent, ble det også lettere å rekruttere.

Jentegruppen

Den første jentegruppen gjennomgikk dette programmet:

1. Presentasjon av seg selv og familien sin. Tegne og male denne. Vise fram.
2. Trivselskart. Hva virker inn på hvordan jeg har det og hvem jeg er?
3. Hver og en presenterer landet sitt med sine spesielle tradisjoner. Hva er likt og ulikt? Male motiv fra hjemlandet.

«Flere melder om mindre mobbing.»

4. Gjennomgang og samtale om forskjellene på et individorientert samfunn og et gruppeorientert samfunn.
5. Venner.
6. Mestring. Hva er du flink til. Male. Samtale.
7. Film om FNs barnekonvensjon og barns rettigheter. Samtale om temaet. Tvangsgifting og omskjæring. Norsk lov i forhold til dette.
8. Meg og mine Ressurser. Hvordan har jeg det på de ulike arenaer i livet mitt?
9. Tur til Ringkollen. Grilling, aking og ski. Fysisk aktivitet og kosthold
10. Samtale om drømmer og framtid. Ønsker håp

og drømmer. Gruppen ble avsluttet med god mat og evaluering.

Flere av jentene ble fulgt opp med en individuell samtale med helsesøster underveis om hvordan de hadde det, og hvordan det var å være i gruppa.

Guttegruppen

Etter å ha gjennomført noen vellykkete jentegrupper dukket spørsmålet opp: Hvorfor ikke gruppe for guttene?

«Det er de som sliter med ting, som har størst glede av dette tilbudet.»

Det ble da viktig å finne en egnet mann til å være med som medleder, en med gode verdier og godt kvinnesyn.

Programmet inneholdt både fysisk aktivitet i gymsalen og mat på skolekjøkkenet. Vi har erfart at fysisk aktivitet ved siden av å gi samhold og glede, er viktig for å få guttene til å sitte roligere og fokusere på viktige temaer.

Vi startet med:

1. Pizza på skolekjøkkenet. Gjennomgang av gruppas regler og rammer. Hva vi vil og ønsker med gruppa vår? Alle tegnet familien sin og presenterte denne.
2. Kanonball og 2. verdenskrig i gymsalen. Mat på skolekjøkkenet. Tradisjoner og landkunnskap.
3. Ringeriksbadet.
4. Kanonball. Mat på skolekjøkkenet. Fortsettelse om tradisjoner. Alle maler en ting som betyr mye for dem.
5. Kanonball. Mat på skolekjøkkenet. Hva er psykisk helse?
6. Mat på skolekjøkkenet. Samtale om sunt kosthold. Bowling i bowlinghallen.
7. Tur til skileiken på Ringkollen. Hund, Grill og ake. Fysisk aktivitet, naturopplevelser.
8. Mat på skolekjøkkenet. Vennskap og individ og gruppeorientert samfunn. Kanonball i gymsalen.
9. Mat på skolekjøkkenet. Mestring og Hverdagen min. Kanonball i gymsalen.
10. Avslutning i skileiken på Ringkollen. Hund, naturopplevelser, grill, leik.
11. Boller, evaluering og liten film fra Ringkollen.

Vi har også hatt jentegrupper, med mye basengaktivitet, tur i skogen om våren og volleyball på stranda med grill. Vi ønsket å gi barna norske opplevelser slik at de hadde noe å relatere til når samtaler gikk i skolegården.

Det er viktig å være to voksne i disse gruppene. To til å organisere, se og bekrefte. Samlingene har vart i 1,5 timer, med unntak av når vi er på tur.

Evaluering

Evalueringen barna har gitt skriftlig og muntlig, er at flere melder om mindre mobbing, lettere på snakke om vansker, og lettere å konsentrere seg på skolen. Nye vennskap har blitt knyttet og økt trivsel erfart. Det har vært vanskelig å begrense gruppa til åtte deltakere, men fordi det kan være noe fravær, har vi åpnet for høyere deltakerantall. Dette har nok kanskje gått litt utover de fortrolige samtalen.

Vi har også erfart at barn som helsesøster har vært mest bekymret for, med tanke på integrering, har uteblitt. Særlig har dette vært enkelte barn fra tsjetsjenske familier. Ettersom gruppa har blitt kjent i miljøet, har det blitt lettere å rekruttere.

Det er særlig de nye barna og de som sliter med ting, som har størst glede av dette tilbudet. Når det har vært plass, har også barn med etnisk norske foreldre fått være med. Relasjonene som knyttes til helsesøster ved skolen gjennom dette, gir også grunnlag for eventuelle senere samtaler. Vi har vært bevisste på å få barn som ikke fra før har en fritidsaktivitet, over i aktiviteter de kunne tenke seg på fritiden. Gruppene har blitt svært populære og barna ønsker seg flere. Vi vil fortsette dette viktige arbeidet videre. ■



BILDE: Guttene og jentene tegner og maler, og bruker det som utgangspunkt for å fortelle om seg selv til gruppen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Pompe

Tidlig diagnose er viktig

- ▶ **Lysosomal avleirings sykdom¹**
- ▶ **Skyldes mangel på enzymet sur alfa glukosidase (GAA)¹**
- ▶ **Gir primært proksimal muskelsvakhet og respirasjonssvikt¹**
- ▶ **Kan behandles med Myozyme²**
- ▶ **Tidlig behandling kan bremse videre sykdomsprogresjon og organskade¹**

Myozyme «Genzyme»

Enzym

ATC-nc: A16A B07

PULVER TIL KONSENTRAT TIL INFUSJONSVÆSKE, oppløsning 50 mg: Hvert hetteglass inneholder 50 mg mannitol, natriumdihydrogenfosfatmonohydrat, dinatriumhydrogenfosfatheptahydrat, polysorbat 80. **Indikasjoner:** Langsiktig enzymerstatningsterapi (ERT) hos pasienter med en bekreftet diagnose på Pompes sykdom (syre-alfaglukosidase-mangel). I tillegg hos voksne og pediatriske pasienter i alle aldre. **Deserting:** Behandling overvåkes av lege med erfaring i behandling av pasienter med Pompes sykdom eller andre arvelige metabolske eller neuromuskulære sykdommer. Anbefalt dosering er 20 mg/kg kroppsvekt gitt 1 gang annenhver uke. Behandlingsresponsen må rutinemessig evalueres basert på sykdommens kliniske manifestasjoner. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Ikke anbefalt gitt, manglende data om sikkerhet og effekt. **Tilberedning:** Rekonstitueres med vann til injeksjonsvæsker og fortyntes deretter umiddelbart med natriumklorid 9 mg/ml infusjonsvæske. Fortynnet oppløsning skal administreres gjennom et 0,2 µm «in-line»-filter for å fjerne proteinstpartikler. Les pakningsvedlegget grundig for rekonstitusjon, fortyning og administrering. **Administrering:** i.v. infusjon. Administreres trinnsvis. Innledende infusjonshastighet på 1 mg/kg/time anbefales. Kan økes gradvis med 2 mg/kg/time hvert 30. minutt dersom det ikke er tegn til anafylaktiske reaksjoner (IRR) til maks. 7 mg/kg/time nås. **Kontraindikasjoner:** Livstruende overfølsomhet (anafylaktisk reaksjon) for noen av innholdstoffene, når reintroduksjon var mislykket. **Forsiktighetsregler:** Alvorlige og livstruende anafylaktiske reaksjoner, inkl. sjøkk, er sett ved sykdom i svært ung alder og ved sent oppstått sykdom. Umiddelbar seponering må da vurderes og relevant medisinsk behandling igangsettes. Relevante medisinske stoffetiltak, inkl. utstyr for hjerte- og lungeredning, må være tilgjengelig ved administrering. Gjeldende medisinske standarder for akutt behandling av anafylaktiske reaksjoner må overholdes. Klinisk status må vurderes nøye for administrering og pasienter overvåkes nøye. Tilfeller av IRR, forsinkede reaksjoner og mulige immunologiske reaksjoner skal rapporteres til firmaet. Svært unge pasienter behandlet med en høyere dose (40 mg/kg) har tendens til flere symptomer ved utvikling av IRR. Pasienter som får sykdommen i svært ung alder, og som utvikler høye IgG-antistoffer, har høyere risiko for hyppigere IRR. Ved akutt sykdom (f.eks. lungebetennelse, sepsis) på infusjonstidspunktet, er faren for IRR større. Pasienter som har opplevd IRR (spesielt anafylaktiske reaksjoner) må behandles med forsiktighet ved ny tilførsel. Milde og forbigående reaksjoner krever kanskje ikke medisinsk behandling eller seponering. Reduksjon av infusjonshastighet, midlertidig avbrutt infusjon, eller premedisinering med orale antihistaminer og/eller antipiretika og/eller kortikosteroider, har effektivt kontrollert de fleste reaksjoner. IRR kan oppstå under eller inntil 2 timer etter infusjon, og er mer sannsynlig ved høy infusjonshastighet. Ved fremskredne Pompes sykdom kan risiko for alvorlige komplikasjoner være høyere og krever nøye monitoring. De fleste pasientene utvikler IgG-antistoffer mot alfa-glukosidase, vanligvis innen 3 måneder etter påbegynt behandling. Antistoff-titere bør kontrolleres regelmessig. Pasienter som utvikler IgE-antistoffer ser ut til å ha høyere risiko for å få IRR ved ny administrering og skal derfor kontrolleres spesielt nøye. Vellykket reintroduksjon er sett ved administrering med den lavere infusjonshastighet og lavere innledende doser. Nefrotisk syndrom er observert, nyrebiopsi viste oppsamling av immunkomplekser. Regelmessige urinprøver anbefales hos pasienter med høye IgG-antistofftitere. Pasienten skal overvåkes mhp. tegn og symptomer på systemiske immunmedierte reaksjoner som omfatter hud og andre organer under behandling. Hvis immunmedierte reaksjoner oppstår bør seponering vurderes og passende medisinsk behandling innledes. Risiko og fordeler ved readministrering etter en immunmediert reaksjon bør vurderes. Hos noen pasienter har reintroduksjon vært vellykket og de har fortsatt å motta alfa-glukosidase alfa under tett klinisk tilsyn. Pasienter med Pompes sykdom har risiko for å få luftveisinfeksjoner pga. den progressive effekten av sykdommen på de respiratoriske musklene. Utprovning av administrering av immunosuppressive legemidler hos et lite antall pasienter er blitt utført i et forsøk på å redusere eller hindre utvikling av antistoffer mot alfa-glukosidase alfa. Fatale og livstruende luftveisinfeksjoner ble observert hos noen av disse pasientene. Behandling av pasienter med Pompes sykdom med immunosuppressive midler kan øke risikoen for å utvikle alvorlige luftveisinfeksjoner ytterligere, og årvåkenhet anbefales. Svimmelhet er rapportert på infusjonsdagen, og kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. **Interaksjoner:** Interaksjonsstudier er ikke utført.

Alfa-glukosidase alfa er et rekombinant humant protein, og er derfor en usannsynlig kandidat for cytokrom P-450-medierte legemiddelinteraksjoner. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Overgang i placenten er ukjent. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksiske effekter. Må ikke brukes ved graviditet med mindre det er strengt nødvendig. **Amming:** Kan skilles ut i morsmelk. Amming frarådes under behandling. **Bivirkninger:** Bivirkningsfrekvenser er basert på behandling av et lavt antall pasienter. **Tidlig oppstått sykdom:** Svært vanlig (≥1/10); Gastrointestinale: Oppkast, Hjerte/kar: Takykardi, rødming. Hud: Urticaria, utslett. Lufteveier: Takyne, hoste. Undersøkelser: Nedsatt oksygenmetning. Øvrige: Pyreksi. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Brøkninger, kvalme. Hjerte/kar: Cyanose, hypertensjon, pallor. Hud: Enytem, utslett (makuløst, papuløst, makulopapulært), pruritus. Neurologiske: Tremor. Psykiske: Agitasjon. Undersøkelser: Økt hjertefyrme, økt blodtrykk, økt kroppstemperatur. Øvrige: Irritabilitet, frysninger. **Sent oppstått sykdom:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré, oppkast, kvalme. Hjerte/kar: Rødming. Hud: Urticaria, papuløst utslett, pruritus, hyperhidrose. Immunsystemet: Overfølsomhet. Lufteveier: Fortettinger i hals. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer, muskelsammmentrekninger, myalgia. Neurologiske: Svimmelhet, parestesier, hodepine. Undersøkelser: Økt blodtrykk. Øvrige: Pyreksi, ubehag i brystet, perifer ødem, lokale hevelser, fatigue, varmeløsele. **I tillegg er følgende sett ved både tidlig og sent oppstått sykdom:** Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Gastrointestinale: Magesmerter, brøkninger, Hjerte/kar: Hjertestans, bradykardi, takykardi, cyanose, hypertensjon, hypotensjon, vasokonstriksjon, pallor. Hud: Periorbital ødem, livedo reticularis, økt tåredannelse, utslett, erytem, hyperhidrose. Lufteveier: Pustestopp, åpne, pustevansker, bronkospasme, hiving etter pusten, faryngsødem, dyspné, takypné, fortettinger i hals, stridor, hoste. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi. Neurologiske: Tremor, hodepine. Nyre/urinveier: Nefrotisk syndrom, proteinuri. Psykiske: Agitasjon, rastløshet. Undersøkelser: Nedsatt oksygenmetning, økt hjertefyrme. Øye: Konjunktivitt. Øvrige: Brystsmerter, ansiktssødem, varmeløsele, pyreksi, frysninger, ubehag i brystet, irritabilitet, perifer kulfølelse, reaksjon på infusjonsstedet, inkl. smerter. <1% utviklet anafylaktisk sjøkk og/eller hjertestans under infusjonen. Reaksjonene inntraff generelt kort tid etter infusjonsstart og symptomene var av respiratorisk, kardiovaskulær, ødematos og/eller kutan art. Tilbakevendende reaksjoner bestående av influensalignende sykdom eller en kombinasjon av hendelser som feber, frysninger, myalgia, artralgi, smerte eller utmatteles som opptrer etter infusjon og som vanligvis varer i noen dager, er observert. Flertallet av pasientene tålte rekonstruksjon for alfa-glukosidase alfa, enten ved bruk av lavere doser og/eller med forbehandling med antiinflammatoriske midler og/eller kortikosteroider, og har fortsatt behandlingen under nye kliniske oppfølging. Noen pasienter med moderat til alvorlig eller tilbakevendende IRR har testet positivt for alfa-glukosidase alfa-spesifikke IgE-antistoff. Nefrotisk syndrom, alvorlige hudreaksjoner, mulig immunforverring, er sett, inkl. ulcerose og nekrotiserende hudlesjoner. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen erfaring. Doser opp til 40 mg/kg er gitt i kliniske studier. **Egenskaper:** Klassifisering: Alfa-glukosidase alfa er en rekombinant form av human syre-alfaglukosidase. **Virkningsmekanisme:** Gjenoppretter lysosomal GAA-aktivitet og medfører stabilisering eller restaurasjon av hjerte- og skjelettmuskelfunksjon (inkl. respirasjonsmuskulatur). Farmakokinetikken for alfa-glukosidase alfa er ikke tidshavhengig. **Absorpsjon:** Tidlig oppstått sykdom: C_{max}: 178,2-263,7 µg/ml ved doser på hhv. 20 og 40 mg/kg. AUC for tilsvarende doser varierte i området 977,5-1872,5 µg × time/ml. Sent oppstått sykdom (ved 20 mg/kg annenhver uke, målt etter 52 uker): C_{max}: 370±88 µg/ml. AUC 2700±1000 µg × time/ml. **Fordeling:** Tidlig oppstått sykdom: Distribusjonsvolum: 66,2 ml/kg. Sent oppstått sykdom: Distribusjonsvolum: 896±1154 ml/kg. **Halveringstid:** Tidlig oppstått sykdom: Plasmanalveringstid: 2,3 timer. Plasmaclearance: 21,4 ml/min/kg. Sent oppstått sykdom: Effektiv halveringstid: 2,5±0,4 timer. Clearance: 8,2±2,4 ml/min/kg. **Oppbevaring og holdbarhet:** Bør brukes umiddelbart etter fortyning. Kjemisk og fysisk brukstabilitet er imidlertid vist for 24 timer ved 2-8°C når det oppbevares beskyttet mot lys.

Basert på SPC godkjent av SLV: 18.12.2013

Pakninger og priser: Pulver til konsentrat til infusjonsvæske, oppløsning: 1 stk. (hettegl.) varenr 043015, kr 4696,00

Sist endret: 20.01.2014

Referanser:

1. Ploeg AT, Reuser AJJ. Pompe's disease. Lancet 2008; 372: 1342-53
2. Myozyme SPC 18.12.2013

genzyme

A SANOFI COMPANY

sanofi-aventis Norge AS · Strandveien 15 · Postboks 133 · 1325 Lysaker · Tlf.: 67 10 71 00 · Faks: 67 10 71 01 · www.genzyme.no

Skolen skal fange opp barn som sliter

I Stavanger samarbeider familierapeuter med to skoler. Målet er å gi hjelp til barn som sliter fordi det er rusmisbruk eller psykisk eller somatisk sykdom i familien.



FOTO: NAPH

Av **Lise Rasmussen**,
familierapeut ved Pårø-
rendesenteret i Stavanger

To skoler er med i prosjektet, som er et samarbeid mellom representanter fra helsestasjonens familiesenter i Stavanger, fagkonsulent for barn og unge ved Pårørendesenteret i Stavanger og helsesøster på skolene. Prosjektet bygger på Helseledelse og veileder «*Fra bekymring til handling*»

Familierapeuter er opptatt av å se barn og unge i lys av de relasjonene barna står i. På skolen tenker vi at dette perspektivet lett kan forsvinne i læreplaner og alle de kravene som stilles til ansatte i skolen. Lærere og miljøarbeidere er de som møter barn og unge på skolearenaen. Måten de ser og opplever barn og unge i deres hverdag, kan gi viktig informasjon til andre i hjelpeapparatet. At lærere og andre i skolen har en arena der de fritt kan drøfte bekymringer knyttet opp til den enkelte elev, vil ha stor betydning når det gjelder å komme tidlig inn.

Enige om hensikt

Når man skal arbeide med barn og unge i skolen, er det viktig at det er lagt til rette for et godt samarbeid. Det må være informert om prosjektet på en god og informativ måte. For at man skal kunne arbeide på denne nye arenaen, må det eksistere en felles tro på at dette har en hensikt og kan være nyttig for alle parter.

Å finne en samarbeidspartner som tror på prosjektet, er veldig viktig. Vi opplevde oss svært velkomne i skolene, rektorer og ledelse synes at tilbudet var

nyttig. Det viste seg likevel at helsesøster ble den viktigste personen for oss. Hun er den som bygger bro mellom skolen og familierapeutene. Hennes gode samarbeid med skolen, og det at hun blir tatt på alvor av kollegene der, viste seg å være viktigere enn vi i utgangspunktet hadde sett for oss. Helsesøster opplevde oss som likeverdige partnere, og at vi var til hjelp og avlastning for henne. Dette er også et viktig moment for at et slikt prosjekt skal overleve.

Suksessfaktorer med helsesøster:

- Rekruttere: At helsesøster har hatt en avgjørende rolle når det gjelder rekruttering av barn og unge og deres familier.
- Anbefale: Prosjektet har vært avhengig av at helsesøster har anbefalt familierapeutenes tilbud, laget avtaler og invitert foreldre med i samtaler der dette har vært ønskelig.
- Samarbeide: Det er sentralt at helsesøster har et godt samarbeid med lærere, miljøarbeidere, inspektører og rådgivere i skolen. Det er disse som ser barna og de unge mest, og man er avhengig av at de vide reformidler og drøfter sine bekymringer.

I den ene av de to skolene som er med i prosjektet, har vi vært med på samarbeidsmøter med miljøpersonalet og uteseksjonen. Da har vi drøftet ungdommene på tvers av arbeidssteder og blitt enige om hvordan vi best kan fordele og samarbeide til ungdommens beste.

Ingen problemstilling er for liten

I veilederen «*Fra bekymring til handling*» tar man utgangspunkt i at personer som står nær barn og unge, ofte mangler andre personer og samarbeidspartnere man kan drøfte en gryende uro eller bekymring rundt det enkelte barn med. I dette prosjektet har vi ønsket å formidle at alle de ansatte i skolen er velkomne til å drøfte denne uroen med oss som fagpersoner.

Ingen problemstilling er for liten, ingen er for stor. Hvis vi ser at det er viktig å sluse bekymringen eller uroen videre til andre instanser, hjelper vi gjerne den enkelte lærer eller ansatte med dette. Dette kan være å sende bekymringsmelding til barnevernet, å henvise til spesialisthelsetjenesten, som barne- og ungdomspsykiatrien, å samarbeide med skolens ledelse eller å gi foreldre beskjed om at de må bestille time hos fastlegen for å få en henvisning.

Drøfte atferdsendringer

Voksnes forestilling og forståelse av hvorfor barn og unge viser en avvikende atferd, enten ved at de blir mer utagerende eller trekker seg mer tilbake eller på annen måte endrer atferd, kan lett bli mistolket eller underkjent hvis man ikke har en arena for å drøfte det.

Vi ønsker at lærere og andre ansatte på skolene kan bringe bekymringer de har for elevene, til oss. Vår kunnskap om familier kan gi dem nye innfallsvinkler og muligheter i møte med den enkelte. Ved at vi åpent drøfter elevens atferd, kan vi se dette med vårt blikk, et blikk som også tar med familien og er nysgjerrige på hva som skjer på den arenaen. Vi vet at barn og unges endrede atferd ofte skyldes hendelser i familien.

Familier og samspill

Vår målgruppe er først og fremst barn og unge og deres familier. Vi ønsker at vår kunnskap om familier og deres samspill, skal ha et fokus også i skolen. Barn og unges oppvekst er preget av hendelser og samspill i deres familier.

Vi ser at barn og unge som har mistet en av sine nærmeste, kan bruke lang tid på å bearbeide sorgen sin, og ofte har god nytte av å få hjelp til dette. Vi erfarer også at skilsmisse og samlivsbrudd kan føre til vansker for elevene. Når noen i familien er alvorlig syke, enten somatisk eller psykisk, kan det føre til at elever mister konsentrasjonen på skolen. Vi ser også at barn som ikke har fått gode forklaringer og synes at viktige hendelser tilbake i tid er uforståelige og ikke skaper mening, kan slite i mange år etterpå.

Ønsker å skape tillit

I arbeidet vårt har vi tatt i bruk ulike hjelpemidler som for eksempel narrative metoder. Vi har tegnet «livets tre» og hatt familiesamtaler. Vi har forsøkt å være løsningsorienterte, og ønsker at vår kontakt skal være kreativ og fleksibel. Noen elever har syntes det har vært skummelt å komme alene, og har derfor valgt å ha med en venn. Andre har møtt oss sammen med lærer eller miljøpersonell. Mange har også kommet til samtale sammen med mor og/eller far.

Vi ønsker å være voksne som barn og unge kan ha tillit til. Vi vil at de skal oppleve at vi hører på deres forklaring og at vi er nysgjerrige på deres tanker om hva som kan hjelpe når de opplever problemer med fysisk og/eller psykisk sykdom, og/eller problemer med rus i familien.

Vi må våge å spørre

Håpet er at denne artikkelen skal sette fokus på å komme enda tidligere inn, og bidra til at barn og unge kan bli møtt og sett av mennesker de møter til daglig på sin egen arena. Alle barn og unge i Norge skal gå på skole, derfor tenkte vi at dette er en god arena for å møte dem som ikke allerede er i hjelpeapparatet.

Personer som står barn og unge nær, skal våge å se dem og våge å spørre, slik at barna kan få noen å snakke med om det som er vanskelig. ■

Om prosjektet

- Et samhandlingsprosjekt mellom to skoler, representanter fra helsestasjonens familiesenter i Stavanger, fagkonsulent for barn og unge på Pårørendesenteret i Stavanger og helsesøster på skolene.
- Startet i 2011, er nå utvidet til å gjelde også skoleåret 2013–2014. Prosjektet blir regelmessig evaluert.
- Målet er å implementere veilederen «*Fra bekymring til handling*» inn i skolehverdagen. Familieterapeutene ønsker å komme enda tidligere inn i saker der barn og unge lever i familier der man har det vanskelig.
- Handler om at familieterapeuter fra helsestasjonens familiesenter og Pårørendesenteret kan gå inn i skolen og dele kunnskap gjennom refleksjon og åpne drøftinger rundt elever. Terapeutene tilbyr sine spesifikke teorier og metoder når det gjelder å snakke med barn og deres familier.
- Lærere og skolens ansatte kan drøfte saker anonymt. Men når man går inn i konkrete saker, er det viktig at foresatte og foreldre er informert og samtykker i dette.
- Man har fokus på at alle som ønsker det skal få et tilbud.



Guttekonferansen kommet for å bli!

Kjære gutter! Denne dagen har jeg tru på, og denne dagen er bare for dere ...



Av Ragne Stendal kaupang, helsesøster ved Røyken videregående skole

Nr. 1 av Tidsskriftet for helsesøstre fortalte Mildrid Stien helsesøster for Helsestasjon for gutter i Asker om hvilke tiltak de hadde gjort for å nå frem til guttene. Vi i Røyken har lyst til å formidle videre hvordan man kan bli inspirert av å høre hvordan andre kommuner arbeider, og hvilke ringvirkninger dette kan få. Hensikten med denne artikkelen er også å vise hvor viktig det er at vi deler våre erfaringer på tvers av kommunene. Det er viktig at vi ikke «sitter på hver vår kant», men gjør hverandre gode.

Jeg har jobbet som helsesøster på videregående skole i flere år, og har i denne perioden brukt tid og ressurser på hvordan jeg på en best mulig måte kan bruke ressursene til guttene på skolen. Selv om det er mange gutter som kommer til meg for samtale er allikevel den største andelen jenter. Dette samsvarer med statistikk som viser at gutter bruker hjelpeapparatet mindre enn jenter og de har vanskeligere for å snakke om følelser.

Guttegruppe

Høsten 2013 fikk jeg økt helsesøsterressursene

mine på skolen fra 30 % til ca. 60 %. Dette betydde mer frigjort tid til arbeidet med blant annet å få guttene på «banen». Siden høsten 2009 har helsesøster sammen med veileder på skolen drevet jentegruppe. Dette har vært et spennende og meningsfylt arbeid. Gruppen har gått over 6 ganger med fokus på temaer som: Selvfølelse/ selvtillit og identitet, krav/press, familie/venner, kropp/seksualitet og forelskelse, og til slutt karriere/framtid og drømmer

Jeg hadde lenge ønsket å få til en tilsvarende gruppe for guttene. Høsten 2013 var alt planlagt og klart for oppstart av guttegruppe i samarbeid med miljøarbeider på skolen. Resultatet ble 1 påmeldt gutt og vårt lille prosjekt ble lagt på is.

Jeg hadde hørt om de vellykkete guttekonferansen i Asker, et tilbud til gutter i 10. trinn, og henvendte meg derfor til Asker for råd og tips.

Henvendelsen resulterte i at helsesøster og veileder på skolen Anne Torbjørg Raastad-Hoel reiste av gårde for å hospitere på guttekonferansen som arrangeres i forbindelse med dagen for psykisk helse.

Vi ble umiddelbart inspirert og tenkte at dette måtte vi få til på vår skole også.

Siden jeg er helsesøster på Røyken videregående skole, løftet vi dette arrangementet opp et nivå fra ungdomsskolen til videregående skole.

Tirsdag 11. februar 2014 hadde Røyken videregående skole for første gang en guttekonferanse for alle guttene i vgl, i alt 150 elever.

Planlegging og erfaringer

I planleggingsprosessen fikk vi bare positive og støttende tilbakemeldinger fra skolens ledelse. I ettertid ser jeg at det har vært helt nødvendig å ha et nært samarbeid med skolen for å gjennomføre en slik dag. Veilederne på skolen kjenner skolen og skolens struktur på en helt annen måte en hva jeg som helsesøster gjør. Det opplever jeg har vært helt avgjørende for informasjonsflyt både til lærere og elever på skolen. Det at også rektor så betydningen av å gjennomføre en slik dag, og valgte å bruke økonomiske midler, gjorde dagen mulig. Skolens argument for å gjennomføre guttekonferansen var blant annet et tiltak for å ivareta elevenes psykososiale miljø (jf. Skolens mobbeplan og opplæringslov §9 a). Guttekonferansen ble holdt i forbindelse med «Vi-uka» på skolen, en uke med fokus på fellesskap.

En hel dag ble satt av til guttekonferansen, fra kl. 09–1400. Ved konferansens slutt fikk guttene lov til å gå hjem som en liten gest. Jentene gjennomførte vanlig skole denne dagen. Som tidligere nevnt har vi brukt erfaringer fra guttekonferansen i Asker i arbeidet med å gjennomføre arrangementet. Vi benyttet oss blant annet av å bruke foredragsholderne Jan de Lange fra Antidoping Norge, «Hvorfor brukes doping?» og Francois Elsafadi, «Venner for livet», om vennskap, samhold og ensomhet som Asker har prøvd ut før, med god erfaring.

I tillegg til foredrag var planen at vi skulle ha kulturelt innslag fra guttene selv. Da vi ikke fikk noe respons fra elevene benyttet vi oss av en amatørartist som i tillegg jobber som politi. Han hadde noen gode innledninger til sine sanger som jeg tror stimulerte guttene til refleksjon.

Med denne dagen ønsket vi blant annet å presentere og ufarliggjøre hjelpeapparatet som allerede finnes på skolen for elevene. En fin måte å gjøre det på var å ha stands i pausene. Vi hadde i alt 4 stands: Veilederne på skolen, helsestasjon for ungdom og skolens helsesøster, biblioteket med guttelitteratur, og eksternt hadde vi BRIS (et kompetanse- og støttesenter mot incest og seksuelle overgrep.) Psykisk

helse hadde dessverre ikke mulighet til å stille på stand denne dagen.

En av skolens veiledere var konferansier for dagen. Jeg som helsesøster hadde en innledning hvor jeg blant annet sa noe om målet for konferansen.

«Alle har vi en psykisk helse som trenger stell, alle har vi følelser, også de vi ikke liker å snakke om. Det er normalt å streve iblant. Hvis denne dagen kan gjøre det litt lettere, og begynne å sette ord på det, så har vi kommet et godt stykke på vei ...»

Rektor holdt en kort tale hvor hun blant annet sa noe om at Røyken videregående skole er den første skolen i Buskerud som gjennomfører guttekonferanse for alle guttene på vgl.

Evaluering

I etterkant har guttene som deltok på konferansen på Røyken videregående skole evaluert begge foredragene svært positivt.

En gutt beskriver det slik: «Det har vært lærerikt og interessant. Fikk veldig viktig kunnskap som jeg tar med meg resten av livet mitt».

Utover dette har 96,2 % av alle guttene som har svart på evalueringen av konferansen, svart ja på at de er glade for at de fikk delta på guttekonferansen. På spørsmål om de vil anbefale oss å arrangere guttekonferanse flere ganger svarer 96,2 % ja.

Som helsesøster opplever jeg at guttekonferansen har vært en riktig måte å bruke ressurser på i den videregående skole. Skolehelsetjenestens sitt fokus skal være å drive helsefremmende og primærforebyggende arbeid som blant annet innebærer gruppevirksomhet.

«En hel dag ble satt av til konferansen.»

Et ønske er at dette skal bli en årlig hendelse på skolen slik at vi til slutt når alle guttene. Som helsesøster tenker jeg at guttekonferansen er en arena hvor guttene blir tatt på alvor og kan kjenne seg komfortable i møte med vanskelige og følsomme temaer.

Hjelpeapparatet kommer til dem når ikke guttene i like stor grad er gode på å oppsøke hjelpeapparatet.

Målet er at vi alle må bli mer bevisst på at vi alle har en psykisk helse som trenger å bli tatt vare på, alle har vi følelser, også de det ikke er like lett å snakke om. Det er normalt å streve iblant. Hvis guttekonferansen kan gjøre det litt enklere å begynne å sette ord på dette så har vi kommet et godt stykke på vei i det forebyggende arbeidet. ■

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 tarmfunksjon¹

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

200 millioner – grip muligheten!

LEDERSTAFETTEN

Regjeringen foreslår i kommuneproposisjonen å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten med 200 millioner kroner. Det er gledelig.

■ Lederstafetten skriver helsesøstre i lederstillinger om aktuelle tema. Stafettpenningen sendes videre i hvert nummer.



Av **Astrid Grydeland Ersvik**,
tidl. leder Landsgruppen
av helsesøstre NSF



Av **Kristin Sofie Waldum**,
leder Landsgruppen
av helsesøstre NSF

Heller ikke denne gangen er midlene øremerket. Det betyr at ledere og helsesøstre må kjenne sin besøkelsestid.

Det bevilges også 200 millioner til psykisk helse og rus, og bevilgningene kommer i tillegg til øvrige tilskuddsordninger som eksempelvis kommunepsykologer. Så snart fordelingen til kommunene er gjort kjent, vil den bli publisert på LaHs nettsider. Det er grunn til å tro at den vil følge fjorårets fordelingsnøkkel.

Fjorårets 180 millioner kroner til styrking av helsestasjons- og skolehelsetjenesten kom som såkalte frie midler til kommunene, og undersøkelser som tidsskriftet Sykepleien har gjort tyder på at ca. halvparten av kommunene brukte midlene slik de var tenkt. For at tjenesten faktisk skal få en større andel av de nye 200 millionene, har helsesøstre og spesielt ledere av tjenesten en viktig samfunnsaktørjobb å gjøre de nærmeste månedene. Det er ingen tid å miste om vi skal kunne påvirke lokale politikere og administrasjon i de kommunale budsjettprosessene. Det er for seint å komme på banen når kommunebudsjettet skal behandles til høsten, eller i ettertid klage over manglende prioritering. Derfor er vår klare oppfordring at dere utarbeider dokumentasjon og argumentasjon til lokale beslutningstakere – nå!

Vis til hva regjeringen mener

Legg frem dokumentasjon på helsetilstand og utfordringsbilde blant barn, ungdom og barnefamilier i din kommune eller bydel, pek på nasjonale føringer i din kommune eller bydel, pek på nasjonale føringer for hva tjenesten skal gjøre, vis til foreslåtte normtall og hvordan dere ligger an i forhold til disse. På regjeringens nettside kan vi lese uttalelser dere gjerne kan vise til:

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste er en viktig helsefremmende og forebyggende tjeneste. Tjenesten er i dag ulikt dimensjonert i kommunene.

– Jeg er opptatt av å tilby gode, tilgjengelige og tverrfaglige tjenester til barn og unge i kommunene. Helsesøstre er en svært viktig aktør, men kommunene kan også ha behov for å styrke tilgangen til andre personellgrupper knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som jordmor, fysioterapeut og psykolog, og helsestasjonslege. Vi må se på tjenestene til barn og unge som en helhet, sier Høie.

Forslaget med å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten med ytterligere 200 millioner kroner i 2015 vil kunne innebære om lag 300–350 nye årsverk, avhengig av hvilken yrkesgruppe det er snakk om. Styrkingen vil blant annet kunne gjøre skolehelsetjenesten mer tilgjengelig ved økt tilstedeværelse slik at elevene lettere kan nå tjenesten.

Helt fersk amerikansk forskning viser at for hver dollar som investeres i skolehelsetjenesten sparer samfunnet mer enn to dollar, enda et godt argument. ■

Skaff deg mer kunnskap

På LaH NSF's nettsider www.nsf.no/helsesostre har vi lagt ut noen referanser og lenker du gjerne kan vise til i din dokumentasjon. Her vil vi kort nevne:

- Tilsynsrapportene Helsestasjonen – hjelp til rett tid? Og Styre for å styrke finner du på www.helse-tilsynet.no
- NIBR-rapport 2011:25 Den vanskelige samhandlingen, som påpeker effekt av satsingen på helsestasjons- og skolehelsetjenesten i form av færre alvorlige barnevernssaker, se www.nibr.no
- Barneombudets fagrappport 2013 Helse på barns premisser – med et eget kapittel om skolehelsetjenesten, se www.barneombudet.no
- Cost-Benefit Study of School Nursing Services <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1872779>

Vil gi ungdommen bedre selvfølelse

Vi er så heldige at vi jobber i en kommune der frivillige og innbyggerne bidrar på alle arenaer for at innbyggere skal oppleve å ha en best mulig livskvalitet.

Av **Hege Mårtensson**, helsesøster i Ungdomshelsetjenesten i Øvre Eiker. Leder for «Du er unik» kampanjen

Lene T. Hansen, tjenesteleder for Familiesenteret i Øvre Eiker

Øvre Eiker kommune fikk nylig Europeisk utmerkelse for godt styresett og innbyggerinvolvering.

I 2014 var ungdomshelsetjenesten så heldige at handelsstanden i kommunen valgte å gi overskuddet fra «damenes aften» til arbeid med ungdom og selvfølelse. Gjennom salg av refleksbånd, bidrag fra næringslivet og foreninger har det blitt samlet inn omkring 100 000 kroner.

Dette ga ungdomshelsetjenesten en ekstra mulighet til å sette selvfølelse på dagsorden og gjøre noe felles rettet mot all ungdom i Øvre Eiker. Etter mange års arbeid med ungdom, vet vi at god selvfølelse er en viktig beskyttelsesfaktor for å møte utfordringer i livet. Forskning viser at ungdom med lav selvfølelse oftere har risikoatferd i forhold til seksualitet, rus, og oftere utvikler angst og depresjoner. Dette øker også risikoen for å falle ut av videregående skole, noe som er et av de største sosioøkonomiske og helsemessige utfordringer vi står overfor. (Folkehelseinstituttet, 2013)

Øvre Eiker deltok i ungdomsundersøkelsen ungdata.no våren 2013. Den viser at mye er bra i vår kommune, men mange ungdommer sliter med depressive tanker, opplevelse av håpløshet, ensomhet og lav selvfølelse.

Kampanje

På bakgrunn av dette ønsket ungdomshelsetjenesten å gjennomføre en kampanje for elever på 8. og 9. trinn, som vi valgte å kalle «Jeg er unik - og det er du også».

Vi startet arbeidet med å sette ned en arbeidsgruppe, bestående av en helsesøster på hver ungdoms-

skole, leder for ungdomstiltaket 15 – 24 ressursteam, ungdomskontakten, en ungdom fra videregående skole, samt leder for handelsstanden. Arbeidsgruppa har igjen samarbeidet med sosialfaglige og avdelingslederne på ungdomsskolen.

Det viktigste arbeidet med å styrke barn og unges selvfølelse er det som gjøres i det daglige, i skolen og på hjemmearenaen. Kampanjen ga oss mulighet til å gjøre noe ekstra, noe som skiller seg ut, og sette særlig fokus på temaet over en begrenset tidsperiode som ville nå ut til all ungdom.

Kick off

Kampanjen pågikk mellom vinterferien og påskeferien. Som en Kick off på kampanjen ble det holdt et felles foredrag med tema «selvfølelse og selvtilit» på alle ungdomsskolene for alle elever og lærere med Francois Esalfadi. Ungdomshelsesøstre og ungdomskontakten besøkte alle klassene på de tre ungdomsskolene under kampanjen og underviste 60 min med tema: «Hva kan jeg gjøre for meg selv og andre for å styrke egen selvfølelse?»

Vi viste en film med tema mobbing, gruppepress, vennskap og baksnakking, og gjennomførte diskusjoner og gruppearbeid i ettertid. Tema nettvett sto også på timeplanen. Elevene jobbet godt med dette, og foreldre ble invitert til det samme foredraget på kveldstid. Vi trykte opp plakater med ulike budskap på tema selvfølelse og vennskap. I løpet av denne perioden opplevde elevene at undervisningen og noen av fagene hadde ekstra fokus på tema som selvfølelse, hvordan vi er mot oss selv og andre, både i fritiden og på skolen, nettvett og mobbing. Ulike budskap på



SLITER: Mange ungdommer sliter med depressive tanker.

plakater og digitale skjermer var synlig på skolene. Foreldre mottok mobilskole SMS med påminnelse om den pågående kampanjen, små tekster, utsagn om hva foreldre kan gjøre for å bedre sitt barns selvfølelse.

God selvfølelse

Målet med kampanjen var å bidra til å øke fokus på viktigheten av en god selvfølelse, og at hver enkelt ungdom kunne reflektere over «Hva kan jeg gjøre for meg selv og andre for å styrke egen selvfølelse».

I arbeidet med å forme innholdet på kampanjen ble det lagt vekt på at opplegget kan videreføres i arbeidet for å styrke ungdoms selvfølelse fra år til år, uten at undervisningsopplegg og arbeidsmapper, skal koste mye penger i årene framover.

Elevene har fått en «bra-bok», der de skal skrive ned positive egenskaper hos seg selv, og ting de er glad for. Tanken var å bevisstgjøre ungdommene i forhold det som faktisk er bra, istedenfor å fokusere på det de ønsker var annerledes, eller som de er misfornøyd med. Elevene jobber fortsatt med dette, så vi er ikke helt i mål med tilbakemeldinger og evaluering.

På en av ungdomsskolene valgte man å starte et prosjekt i kunst og håndverksfaget, der elevene sammen skulle skape en installasjon. Her skulle elevene presentere seg selv med bilde og gode egenskaper, på en dekorert melkekartong.

Mange elever har gitt uttrykk for at de synes det er et viktig tema å jobbe med, og vi ser at flere oppsøker helsesøster i ettertid for å snakke videre om sin egen selvfølelse og psykisk helse. Det har åpnet opp for nye tanker og refleksjoner.

Over lang tid

Skal man jobbe med elevers selvfølelse må man jobbe over lang tid. Selv om fem uker er en kort periode, velger vi å tro at bare ved å sette fokus på dette, sender vi viktige signaler til elevene om at de er flotte, unike og verdifulle. Og vi setter kanskje i gang refleksjoner de ikke ville ha vært bevisst om hvis vi ikke tok opp dette tema.

Det er første gang vi gjennomfører noe slikt, og vi får jo nye ideer om hele tiden om hvordan vi kan gjøre dette enda bedre en annen gang. Vi ser at det er avgjørende å ha et godt samarbeid med skolen. Lærereplanene inneholder mange mål og retningslinjer, og mange vil at mye skal inn på timeplanen. Vi som jobber med ungdom vet at god psykisk helse skaper gode forutsetninger for et godt læringsmiljø, mens det motsatte hindrer læring. Utdanningsdirektoratet påpeker også dette, som vesentlig i skolen: (http://www.udir.no/Laringsmiljo/helse_i_skolen/Om-psykisk-helse/).

Vi ønsker at ungdom skal ha det bra med seg selv, og andre, både på skolen, og ellers i livet. Skolen er en arena der vi når samtlige ungdommer, og derfor er

«God selvfølelse viktig for å møte utfordringer i livet.»

det en gyllen mulighet for oss å sette fokus på psykisk helse, med en positiv tilnærming, i en periode.

En elev med god psykisk helse er i en tilstand som gjør at hun kan nå de målene hun setter seg. Dårlig psykisk helse gjør at eleven ikke er i læringsposisjon. ■

10-årsjubileum for smittevern

Torsdag 6. november 2013 arrangerte undertegnede for 10 året på rad fagdag for helsesøstre som arbeider med smittevern. .

Fagdagen er et gratis nasjonalt kursstilbud til helsesøstre som arbeider innen smittevern og dagen avholdes i Oslo. Jubileumsdagen ble arrangert i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt som stilte to foredragsholdere og auditorium til rådighet. Landsforeningen for hjerte- og lungesyke ga økonomisk støtte til lunsjen sammen med Landsgruppen av helsesøstre NSF, som ved tildeling av faglig stipend til kursansvarlige helsesøster.

Kurset er godkjent av Norsk Sykepleierforbund som meritterende for godkjenning til klinisk spesialitet i sykepleie/spesialsykepleie med totalt 6 timer.

Årets program var:

- SCID – medfødt alvorlig kombinert immunsvikt og konsekvenser for levende barnevaksiner.
- Tuberkulose tilfelle hos ansatt i barnehage, smitteoppsporing og forebyggende behandling.
- Tuberkulose tilfeller rundt utbruddet ved Bårdar danseakademi, smitteoppsporing.
- Forekomst av hepatitt A i Norges største barnehage. Hvilke smitteforebyggende tiltak iverksettes.
- EHEC – enterohemoragisk e.coli situasjonen i Norge. Smitteverntiltak ved enkelttilfeller og under utbrudd.

Tildelingen av faglig stipend fra Landsgruppen av helsesøstre NSF innebærer

en tilbakemeldingsplikt i form av en faglig artikkel i Tidsskrift for Helsesøstre. I denne artikkelen vil jeg fokusere på ett av temaene fra fagdagen nemlig SCID.

Forekomst

SCID (Severe Combined Immunodeficiency) - alvorlig kombinert immunsvikt, er et samlebegrep for 20 genetiske tilstander som alle er en primær immunsvikt. Det definerende kjennetegnet er vanligvis alvorlig defekt både i T- og B-lymfocyt systemene (1). Det betyr at det er ingen funksjonelle T-celler til stede og ingen modning av T-celler i thymus. Barn med SCID fødes uten at det er tegn til at de lider av en alvorlig livstruende tilstand. Først når barnet er noen måneder gammelt, begynner det å vise tegn til sykdom ved at de får flere alvorlige opportunistiske infeksjoner, feber, oppkast, kronisk diaré og «failure to thrive» med dårlig vektøkning og generelle tegn på mistrivsel (2).

Forekomsten av SCID er ukjent, men historisk er den estimerte forekomsten 1:75 000 - 1:100 000 levende fødte. For Norge vil det tilsi 1-2 barn pr. år (3). I den senere tid har dette tallet blitt re-evaluert på grunn av utvikling av DNA-basert nyfødt screening for T-celle reseptor (TREC). SCID er en genetisk arvelig tilstand og forekomsten av tilstanden er signifikant høyere i deler av verden hvor slektskap mellom barnets foreldre er kulturelt akseptert. Saudi-

Arabia har den høyeste forekomsten av SCID med 1:5 000 levende fødte (2).

Trebarn

Pr. 6. november 2013 har Rikshospitalet diagnostisert tre barn innværende år med SCID uten nyfødtscreening, slik at forekomsten av mørketall er antatt å være større enn estimatet (4).

SCID kalles ofte «boble gutt sykdommen» og ble allment kjent i løpet av 1970-tallet og 80-tallet da verden fikk vite om David Vetter.

David ble født med den vanligste formen for SCID som bare rammer gutter, da det er knyttet til X-kromosomet, såkalt autosomal resessiv arvegang med et gen både fra mor og far. Hans eldre bror hadde tidligere dødd av SCID og familien fikk beskjed om at det var en 50 % sjanse for at David også hadde SCID. Derfor ble han forløst med keisersnitt og 20 sekunder etter fødselen ble han plassert i en spesialkonstruert bakteriefri boble som han levde i resten av sitt 12 år gamle liv. Han døde i 1984 av lymfom forårsaket av et Epstein-Barr virus 4 måneder etter at han hadde mottatt en beinmargstransplantasjon (5).

Første leveår

Uten behandling dør SCID barna i løpet av første leveår, vanligvis udiagnostisert og ubehandlet av infeksjoner (2). SCID kan imidlertid behandles med hematopoetisk stamcelletransplantasjon (HSCT). Tidlig HSCT før barnet

er 3,5 måned gammelt gir bedre overlevelse (2).

Barn som har SCID kan også bli syke av levende virusvaksiner slik som BCG, rotavirus, vannkopper, meslinger, oral polio, som kan forårsake alvorlige og livstruende infeksjoner (1).

Problemstilling med BCG vaksinasjon og SCID var et av foredragene på Folkehelseinstituttets Vaksinedager høsten 2013. BCG-vaksine kan føre til generalisert BCG-infeksjon hos personer med immunsvikt. Det er utviklet en test for SCID som kan innføres i nyfødtscreeningen. TREC-testen, T-cell Receptor Exicion Circles, er DNA-fragmenter som deles når T-cellene ombygges i thymus. TREC kan måles på blodprøven som tas på filterpapir til nyfødtscreening som

tas på barselavdelingen. Barn med SCID har for få lymfocytter, og spesielt er det mangel på T-celler. Dette medfører lavt nivå av TRECS i blodet (3). Testen er 100 % sensitiv.

Pilotprosjekt

Oslo/Akershus starter med et pilotprosjekt fra 2014 for TREC-testen som innføres etter samtykke fra foresatte som en del av nyfødtscreeningen. Ønsket er at pilotprosjektet videreføres inntil TREC-screening kommer inn i forskrift om genetisk masseundersøkelse (nyfødtscreening).

Folkehelseinstituttet anbefaler som en følge av dette at BCG-vaksinasjon av nyfødte i risikogruppene i vaksinasjonsprogrammet blir tidfestet til

alder 6 uker istedenfor fra fødsel. Dette forslaget må først avgjøres av HOD (Helse- og omsorgsdepartementet) før nåværende praksis opphører (3). ■

Referanser:

1. <http://www.scid.net/>
2. <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/596.html>
3. Synne Sandbu, Vaksinedagene 2013 <http://www.fhi.no/dokumenter/71089d76cd.pdf>
4. Kiran Aftab Gul, stipendiat, OUS, Rikshospitalet, Nyfødtscreening/Pediatrisk forskningsinstitutt. Foredrag holdt ved Fagdag for helsesøstre 6. november 2013
5. http://www.cbsnews.com/2300-204_162-10009228.html



Tekst **Mone Tsahai Kilda**, avdelings helsesøster, Grünerløkka Smittevern

MAM Manuell Brystpumpe

Mer fleksibilitet i hverdagen



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
baber*

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

Ut i sola

Sommeren er her og vi kan igjen nyte de første varme solstrålene. Da er det viktig at barna har lært seg sunt og godt solvett.

Sola gir oss glede og energi. Den er også vår viktigste kilde til D-vitamin. Kreftforeningen ønsker alle barnehager velkommen til å bli Solvennbarnehage, og gir hjelp til enkle hverdagsrutiner slik at små og store kan glede seg over sola uten å bli solbrent.

Ute er bra

Uteaktiviteter er bra for både store og små, men barna må slippe å oppholde seg i de sterkeste solstrålene. Solvettreglene er så enkle at også de minste kan lære dem:

- Ha mulighet for å leke i skyggen for ikke å bli solbrent.
- Bruk klær, solhatt og briller.
- Bruk solkrem med minst faktor 15.

Vinterhuden blir lett brent, og derfor bør huden gradvis få vende seg til sola ved

«Solbeskyttelse er viktig helt fra vi er barn.»

at vi ikke er i sola i flere timer de første soldagene. Ved å ta noen pauser fra sola midt på dagen er det mindre risiko for å bli solbrent.

Solbeskyttelse

Vi passer på at barna har på seg sikkerhetsbelte i bilen og hjelm på sykkel tur, men husker vi å beskytte dem mot intense solstråler? Jo flere ganger vi blir solbrent, jo større risiko er det for hudkreft senere i livet. Solbeskyttelse er derfor viktig helt

fra vi er barn og gjennom hele livet, også for de voksne i barnehagen.

Husk solkrem før dere går ut på formiddagen. For de fleste er solfaktor 15 passe faktor i norsk sommersonne. Smør jevnt og rikelig - en håndfull krem til en hel kropp. En barnehånd er nok til en barnekropp.

Med gode skyggeområder kan barna fortsette å leke ute og likevel få pauser fra sola. Er det mangel på skygge kan dere kontakte kommunen eller eier av barnehagen. Det finnes flere enkle løsninger for å lage skygge, som å plante trær, bygge skyggetak eller sette opp solseil. Kanskje dere kan invitere til en koselig dugnad hvor dere kan lage litt skygge på område?

Bli en Solvennbarnehage!

Hittil har over 1450 Solvennbarnehager blitt med, og det er plass til mange flere. Vi vil gjerne ha dere med. Det er enkelt

tynn hud og ruller seg derfor i gjørme og kaster jord og blader på ryggen for å unngå å bli solbrent. Isbjørnen sin pels stenger solstrålene ute når pelsen ligger, og trenger isbjørnen litt varme, løfter den pelsen og lar den svarte hudfargen trekke til seg varmen fra sola. Barna kan lære av dyrene! Bestill plakaten «Dyrenes solvett» på kreftforeningen.no/brosjyrer. Som Solvennbarnehage får dere flere forslag til å lære barna om sola.

Husk å bestille informasjonsbrosjyre til foreldre. Den er helt gratis og dekker de fleste spørsmålene vi ofte hører fra foreldre. Informasjonsmateriell finner dere på www.kreftforeningen.no/solvennbarnehager.

For å lære barna om UV-stråler og solkrem kan dere kjøpe UV-perler på Kreftforeningens hjemmesider. UV-perlene skifter farge i sollyset. Dere kan prøve å smøre noen av perlene med solkrem og se hva som skjer. Disse og flere aktiviteter kan du finne på våre nettsider.

Mindre hudkreft med gode solvaner

Til tross for at vi har så lite sol i Norge ligger vi på verdenstoppen over antall tilfeller av føflekkreft per innbygger. Vi vil så gjerne ha sol når den endelig er her! Rundt 90 prosent av tilfellene har sammenheng med solbrenthet og mye intens sol eller solarium. Derfor kan vi minske risikoen for hudkreft betydelig ved å beskytte oss i sola. Barnehager som lærer barna gode solvaner kan bidra til å få Norge ned fra den lite ønskelige topp-plasseringen.

Lek og lær om sola

Mange dyr har sine egne løsninger for å kunne være ute i sola. Elefanter har

Dyrenes solvett



Visste du at

- Lys hud er mer utsatt for å bli solbrent enn mørk hud?
- Spesielt lys hud med blondt eller rød-blondt hår er utsatt for å bli solbrent?
- Barn har tynnere hud enn voksne?
- Kroppen produserer D-vitamin selv om du bruker solkrem?
- Å bli solbrent framskynder rynker og pigmentflekker?
- Du skal bruke solbeskyttelse når UV-indeks er 3 eller høyere? Du kan få gratis varsel på e-post eller se uv.nilu.no.

Går barnet ditt i en Solvennbarnehage?

Spør i barnehagen til barnet ditt. Som Solvennbarnehage får de hjelp til å få gode rutiner for solbeskyttelse, så små og store kan nyte solrike dager uten å bli solbrent. Det er helt gratis og det er enkelt å bli medved å gå inn på www.kreftforeningen.no/solvennbarnehager.

10 tips til Solvennbarnehager

1. I vår barnehage er vi glade i sola, men verken voksne eller barn skal behøve å bli brent.
2. Vi tar pauser fra sola og sørger for at aktiviteter og lek kan skje i skyggen.
3. Vi passer på at barna har på solhatt og lette klær.
4. Vi smører barna med solkrem med minst faktor 15 før de går ut.
5. Vi smører barna på nytt hvis de har svettet mye eller badet.
6. Vi informerer foreldrene om barnehagens solrutiner og minner dem om at barna skal ha med solkrem og solhatt.
7. Vi er gode rollemodeller for barna ved at de voksne også beskytter seg i sola.
8. Vi sørger for nok skygge på uteområdene og kontakter kommunen/barnehagens eier ved mangel på skygge.
9. Vi deler nyhetsbrev og informasjonsmaterieill fra Kreftforeningen med ansatte og foreldre, så alle blir kjent med at vi er Solvennbarnehage.
10. Vi vurderer barnehagens solrutiner en gang i året og gjør endringer ved behov.

Isbjørnen er svart under pelsen

Isbjørnen kan reise pelsen sin så den svarte hudfargen under trekker til seg varmen fra solstrålene. Når den legger haren ned igjen stenger pelsen for solstrålene så isbjørnen ikke blir solbrent.



Elefanten har ikke tykk hud

Elefanter kan bli solbrente fordi de – akkurat som mennesker – har så lite hår på kroppen. Derfor ruller elefantene seg i søle og kaster støv, jord og blader opp på ryggen for å dekke huden så de ikke blir solbrent.



Flodhesten bruker lysrød solkrem

Flodhesten spiser om natten. Om dagen er den ute i vannet eller dypper seg i søle, som beskytter mot solens stråler. Hvis flodhesten er i solen skiller huden ut en lysrød olje, som beskytter – akkurat som solkrem.



Griseene ruller seg også i søle for ikke å bli solbrent.

Biene ser de usynlige strålene

Biene kan se UVA- og UVB-strålene. Det hjelper dem så de raskt finner frem til blomsternes nektar. Det ville være veldig fint hvis vi mennesker også kunne se UV-strålene, men de er helt usynlig for oss. Derfor er det lurt at de voksne vet hvor de kan sjekke UV-indeks, som forteller oss hvor kraftige solens usynlige stråler er.



Skilpadder trenger sol for å få hardt skall

Akkurat som oss mennesker, trenger skilpaddene UV-stråler for å få vitamin D. Det gjør at kroppen tar opp kalk. For skilpaddene betyr det at skallet blir sterk. For oss mennesker at vi får sterkere skjelett. Land-skilpadden går inn i skyggen når det er for varmt. Havskilpadden er nesten alltid i vannet.



Visste du at:

Når sola står høyt på himmelen og skyggen vår er kort, er solstrålene sterkeste. Da er det viktig å passe på så vi ikke blir solbrent.



Barnas solvettregler:

- > Ha mulighet til å leke i skyggen
- > Ha på lette klær
- > Bruk solkrem med faktor 15



SOLVETT: Mange dyr har sine egne løsninger for å kunne være ute i sola.

Solvettreglene

1. Ta pauser fra sola – unngå å bli solbrent.
Nyt sola, men husk at både å bli solbrent og mye soling øker risikoen for hudkreft. Det framskynder også rynker og pigmentflekker. Tar du noen pauser fra de sterke solstrålene mellom kl. 12 og 15, er faren for å bli solbrent mindre.
2. Bruk klær, solhatt og solbriller.
Vinterblek hud blir lett brent. Sol deg sakte og ta hensyn til hudtypen din. Solbeskyttelse er viktig hele livet. Barn, ungdom og de som har rødt hår eller lys hud, trenger ekstra beskyttelse. Klær og solhatt beskytter godt.
3. Bruk solkrem med minst faktor 15.

- Skygge og klær beskytter best – solkrem er nødvendig når huden ikke er beskyttet på annen måte. For norske forhold er faktor 15 med UVA-beskyttelse tilstrekkelig for de fleste. I solrike land er det behov for ekstra beskyttelse. Smør jevnt og rikelig – en håndfull krem til en kropp.
4. Unngå solarium – det øker risikoen for føflekkreft.

Solarium frarådes, spesielt for alle under 18 år eller som har lys hud. Bruk av solarium øker risikoen for hudkreft. Det gjelder også om solarium brukes som underlag for naturlig soling.

Det er 18-årsgrense i solarier. ■

Kilde: Kreftforeningen.no



Jentegrupper med fokus på psykisk helse

Ensomhet og nedstemthet er mer vanlig blant jentene enn guttene ved Hole ungdomsskole. For å gi jentene bedre selvfølelse har psykolog og helsesøster opprettet samtalegrupper.



■ Av Pia Frog Mandt, helsesøster i Hole Kommune



■ Av Anniken Nilsson Sørhie, psykolog i KPPT i Hole kommune

Våren 2013 ble det utført Ungdata undersøkelse på Hole ungdomsskole. Ungdata er et kvalitetssikret system for gjennomføring av lokale spørreundersøkelser for elever på ungdomstrinnet. Resultatene viste at spesielt mange jenter skårte seg selv lavt på skalaene som omhandlet ensomhet og nedstemthet. På bakgrunn av disse resultatene, enkeltsamtaler med elever, helsesirkelsamtaler og drøfting i et sosialpedagogisk team bestående av sosiallærer, helsesøster og psykolog, ble det fremmet et ønske fra rektor om å iverksette tiltak med fokus på dette. I samråd med helseavdelingen i Hole Kommune ble det besluttet å iverksette jentegrupper som et godt forebyggende og helsefremmende tiltak. Det gis allerede et lavterskeltilbud i form av individualsamtaler med helsesøster og psykolog en gang i uken i et egnet rom på skolen. Gruppe som metode ble valgt for å nå flere ungdommer på en effektiv måte, og aldersgruppe ble jenter på åttende trinn.

Årsaken til at åttende trinn ble valgt var at temaene vi bestemte oss for, reflekterte noe av hverdagen til elever som nettopp har begynt på ny skole. Kroppen er i endring, vennskap endres og fornyes, og kontakt med sosiale medier eskaleres. Det var viktig for oss å arbeide forebyggende, derfor ble alle jentene inkludert istedenfor å velge ut elever basert på risikofaktorer.

Gjennomføringen av jentegruppene

Da helsesøster og psykolog allerede arbeidet forebyggende på skolen var det mest hensiktsmessig at de også ledet jentegruppene. Helsesøster hadde i 2012 vært på kurs med Jentesnakk utviklet av Henriksen, Søren-

sen og Thommessen (2009). Temaene og øvelsene i gruppen ble basert på Jentesnakk-metoden. Det ble utarbeidet et gruppeopplegg tilpasset skolens behov og resultatene fra Ungdata. Basert på tid og ressurser ble det valgt å avsette totalt fem klokke timer, en time i uken med 5-6 elever per gruppe, fra samme klasse.

Hovedhensikten med jentegruppene var å forebygge psykiske helsevansker via blant annet å skape og opprettholde vennskap, forståelse, aksept og respekt for hverandre. Vennskap er en av de viktigste beskyttelsesfaktorene vi har. Tanken var at et «kurs» ville kunne hjelpe jentene i å bevisstgjøre og styrke selvet, ta vare på hverandre og/eller ta kontakt når man har det vanskelig.

Gruppene har blitt gjennomført på helsesøster/psykologens kontor på skolen, et hyggelig innredet rom med vannkoker tilgjengelig og mulighet for enkel servering.

De fem temaene for jentegrupper er: 1. Å bli kjent, 2. Vennskap, 3. Selvtillit/selvfølelse, 4. Kroppen/mat/trening og 5. Mobbing.

Gruppene startet med at gruppelederne ønsket velkommen, tok opp tråden fra sist og gjennomførte en øvelse der alle skulle fortelle to positive og en negativ hendelse fra den siste tiden. Deretter ble det brukt ulike øvelser hentet fra Jentesnakk. Øvelsene bestod av ulike påstander som jentene skulle ta standpunkt til, ved å forflytte seg til ark på gulvet som representerte ja/nei/kanskje. Det ble presisert at det var lov å endre mening underveis etter ny refleksjon. Hensikten med disse øvelsene var at jentene skulle lære å reflektere og forstå at det alltid finnes

flere sider av en sak. Andre øvelser som å lære å si nei og dilemmaer om aktuelle tema ble også brukt. Ved første gruppemøte skrev jentene under på en taushetserklæring der de lovet at det som ble sagt på gruppene skulle bli i gruppen. Det ble også presisert at alvorlige temaer måtte tas opp med en av gruppelederne utenfor gruppen.

Jentenes erfaringer

Gjennomføringen av gruppene viste seg å være meget vellykket. Evaluering i form av spørreskjema ga en indikasjon på at jentene hadde oppnådd en større tro på seg selv. De skåret seg noe mer positivt i kategorier forbundet med selvbilde/selvfølelse. Færre opplyste å være ensomme, de fleste opplyste at de hadde venner, gode venner og at de hadde venner de kunne stole på. Dog opplevde noen å få negative blikk, kommentarer og utestengelse av andre medelever, både før og etter jentegruppe. Flere opplyste at de var fornøyde med kroppen sin, og at de kunne mer om kosthold.

Gruppelederne opplevde en endring i hvordan jentene evaluerte tiden i gruppen. Ved de første møtene gav flere av jentene uttrykk for at det beste med møtet var å få servering. Etter et par gruppemøter sa flere at de opplevde det som spennende og nyttig å lære om hva de andre jentene syntes og tenkte om de forskjellige temaene. Flere opplevde at de ble bedre kjent og at klassemiljøet bedret seg. Ved evaluering gav flere uttrykk for at de hadde en økt bevissthet rundt seg selv og andre, og at det er viktig å være trygg på seg selv. Ja/nei/kanskje-øvelsene viste tydelig at jentene utviklet en forståelse av at mennesker er ulike, ser ting på forskjellige måter, og at det er greit å endre mening selv etter påvirkning fra andre.

De fleste gav uttrykk for at de gledet seg til gruppetimene, likte temaene som var valgt og at det var trist at det kun foregikk over fem ganger.

Skolens erfaringer

Skolen har hele tiden vært positive til gruppetilbudet. Skolen gir uttrykk for at jentene har opprettholdt taushetserklæringen. Jentene har vist glede og iver over møtene. Enkelte elever har blomstret og opprettet nye vennskap. Skolen gir uttrykk for at de ønsker en fortsettelse av tilbudet og utvidelse av tilbudet til også å gjelde guttene.

Våre erfaringer

Vi som jobber med jentegruppene er helsesøster Pia Frog Mandt og psykolog Anniken Nilsson Sørli. Vi er ansatt i Helseavdelingen i Hole kommune,

og arbeider forebyggende og tverrfaglig på Hole ungdomsskole. Jentegrupper er ett av tiltakene vi jobber med.

Vår erfaring er at jentene ved de første møtene var noe reserverte. Dette endret seg hurtig. Ved å bruke et snakkehjerte (et hvitt trehjerte) fikk alle jentene snakket og ble hørt av de andre deltakerne. Det tok ikke lang tid før jentene viste trygghet i gruppen, de delte av personlige tanker og erfaringer. De oppmuntret hverandre og hjalp til om det var vanskelig å sette ord på noe eller å sette fokus på seg selv. De fleste av øvelsene hadde ikke et fasitsvar. Vi ble overrasket over hvor hurtig jentene stod for sine egne meninger og tanker. Samtidig var de flinke til å lytte og respektere andres. Ved noen anledninger ble de påvirket av hverandre da de hørte de andres begrunnelser for deres valg i forhold til en påstand eller et dilemma.

Vi har hatt god effekt av å bruke eksempler fra sosiale medier i gruppene, som instagram, facebook, snapchat og liknende. Sosiale medier er en velkjent arena for å danne og opprettholde vennskap, men også en arena for utestenging og mottak av vonde kommentarer og liknende. Internett og bildedelingstjenester blir flittig benyttet for inspirasjon og har dermed også en stor påvirkning i forhold til kroppsbilde og selvfølelse.

Vi opplever at vår kunnskap innen psykisk helse og forebygging har vært nyttig i jentegruppene. Helsesøster har hatt hovedansvar for temaene som omhandler kropp, trening, kosthold og fysisk utvikling. Psykolog har hatt ansvar for selvtillit, selvfølelse og for å skape en forståelse av sam-

SAMTALE: Jentene deler personlige erfaringer og tanker om teamer som selvtillit og vennskap. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Tema i gruppene

1. Bli kjent
Mål: Bli kjent, informasjon om jentegruppen, underskrive taushetserklæring.
2. Vennskap
Mål: Øke forståelsen av hva et godt vennskap er.
3. Selvtillit/selvfølelse
Mål: Øke forståelsen om selvtillit/selvfølelse, bevisstgjøre egne tanker og følelser rundt temaene.
4. Kroppen/mat/trening
Mål: Øke aksept av seg selv, forståelse av at kroppen er i endring.
5. Mobbing
Mål: Øke forståelsen av hva som er mobbing, hvilken effekt den har, sosiale medier, hvem man kan ta kontakt med om en selv eller noen man kjenner blir mobbet.



MOT MOBBING: Mobbing har fått en ny arena i sosiale medier. Et mål med kurset er å få elevene til å ta avstand fra mobbing. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

menheng mellom følelser og kropp. Ellers har vi som fagpersoner samarbeidet om resterende tema. Vår erfaring er at det er nyttig og viktig med et godt tverrfaglig samarbeid innen kommunehelse-tjenesten.

Vi har et godt samarbeid med skolens ansatte. Skolen har hatt ansvar for å underrette foresatte,

vært av en slik positiv art vil det være interessant å omfavne gutter også. Temaene vil trolig ligne på jentenes, men det vil også bli vurdert muligheter for å inkludere andre temaer tilpasset gutter i ungdomsskolealder som for eksempel grensesetting i forhold til jenter, kropp og sex, internett og sex, anabole steroider og trening.

Det er ønskelig å utvide gruppene fra fem til seks møter da flere av jentene etterlyste kjærlighet og gutter som tema. Det blir også vurdert som nyttig å trekke temaene enda mer opp mot psykisk helse for å kunne utnytte fagkunnskapen til henholdsvis helsesøster og psykolog.

Vi synes det har vært meget spennende å kunne gjennomføre, samt videreutvikle jentegrupper. På bakgrunn av tilbakemelding fra elever og lærere har vi et godt grunnlag for videre utvikling. Forhåpentligvis vil bruk av ulike fagkompetanse med felles fokus på forebyggende og helsefremmende tiltak, bidra til å fremme god psykisk helse blant ungdom i Hole Kommune. ■

«Elever har blomstret og opprettet nye vennskap.»

danne grupper, bestemme tidspunkt og foreta innkjøp til servering.

Veien videre

Vi har hatt gode erfaringer med gjennomføring av jentegrupper på åttende trinn skoleåret 2013/2014. Våren 2014 vil det bli utført en evaluering og planlegging av neste skoleår. Det vil bli drøftet muligheter for å fortsette med jentegrupper samt å utvide til guttegrupper. Vi ser at gutter tar kontakt og viser interesse og nysgjerrighet for gruppene.

I første omgang ble det bestemt å begynne med jentene grunnet dårlige skår på skalaer forbundet med psykiske helsevansker. Da erfaringene har

Referanse:

Henriksen, A. E., Sørensen, R., Thommessen, H. (2009) Mer jentesnakk! Hvorfor og hvordan jobbe med jenter i gruppe? Skien: Kompetansesenter rus – regions sør



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



Bio-Oil® er et spesial hudpleieprodukt utviklet for å redusere synligheten av arr, strekkmerker og ujevn hudtone. Bio-Oil® inneholder naturlige oljer, vitaminer og den banebrytende formuleringen PurCellin Oil™. For ytterligere produktinformasjon og resultater av kliniske studier, vennligst se bio-oil.com. Bio-Oil® er det mest solgte arr-og strekkmerkeproduktet i 17 land.* Veil.pris 119kr/60ml.

Distribueres i Norge av Cederroth AS. For spørsmål vedr. Bio-Oil®, ring 33 06 47 00 eller send mail til firmapost@cederroth.com

Helsesøsterkongressen ga faglig påfyll

650 helsesøstre, utstillere og forelesere møttes i Stavanger Forum i april for å være med på Helsesøsterkongressen. Tekst Astrid Grydeland Ersvik, tidligere leder LaH NSF

Kongressen ble åpnet av helseminister Bent Høie. Han signaliserte en nyorganisering av primærhelsetjenesten, og manet helsesøstre til å bidra i tverrfaglige miljø. Etter ministerens innlegg var det tid for spørsmål og kommentarer fra salen, om blant annet at helsesøstre i særlig grad er pådrivere for tverrfaglig innsats rundt barn og unge, at styrking av helsesøsterressursen og elektronisk samhandling er nødvendig for at tjenesten skal kunne svare opp til myndighetenes forventninger. Leder av LaH NSF uttrykte bekmring for hva regjeringen faktisk vil med helsestasjon- og skolehelsetjenesten i fremtiden, og pekte på manglende

signal utover mangeårige løfter om «satsing». Høie kunne ikke love noe konkret, utover å styrke kommunepsykologene, ny forskrift og nye retningslinjer.

De faglige innleggene omhandlet helseutfordringer knyttet til levevaner, kosthold og aktivitet, med særlig vekt på hvordan vi på en god måte skal tilnærme oss følsomme tema som vekt og kosthold. Hvordan vi kan og må jobbe mer på system-, klasse- og gruppenivå for å lykkes i folkehelsearbeidet, og ny forskning på området ble belyst. Nytt år året var korte, muntlige posterpresentasjoner. Det er noe vi ønsker å stimulere helsesøstre til å bidra med på kommende kongresser.

En stor takk til lokal komité med Lise Gøransson i spissen, som i to år har planlagt og organisert med tanke på et solid faglig program, hyggelige sosiale treffpunkt og gode dager i Stavanger!

Generalforsamlingen vedtok resolusjon om oppfølging av de bevilgede 180 millionene til tjenesten, og sak om ressurser til drift av faggruppen. Vi hadde også en minidebatt vedrørende helsesøstertittel, som det ble vedtatt skal videre utredes. Engasjerte innlegg, og god stemning i salen! Høydepunktet på GF var valg av nytt styre, med ny leder Kristin Sofie Waldum i spissen. Det nye styret kan du lese mer om på nett- og facebooksidene våre.

Liv Hauglin Kaasin kåret til Årets helsesøster 2014

Hun har jobbet og stått på barricadene som engasjert helsesøster i Tokke fra åttitallet. Hun er en dyktig fagperson som har engasjert seg for å synliggjøre og markedsføre vårt fag. Hennes hjertesak har vært barn med spesielle behov og å få til et velfungerende koordineringsarbeid omkring oppfølginga av disse barna. Liv har vært sterkt engasjert i prosjektet «Den gode skolehelseteneste». Liv har ledet helsestasjonen i over tretti år og har vært en svært god sjef. Du kan lese fullstendig begrunnelse på nettsidene våre.

Kristine Hartvedt fikk prisen Gylne Penn 2014

Kristine har skrevet en rekke artikler i aviser og blader – blant annet i Tidsskrift for helsesøstre, hvor hun løfter det helsefremmende og forebyggende arbeidet helsesøstre gjør.

Kristine har vært i aviser, på radio og tv og uttalt seg om saker vi helsesøstre står i.

Hun har forberedt saker for politisk behandling og vært i både muntlig og skriftlig dialog med politikere. Hun er en av de mest aktive helsesøstre på Twitter og andre sosiale medier, der hun både informerer, debatterer, argumenterer og inspirerer. Slik går hun foran og viser vei for oss andre på nye arenaer. Kristine har en god penn, og er en tydelig samfunnsaktør! ■

Vil du lese mer?

Presentasjoner og øvrig omtale av kongressen finner du på våre nettsider www.nsf.no/helsesostre, samt på vår facebook-side www.facebook.com/helsesostre



Liv Hauglin.

Kristine Hartvedt.

FAKTA:

Ved laktoseintoleranse er det ikke nødvendig å utelate alle meieriprodukter fra kostholdet



Får du spørsmål om laktoseintoleranse?



Bestill GRATIS opplæringspakke som inneholder:

- Faktaark for egen faglig oppdatering
- Pasientbrosjyrer
- Matdagbok for kost- og symptomregistrering
- Flere nyttige verktøy på:
www.melk.no/laktoseintoleranse



Bestill din gratis opplæringspakke her!

Skann QR-koden eller se www.melk.no/helsepersonell/opplaeringspakke-laktoseintoleranse/



Bare en bagatell?

Uønsket beføling er noe annet enn voldtekt, men er det bare en bagatell? Denne studien viser at uønsket beføling kan være svært alvorlig.

Et viktig spørsmål for helsesøstre og andre fagfolk som jobber med ungdom er hvordan vi kan få dem i tale om fenomenet. Forskerne foreslår et sett av begreper for uønsket beføling som kan være til hjelp i det forebyggende arbeidet.

Beføling

I en ny studie, har vi belyst fenomenet uønsket beføling; det å bli berørt på en seksuell måte, mot sin vilje (1). Blant unge jenter er dette et vanlig fenomen: Om lag hver fjerde jente i undersøkelsen vi bygger på, svarte ja på spørsmålet om «noen har befølt deg». (2).

Vi har vært opptatt av hva som skjuler seg bak kategorien «uønsket beføling». Kan vi skille mellom ulike typer av uønsket beføling, hva slags begrep kan vi bruke om dem og hvor går skillet mellom uønsket beføling og voldtektsforsøk? Materialet vi har analysert omhandler unge jenters erfaringer med uønsket beføling fra jevnaldrende gutter som de regnet som venner eller bekjente.

Utgangspunktet vårt var at verken hverdagspråket eller de formelle og juridiske begrepene vi

knytter til fenomenene, evner å gripe kompleksiteten i uønsket beføling. Mangelen på presise begreper kan gjøre det vanskelig å forebygge: Det er ikke lett å få ungdom i tale om fenomenet hvis begrepene vi anvender ikke treffer deres virkelighet.

I hverdagspråket brukes ikke begrepet uønsket beføling, men ord som «tafsing», «klåing» eller «fingring». Disse ordene viser til hva slags handlinger det er snakk om, at én person tar på en annen - på en seksuell måte. At dette skjer uten samtykke og ofte er krenkende for den som rammes, synliggjøres imidlertid ikke. Slike ord kan derfor føre til bagatellisering, det var «bare beføling», som en av jentene i vår studie uttrykte det.

Ulike begrep

Formelle begrep som seksuell trakassering og vold, derimot, fanger kun inn makt- og krenkelsesaspektet. At en person tar seg til rette overfor en annen. Handlingene forsvinner ut, og dermed også muligheten for å skille mellom ulike typer av uønsket beføling. Som sosiologen Willy Pedersen har påpekt, kan slike «store» begreper virke frem-

Av Kari Stefansen, forsker ved NOVA

Ingrid Smette, forsker ved NOVA

Dagmara Bossy, stipendiat ved UiO

medgjørende på ungdom. Han formulerer det slik:

«Det språket ungdommene kanskje har lært av helsesøstre eller lærere, med begreper som «overgrep» og «voldtekt», skaper ikke orden og mening i deres egne erfaringer. Dette språket er ofte formelt, overskytende, livløst når det gjelder det de selv erfarer. Derfor kan opplevelsene også bli liggende i mørke». (3).

Poenget om fremmedgjørende begreper kan også knyttes til jussens kategorier for uønsket beføling. I straffeloven faller uønsket beføling inn under bestemmelsen om seksuell handling uten samtykke (strl. § 200). Det vil si hendelser som omfatter fysisk berøring, men ikke «seksuell omgang», dvs. beføling eller berøring av kjønnsorganer eller bryster utenpå eller innenfor klær – uten samtykke. (4) Uønsket beføling kan også forstås som seksuell trakassering, i tråd med likestillingsloven (§ 8a). Her er seksuell trakassering definert som uønsket seksuell oppmerksomhet «som er plagsom for den det gjelder». I forarbeidene til loven, regnes uønsket berøring som fysisk trakassering, et begrep som omfatter alt «fra ... «plukking» til overgrep som voldtekt eller voldtektsforsøk». (5).

Vår ambisjon var å utvikle et sett av begreper som på sett og vis binder sammen de bildene av uønsket beføling som framtrer gjennom det uformelle hver-

«Uønsket beføling er aldri bare beføling.»

dagsspråket, med sitt fokus på handlingene det dreier seg om, og de overordnede, formelle begrepene, med sitt fokus på makt- og krenkelsesaspektet. Vi ønsket også at begrepene skulle ha en form for umiddelbar validitet, at de, idet de blir forklart, bidrar til en fordypt forståelse av et velkjent fenomen.

Metode og materiale

Studien bygger på en omfattende spørreskjemaundersøkelse blant avgangselever i videregående skole. Målet med undersøkelsen var å kartlegge omfanget av vold og overgrep mot barn og unge. I alt deltok 7033 elever i undersøkelsen som ble gjennomført i 2007 (77 % svarrate). (6) Deltakerne krysset av på en rekke spørsmål, blant annet om ulike former for seksuell vold. De ble også bedt om å beskrive «uønskete seksuelle hendelser» med sine egne ord. Det er fra disse beskrivelsene vi hentet vårt materiale. I alt var det 128 beskrivelser som var relevante for vårt

formål, dvs. at jentene hadde krysset av for uønsket beføling (n=97) eller voldtektsforsøk (n=31) i ungdomstida (7), og hvor utøveren var en jevnaldrende gutt de kjente fra før. (8)

Beskrivelsene er korte, i høyden bare et par - tre linjer tekst. De representerer med andre ord et begrenset kvalitativt materiale. Vår undersøkelse var derfor av eksplorerende art. For vårt formål var det samtidig en styrke at materialet var hentet fra en representativ spørreundersøkelse: Vi kan anta at det fanger opp variasjonen i hendelser jenter betrakter som uønsket beføling.

Analysearbeidet

Vi tok utgangspunkt i to dimensjoner i arbeidet med å kategorisere uønsket beføling: Om hendelsen skjedde i en typisk sjekkesituasjon eller ikke, og hvorvidt den var av kortvarig eller mer vedvarende og tvangspregget karakter. Vi har brukt det beskrivelsene gir av informasjon for å kategorisere hendelsene langs disse dimensjonene. Analysen ga grunnlag for å skille mellom tre typer av uønsket beføling, som vi har foreslått å begrepsfeste slik: Seksualisert invadering, utprøvende beføling og aggressiv beføling.

Seksualisert

Seksualisert invadering dreier seg om handlinger som krenker den retten vi alle har til kroppsbeskyttelse, til å være i fred hvis vi ønsker det. Hendelsene det er snakk om er ofte flyktige, de skjer som regel i påsyn av andre, og er ment for deres blikk. En typisk arena i vårt materiale er skolegården på ungdomsskolen. En annen arena som forekommer, er festen.

Vi skal gi noen eksempler:

- «En klassekamerat tok meg på brystene. Det var ganske åpenlyst; midt i gangen på skolen.»
- «Det var ofte slike folk på de festene jeg var på i 13-årsalderen og mange klådde og lignende.»
- «Var på en fest og skulle passere en gutt som la hånda i skrittet mitt.»

Det som skiller disse hendelsene fra andre former for uønsket beføling, er det framvisende aspektet. At det kan være flere gutter involvert, styrker denne fortolkningen. Andre forskere har påpekt at denne formen for uønsket beføling fungerer som en form for sosial kontroll som opprettholder hierarkier mellom gutter, og er et viktig element i reguleringen av seksuelle identiteter mellom tenåringer: Hendelsene bidrar til å opprettholde et

heteroseksualisert ideal om (aggressiv) maskulinitet. En annen fortolkning, som ikke utelukker den først nevnte, er at (noen av) hendelsene er umodne uttrykk for romantisk eller seksuell interesse fra guttens side.

Utprøvende

Utprøvende befølning har en annen karakter enn seksualisert invadering, og det er mer åpent om at alle hendelsene representerer en krenkelse av retten til kroppsbeskyttelse. Den typiske arenaen for disse hendelsene er festen, dvs. en arena der seksuelle og romantiske framstøt er forventet og ofte imøtesett. I vårt materiale er jentene litt eldre når disse hendelsene skjer, typisk i 15–17 årsalderen, og det er ofte alkohol med i bildet.

Her er noen eksempler:

- «Han prøvde seg bare, var ikke stort. Han ga seg med en gang, da jeg sa ifra.»
- «Han tolket «signaler» som jeg ikke sendte ut – misforståelse.»
- «Jeg og en gutt/mann, vi var venner. Var egentlig «greit» fordi det ble avsluttet når jeg sa stopp at det ikke var greit, men jeg måtte si ifra. Da stoppet alt, men er fortsatt venner.»

Utprøvende befølning handler i vår fortolkning om situasjoner der hans berøring uttrykker seksuell interesse, men hvor hun responderer negativt og han stopper. Handlingene framstår i mange tilfeller som klønete seksuelle framstøt. Slik sett er disse hendelsene en stadfestelse av et velkjent heteroseksuelt script for seksuelle inviter, hvor det påligger gutten å være den initierende part, noe som også gjør ham sårbar for hennes avvisning. Samtidig er mange av hendelsene preget av en dobbelthet, de synliggjør jenters sårbarhet for å bli krenket. At mange jenter uttrykte lettelse over at «det gikk bra» er et tydelig tegn.

Aggressiv

Aggressiv befølning, derimot, representerer en åpenbar krenkelse av retten til kroppsbeskyttelse. I vårt materiale skjer disse hendelsene når jentene er både i ungdomsskolealder og eldre. Festen er en vanlig arena, men også andre arenaer forekommer. Alkohol er et innslag i mange tilfeller, men slett ikke i alle. Her er befølningen ledsaget eller muligjort av en type tvangshandlinger som ikke er til stede i hendelsene vi forstår som utprøvende befølning, som bruk av fysisk makt,



AGGRESSIV: Grensen mellom aggressiv befølning og voldtektsforsøk er åpenbart vanskelig å trekke. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

frihetsberøvelse eller utnyttelse av jenter som ikke kan beskytte seg selv fordi de sover eller er fulle. Vi har også inkludert hendelser der det aggressive elementet handler om graden av pågåenhet: Han tar ikke et «nei for et nei», men utsetter henne for en vedvarende krenkelsessituasjon.

Følgende sitater er illustrerende:

- «Plutselig lå han over meg. Presset meg ned i gulvet. Jeg kunne nesten ikke røre meg, han fikk meg til å beføle han og runke han mot min vilje. Han var klar over at det var mot min vilje».
- «Jeg var veldig beruset og hadde sovnet i en seng. Jeg våknet av at en kom inn mens en annen gutt hadde hånden ned i buksen min. Tror han kom inn og fikk stoppet det, men har aldri fått svar på det».
- «Bestekameraten til fetteren min befølte meg da vi sov hos fetteren min. Jeg sov, men våknet av det og torde ikke si noe».

Vår tanke har vært at begrepet aggressiv beføling kan bidra til å understreke alvorligheten av denne typen krenkelser, men på en måte som fastholder

«Opplevelsene kan bli liggende i mørke.»

at det handler om beføling og ikke voldtektsforsøk eller voldtekt. Grensen mellom aggressiv beføling og voldtektsforsøk er åpenbart vanskelig å trekke. For jentene i vår studie ser det imidlertid ut til at betegnelsen voldtektsforsøk reserveres hendelser der hans intensjon er penetrerende sex og ikke «bare» beføling. Graden av pågåenhet og maktbruk ser ut til å ha betydning - som tegn på hva han har til hensikt. Noen jenter legger også vekt på at han totalt endret karakter, at han «ble en annen». Aggressiv beføling kan også være fortolkningen fordi et videre forløp ble forhindret.

Relevans for forebyggende arbeid

I begrepsfestingen av ulike former for uønsket beføling har vi lagt vekt på det som særskiller dem, de definerende elementene om man vil. Et viktig poeng er imidlertid at ulike former for uønsket beføling også har et grunnleggende likhetstrekk: De uttrykker og reproducerer en kjønnkultur der jenters rett til kroppsbeskyttelse er mindre selvfølgelig enn gutters. I dette perspektivet er uønsket beføling aldri «bare beføling».

I det forebyggende arbeidet kan det imidlertid være et poeng å fokusere på skillet mellom den seksualiserte invaderingen, de handlingene som skjer i skolegården og på andre offentlige arenaer, og den befølingen som skjer mer i det skjulte. Tiltak som kan settes inn i skolen, som synlige voksne, er ikke relevante på ungdomsfesten.

I skolen er også de voksnes holdninger viktig. Seksualisert invadering kan utvikle seg til mobbing. I vårt materiale fant vi beskrivelser fra jenter som hadde vært utsatt for denne typen uønsket beføling gjentatte ganger, og som hadde sagt fra til voksne uten å få hjelp. For jenta blir krenkelsen dermed dobbel, hun blir befølt uten å ville det, og krenkelsen dette innebærer blir ikke anerkjent. Et viktig tema for forebyggende arbeid i skolen er hvordan slike sekundære krenkelser fra voksne kan unngås når elever er blitt utsatt for uønsket beføling.

Ungdomstida er utfordrende på mange måter. Mye skal læres. Ikke minst gjelder dette hvordan man kan gi og forholde seg til seksuelle signaler. Skillet vi har trukket mellom utprøvende og aggressiv beføling kan være et inntak til samtaler med ungdom. Vår analyse viser hvordan det som var ment som en utprøvende beføling, han vil sjekke om hun er interessert, kan utvikle seg til en mer aggressiv beføling dersom han ikke forstår eller overser hennes avvisning.

En annen viktig tematikk i samtaler med ungdom er det aggressive ved å beføle noen som sover eller er ute av stand til å vurdere hva som skjer. Poenget vi har forsøkt å få fram er at også handlinger som ikke er voldelige, er krenkende - fordi de representerer brudd på den retten alle har til kroppsbeskyttelse. ■

Referanser:

1. Stefansen, K., Smette, I. og Bossy, D. (2014): Angrep mot kjønnsfriheten: Unge jenters erfaringer med uønsket beføling. Tidsskrift for kjønnsforskning, 38(1): 3-19.
2. Mossige, S. og Stefansen, K., red. (2007): Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. Oslo: NOVA, rapport 20/7.
3. Pedersen, W. (2005): Nye seksualiteter. Oslo: Universitetsforlaget. (s. 274)
4. Ot.prp. nr.28 (1999–2000), Om lov om endringer i straffeloven mv. (seksuallovbrudd), punkt 5.4.
5. Ot.prp. nr. 77 (2000–2001), Om lov om endringer i likestillingsloven mv., punkt 9.7.2.
6. Se Mossige og Stefansen (2007) for en beskrivelse av utvalget og metode for gjennomføring.
7. Spørsmålene var satt opp slik at de skilte mellom erfaringer før og etter fylte 13 år. Vi har kun inkludert hendelser som har skjedd etter fylte 13 år.
8. Vi satte grensen for «jevnaldere» ved ti år. Dette er å strekke jevnaldere begrepet. Begrunnelsen var at vi fikk med erfaringene til jenter som ferdes i mindre aldershomogene ungdomsmiljøer. Bare et fåtall av hendelsene omfattet «jevnaldrende» som var mer enn fem år eldre enn jenta.

Nyda[®] utrydder lus og egg

- en behandling, en time er nok!
- helt giftfritt og godkjent brukt fra 2 års alder
- dobbelt virkende dimetikon - kveler både lus, luseegg og nymfer
- selges uten resept på apotek



NYDA[®] er et nytt og meget effektivt middel mot lus og egg. Nyda inneholder 92 % dimetikon, som trenger inn i lusens respirasjonsåpninger og på den måten kveler både lus og nymfer. Også luseegg har pusteeåpninger, og Nyda trenger også inn i disse og dreper eggene.

Det finns mange publiserte vitenskapelige studier av NYDAs effekt og NYDA[®] er til og med effektivt mot resistente lus (et stort og alvorlig problem i flere steder, og oppstår som følge av bruk av tradisjonelle lusemidler som er registrerte legemidler).

NYDA[®] er helt giftfritt og godkjent brukt fra 2 års alder. Det er nok med en enkelt applisering. Det følger finkam med i hver pakke, så man kan få gredd ut døde lus, nymfer og egg etter behandlingen. NYDA[®] er et CE-merket medisinteknisk produkt med Klasse II klassifisering - en høyere grad av godkjenning enn de fleste andre medisintekniske lusemidler som vanligvis er Klasse I.



Navamedic ASA
Tél: +47 67 11 25 40
E-mail: info@navamedic.com
www.navamedic.com



Semper

SMÅFOLK

GRØT!

UTEN PALMEOLJE



Hurra!
Med fløte,
raps- &
solsikkeolje!

Hurra!
Ny, naturlig
oppskrift

Toppidrettsutøvere over hele verden er enige. En dag som starter med grøt er en bra dag. Det samme gjelder for små barn som trenger næringsrik kost for å utvikle seg og vokse i sine første leveår.

Semper Småfolk sine grøter tilberedes med de beste råvarene etter tradisjonelle oppskrifter. De er beriket med vitaminer, mineraler og jern som små barn har behov for. Vi har forbedret oppskriftene på alle våre grøter noe som gjør dem mer naturlig og velsmakende.



For mer informasjon, besøk oss på www.semper.no