



Tidsskrift for helsesøstre

NR. 3-2011

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

A close-up photograph of a young girl with brown, curly hair. She has colorful face paint on her face: a blue nose, yellow and red stripes on her cheeks, and blue and yellow stripes on her chin. She is wearing a red jacket over a white shirt and a necklace with a heart pendant. The background is blurred.

**Louise burde fått
behandling før**

Sykepleien

Helsesøstre i Oppland fylke har hatt ansvaret for denne utgaven av Tidsskrift for helsesøstre. Her er redaksjonen:



Ingeborg Braastad Hagen
Helsesøster i Nord-Fron kommune



Kari Buskenes Ringstad
Helsesøster og familierapeut i Øyer kommune



Solveig Sylte
Helsesøster i Ringebu kommune



Synnøve Harerusten
Helsesøster i Sel kommune



Ive Kristin Staune Mittet
Helsesøster i Øyer kommune og leder i helsesøstergruppa i Oppland fylke



Liv Marie Øyjordet
Leiande helsesøster i Lom kommune og helserådgiver ved Nord-Gudbrandsdal vidaregåande skule, avdeling Lom



Anne Holth
Helsesøster i Nord-Fron kommune



■ **LEDER:**
Astrid Grydeland Ersvik

Kjære lesere!

Vi har lagt bak oss en sommer som ble helt annerledes enn det noen kunne tenke seg. Glade ferie- og sommerdager ble brått og brutalt forandret til kaos, sjokk, sorg og smerte. De ufattelig brutale hendelsene i Regjeringskvartalet og på Utøya har preget og preger landet, selv om hverdagen nå vender tilbake. For mange av ungdommene som var på Utøya er denne hverdagen krevende. Når oppmerksomheten rundt hendelsene avtar, når de fleste av oss igjen blir mer opptatt av dagligdagse gjøremål, risikerer vi at de som trenger oppfølging, støtte og omtanke føler seg glemt. Myndighetene får rapporter om at enkelte ungdommer og familier ikke får den oppfølgingen de har behov for. Skolene har fått kritikk for mangelfull kunnskap om sorg- og krisehåndtering, og manglende fleksibilitet i forhold til elever og studenter som strever med konsentrasjon og skoleprestasjoner etter å ha gjennomlevd denne eller andre kriser.

Det er delvis et gap mellom forventningene og de faktiske ressursene og mulighetene den enkelte skole/kommune har til å bistå.

Helsesøstre og skolehelsetjenesten har en viktig rolle å spille i oppfølgingen. Det kan skje som samtalepartner for enkeltelever, kontaktperson for familien eller som veileder for skolens personale. Helsesøstre har relasjons- og veiledningskompetanse, og svært mange har etter- og videreutdanning innenfor både psykisk helse og krise- og sorgarbeid. Denne kompetansen må vi la komme de berørte ungdommene og aktuelle samarbeidspartnere til gode i tiden fremover!

Mange av dere har gjort en god jobb inn mot lokale politikere i årets kommunevalgkamp. Noen opplever å bli pålagt munnkurv fra kommunens ledelse, andre tror de ikke kan uttale seg til politikere. Dette er en problematikk LaH i samarbeid med NSF gjennom artikler og informasjon i fagfora vil forsøke å klargjøre overfor våre medlemmer. Skal helsesøstre kunne fungere som barn og unges talsperson, kan vi ikke godta pålagt "taushetsplikt". Vi må imidlertid ha visshet om hva politikere, administrasjon og publikum ønsker og trenger av informasjon og hvordan denne kan og skal formidles.

På NSF's landsmøte i november skal det velges ny forbundsledelse. Vi beklager at den sittende forbundsledelsen ikke tar gjenvalg. LaH NSF har klare forventninger om at Landsmøtet velger en forbundsledelse som viderefører satsingen på helsefremmende og forebyggende sykepleie, og styrkingen av faggruppens posisjon i NSF som dagens ledelse har stått for.

Vi ønsker oss en markant og tydelig forbundsleder, som setter helsepolitisk agenda overfor sentrale politikere og myndigheter. På den agendaen må barn og ungdom, og forebygging løftes tydelig frem!

Astrid F. Grydeland Ersvik
LEDER AV LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

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

ANSVARLIG REDAKTØR:

Astrid Grydeland Ersvik
Tlf: 98 85 34 96
astrid.grydeland@bluezone.no

ANNONSER: Eli Taranger Ljønes

Tlf: 97 47 17 56
eli.tl@online.no/eli.taranger.ljones@bodo.kommune.no

ABONNEMENT: Astrid Grydeland Ersvik

HJEMMESIDE:

www.sykepleierforbundet.no/helsesostre

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN:

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

DESKJOURNALIST: Johan Alvik

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

LAYOUT

Björg Nordstrand
bjorg.nordstrand@sykepleien.no

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

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK: Stibo Graphic AS

FORSIDEFOTO: Privat



LAH-STYRET

Leder: Astrid Grydeland Ersvik
Tlf: 98 85 34 96
Epost: astrid.grydeland@bluezone.no



Nestleder: Hilde Egge

j: 67 10 29 50 / 67 83 23 40 / m: 95 12 80 42 / 41 00 71 28
Epost: hilde.egge@baerum.kommune.no



Kasserer: Astrid Seim Realfsen

j: 55 56 13 48 / m: 99 53 25 24 / p: 55 28 99 57
Epost p: srastrid@online.no
Epost j: astrid.realfsen@bergen.kommune.no



Styremedlemmer:

Karen J. Jægtnes
j: 77 02 71 35 / 77 02 71 40 / m: 91 81 59 69 / 77 07 76 34
Epost p: karen.jaegtnes@hlink.no
Epost j: karen.jaegtnes@harstad.kommune.no



Eli Taranger Ljønes

j: 75 55 57 80 / m: 974 71 756 / 952 40 328
Epost p: eli.tl@online.no
Epost j: eli.taranger.ljones@bodo.kommune.no



Varamedlemmer:

Torun Rundhovde Mørenskog
j: 37 93 86 75 / m: 909 51 881 / 948 71 079
Epost p: torun.morenskog@istorm.no
Epost j: torun.morenskog@bykle.kommune.no



Nina Misvær

j: 22 45 37 23 / m: 997 49 758
Epost p: nina.misvaer@broadpark.no
Epost j: nina.misvar@su.hio.no



Signe Sæbjørnsdatter Myklebust

m: 90 91 25 28 / p: 61 25 02 85
E-post: signe.myklebust@enebo.no



72 PSYKISK HELSE: Gode erfaringer med nettverksmøter for unge i Valdres.

«Skal ikke alle barn og unge ha samme rett til tjenester?»

Ann Louise Gustafsson, side 70



10 FILMMAKER: Anita Killi har laget en sterk film om vold i hjemmet.

Innhold

NR. 3-2011



3 LEDER

8 Setter farge på følelsene

10 Løper av seg kiloene

13 SATS på hjemmebesøk

19 Arbeid mot rus i Ringeby

24 Godkjent som trygt lokalsamfunn

28 Hvordan opplever barn å bli mobbet?

33 Helsesøstre på russtreff

34 Louise burde fått behandling før

38 SMART for unge som sliter psykisk

41 Program for Helsesøsterkongressen 2012

45 God skolestart i Lillehammer

46 Mye å lære på Island

48 Erfaringer med filmen Sinna mann

56 Er diagnoser alltid hjelpsomt?

60 Foreldreveiledning i kommunalt familiesenter

64 Sammen for bedre ungdomshelse

68 Helserådgivere i Oppland

72 Nettverksmøter kan hjelpe den som sliter

74 Nytt om spesialistgodkjenning

76 Innføring av ØPP i Etnedal

78 Flott feiring i Kristiansund

81 Tryggere hverdag med mindre alkohol

82 Informasjon fra valgkomiteen

FASTE SPALTER

6 Smånytt

14 Aktuelle bøker

20 **PORTRETET:** Gro Gjerdrum

70 **LEDERSTAFETTEN:** Ann Louise Gustafsson



64

SPREKE BARN: I Nord-Gudbrandsdal samarbeider mange om å gi unge bedre helse.

Mindre ute om vinteren

Norske 7-åringar liker seg ute i frisk luft, men tilbringer mer tid ute om sommeren enn om vinteren, viser MoBa-undersøkelsen. Informasjon fra rundt 2 000 7-åringar i MoBa-undersøkelsen viser at barna tilbringer gjennomsnittlig halvannen time utendørs om vinteren og fire timer ute om sommeren på en vanlig hverdag utenom skoletid.

Kilde: Nasjonalt folkehelseinstitutt



Skadelig ADHD-medisin?

Forskere lurar nå på om ADHD-medisin som for eksempel Ritalin, kan forsinke puberteten. Forsøk på aper viser at stoffet metylfenidat, som finnes blant annet i legemiddelet Ritalin, ser ut til å påvirke testosteronnivået, forsinke nedfallet av testiklene og reduserer testikkelstørrelsen hos aper. Les mer på: www.forskning.no.

SMÅNYTT



Tips mot nettmobbing

Barn og unge blir mobbet på nett. For å hjelpe dem og foreldrene deres, har Medietilsynet utarbeidet følgende seks råd. Her er en kortversjon. Rådene i full lengde finner du på www.medietilsynet.no.

1. Ikke svar på meldinger som er ment for å trakassere deg. Det kan oppmuntre til mer mobbing.
2. Behold meldingen som bevis på trakasseringen. Det er bevis for hendelsen når du søker hjelp.
3. Fortell det til noen du stoler på.
4. Blokkér avsenderen.
5. Rapportér problemer til dem som kan gjøre noe med det. Du kan for eksempel rapportere det til dem som eier nettsiden. Datatilsynets tjeneste slettmeget.no kan hjelpe deg til å fjerne innhold du ønsker å slette. Episoder som kan være ulovlige, bør rapporteres til KRIPOS på www.tips.kripos.no
6. Respektér deg selv og respektér andre - å være online er veldig offentlig og veldig virkelig, selv om det ikke alltid føles sånn.



Flere tvillinger

Tvillingforekomsten i Norge har økt med femti prosent de siste 40 år, selv om man ikke regner med svangerskap fra assistert befruktning (prøverørsbehandling). Høyere alder på fødende kvinner, samt hyppigere bruk av egglosningsstimulerende medisiner kan være noe av forklaringen.

Kilde: uib.no/info/dr_grad/ Anne Tandbergs doktorgrad

Ny nettside for kronisk syke

Nettsiden Min Guide fra Astma- og Allergiforbundet gir oversikt over rettigheter, tjenester og stønader det er mulig å søke, dersom voksne eller barn har varig sykdom. Innholdet er spesielt rettet mot de med astma, allergi, kols, og/eller eksem. Nettadressen er: www.naaf.no/minguide. Astma- og allergiforbundet får stadig tilbakemeldinger fra medlemmer om at det er vanskelig å finne fram i jungelen av offentlige støtteordninger og tjenester, og nettsiden skal bidra til å gjøre hverdagen litt enklere for dem.

Barnevernet hjelper mange

I alt 46 500 barn og unge fikk hjelp av barnevernet i Norge i 2009. Det er 2 300 flere enn året før, og en økning på 5,3 prosent. De aller fleste barn med tiltak, 36 300, tar bare imot hjelpetiltak, som for eksempel besøks-hjem, økonomisk hjelp, barnehage eller skolefritidsordning.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Bli bøssebærer

Søndag 23. oktober går TV-aksjonen 2011 av stabelen. De innsamlede midlene fra årets aksjon skal gå til arbeidet Norsk Folkehjelp gjør med å rydde miner og klasebomber i Europa, Afrika og Asia. Vil du bli bøssebærer, registrer deg på nrk.no/tvaksjonen/

■ Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Til kamp mot sigaretter og fedme

For første gang har FN satt ikke-smittsomme sykdommer på dagsorden. Det skjedde 21. september i år, da de 193 medlemslandene vedtok en erklæring for å møte den globale trusselen som diabetes, kols, kreft og hjerte- og kar sykdommer er, både for helse, økonomier og sosial utvikling.

- Erklæringen er en viktig milepæl for å komme videre i kampen mot tobakk, fedme og andre risikofaktorer som fører til tidlig død og dårlig helse, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen til regjeringen.no.

Mange dør av ikke smittsomme sykdommer på verdensbasis. Sykdommer som kunne vært unngått ved forebygging. Bare i Norge dør rundt 20 mennesker hver dag av tobakksrelaterte sykdommer.

- For å lykkes med å hjelpe folk til å stumpe røyken, bevege seg mer, redusere alkoholbruk og spise sunnere mat er vi helt avhengige av at både privat og offentlig sektor setter dette høyt på dagsorden, sier Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Kilde: Regjeringen.no



«Barn trenger kjærlighet, spesielt når de ikke fortjener det.» Harold S. Hulbert, psykiater



1000 barn blir smittet av hiv

Det er gjort store fremskritt for å bekjempe hiv/aids i verden, også når det gjelder hiv-smitte fra mor til barn. Likevel blir 1000 barn fortsatt smittet hver dag og globalt får bare 28 prosent av hiv-positive barn nødvendig behandling. Det viser rapporten "Towards Universal Access. Progress Report 2010", som FNs barnefond UNICEF står bak i samarbeid med Verdens helseorganisasjon (WHO) og UNAIDS.

1. desember hvert år markeres verdens aidsdag. Den røde sløyfen symboliserer solidaritet med verdens hivpositive og aidssyke. Sløyfen kan kjøpes hos www.hivnorge.no/id/201.

Kilde: Unicef og HivNorge

Setter farge på følelsene

Unge flyktninger i Østre Toten lærer å uttrykke følelser med pensel og farger.

Vi har i mange år jobbet med barn og unge som bor i asylmottak i Østre Toten kommune. I arbeidet har vi savnet et verktøy for samtaler med disse barna og ungdommene. Våren 2009 fulgte vi en kursrekke ved RVTS (Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) med tittelen «Flyktninger og traumatiserte innvandrere». Vi ble svært inspirerte av Grethe Savosnick som foreleste om male- og samtalegrupper for elever som har opplevd krig og flukt. Vi ønsket å bruke metoden i vår kommune. Høsten 2009 tok vi kontakt med helsesøster Grethe Savosnick ved RVTS og drøftet oppstart av grupper. Vi ble tilbudt opplæring i metoden og gjennomførte den ved RVTS mai/juni 2010.

Om metoden

Metoden er utarbeidet av psykolog Kjerstin Almquist fra Göteborg og er basert på doktoravhandlingen hennes «Refugee children». Malegruppen skal gjøre barna bedre i stand til å mestre hverdagen, slik at de kan frigjøre tid og ressurser til læring og relasjonsbygging. En under-

søkelse som ble gjort av Larsen og Øzerk i 1999 konkluderte med at hver tredje barneskoleelev og annenhver ungdomsskoleelev med krigsbakgrunn hadde konsentrasjons- og innlæringsvansker. Denne undersøkelsen viser at det er svært viktig at barn og unge som har opplevd krig og flukt, får mulighet til å bearbeide tanker og følelser for å oppnå bedre mestring i hverdagen.

Tanken bak male-samtalegruppene er altså at barna skal få kontakt med følelsene sine gjennom å uttrykke seg ved hjelp av bilder. Metoden er utprøvd ved enkelte Oslo-skoler, samt ved mot-taksklasser i Bærum kommune. Gruppene holdes i skoletida og er en del av elevenes skoletilbud.

Temaer for samlingene:

1. Presentasjon, lage fargeklatter og navneskilt
2. Mal fra ditt hjemland, eller landet dine foreldre kommer fra (ditt hjem, din skole, din by)
3. Mal deg selv og din familie
4. Mal deg selv på skolen
5. Mal en gang du var veldig redd
6. Mal noe trygt og godt som gjør deg glad
7. Mal krig og soldater, eller flukten
8. Mal noe du vil gjøre
9. Mal deg selv som voksen. Framtidsutsikter?
10. Avslutning og evaluering

Vi har begge lang erfaring i å arbeide med flyktninger innen helse/skole. Anne-Grete har i tillegg arbeidet med ulike former for samtalegrupper i tilknytning til sitt fagområde som helsesøster. May Bente har arbeidet med sjølutviklingsgrupper i omtrent ti år og har erfaring med bruk av bilder som metode.

Forarbeidet

Vi tok høsten 2010 kontakt med BUP på Gjøvik for å få til en samarbeidsavtale, noe som er en forutsetning for å kunne starte opp arbeidet med denne metoden. Vi hadde deretter en informasjonssamtale med et team på BUP som var svært motiverte for å følge opp dette arbeidet, og vi hadde umiddelbart en samarbeidsavtale på plass. BUP ønsket i tillegg at vi skulle komme tilbake og legge fram resultatet av arbeidet med gruppa.

Deretter startet arbeidet med å finne ut hvilke barn som skulle delta i gruppa. Det var helt avgjørende å foreta en grundig kartlegging av de aktuelle barna. Det er ikke ønskelig å blande barn der noen har en familie med krigsbakgrunn, andre ikke. Det er viktig at barna har omtrent samme bakgrunn og passer samens aldersmessig.

Vi valgte ut fem barn som skulle delta. Barna har til felles at de bor i asylmottak, og har vært i Norge flere





UTTRYKKER FØLELSER:

Ved å male lærer barna at følelser er normale, og at det er viktig å få kontakt med og snakke om følelsene sine. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

år. De var i alderen 7 – 12 år. Alle har foreldre som har opplevd krig og flukt, og noen av barna har selv opplevd krig og flukt. De fleste har sterke minner fra hjemlandet og reisen til Norge.

Det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon til foreldrene. Vi foretok hjemmebesøk til alle med tolk. Det var positiv respons fra alle foreldre. De uttrykte takknemlighet for at vi ønsket å gi barna et slikt tilbud, og det ble også etterspurt lignende grupper for voksne.

Deretter ble skolene kontaktet for å informere om opplegget, og en barne-skole ble valgt som fast base for gruppesamlingene. Dette var av praktiske og geografiske grunner. To av barna måtte hentes et annet sted i kommunen. De ble hentet på skolen og kjørt til hjemmet etterpå. Det ble kjøpt et barnesete for å sikre trygg transport. Leder og andre ansatte ved asylmottaket ble også informert om tilbudet og hvilke barn som skulle delta.

Gjennomføringen

Vi har hatt elleve gruppesamlinger. Det ble nødvendig fordi ett av barna ikke var til stede den ene gangen, og vi anså det som viktig at alle var med på alle temaene.

Vi så en god utvikling hos barna gjennom hele prosessen. I starten var de mer opptatt av å prestere og lage fine bilder enn av temaet. Etter hvert forsto

de at dette var en måte å uttrykke følelser og tanker på, og at det ikke handlet om å være «flink».

Vi ledere var nøye på at det skulle være stille under maleøktene, slik at alle fikk konsentrere seg og tenke i fred.

Alle barna fikk si noe om hva de hadde malt og sine tanker om temaet. Det var ikke krav om at de skulle snakke om bildene sine, men alle ønsket det hver gang. De ble også etter hvert veldig flinke til å stille hverandre spørsmål, og viste god omsorg og respekt for de andre gruppe-medlemmene.

Kontaktlærerne gav oss tilbakemelding på at elevene gledet seg til samlingene, og de har sett en forandring hos noen elever. Det ble også oppdaget at noen hadde problemer som trenger videre oppfølging.

Evaluering

Det er gjennomført ett foreldremøte i ettertid. Alle gav uttrykk for at barna hadde likt seg godt i gruppene, og de hadde fortalt mye hjemme. Barna fikk med seg mappene med maleriene sine siste dag, og hadde vist dem fram hjemme. De var stolte av det de hadde fått til. Foreldrene fikk tilbakemelding på hvordan det har vært i gruppene og hva vi har sett av forandring hos barna.

Siste gruppesamling hadde vi en

spørreundersøkelse som gikk på hvordan barna hadde opplevd timene. Barna var jevnt over godt fornøyd. Som oppfølging vil vi vurdere videre tiltak i samarbeid med skolen og BUP der det er nødvendig.

Tanker videre

Erfaringen vi har gjort gjennom dette opplegget, er at det er nyttig for barna å få denne muligheten. De har lært at følelser er normale, og at det er viktig å få kontakt med og snakke om følelsene sine. De gode tilbakemeldingene bekrefter at det er behov for et slikt tilbud. Vi som har lang erfaring med barn i en slik livssituasjon, har ønsket et slikt opplegg i mange år, og er glad for at vi nå har fått mulighet til å drive slike grupper.

I samarbeid med helsesjef og skolesjef i Østre Toten kommune, er det bestemt at vi skal fortsette med grupper neste år også. ■



Tekst **Anne-Grete Flatabø Engtrø**, helsesøster med delegert ansvar for asylsøkere og flyktninger



Tekst **May Bente Raudajoki**, spesialpedagog og veileder i norsk som andrespråk.

Løper av seg kiloene

I Gran kommune får barn og unge tilbud om morsom trim, i regi av helsesøster- og fysioterapitjenesten.

De siste 10. årene har helsesøstrene i Gran kommune, som ellers i landet, opplevd et økende antall barn med overvekt. Vi fulgte opp med samtaler, men hadde få tiltak å tilby overvektige barn og deres foresatte.

For å møte et økende samfunnsproblem med lite fysisk aktivitet ble det i 2006 igangsatt et tverrfaglig samarbeid med fysioterapitjenesten, da begge tjenestene hadde mange av de samme erfaringene og ønsket et aktivitetstilbud for de overvektige barna. Idrettslinja ved Hadeland videregående skole ble også tilknyttet det tverrfaglige samarbeidet og avgangselevne har fått rollen som aktivitetsveiledere. Dette gir avgangselevne praksis i faget ledelse på skolen. Det er et tett samarbeid med faglærer som evaluerer sine elever underveis.

Organisering

Målgruppen er overvektige barn mellom 8 til 12 år. Våren 2011 deltok cirka 20 barn i gruppen. Aktiviteten drives

FAKTA

Tilbudet består i hovedsak av to grupper: «Tirsdagstrimmen – trim med moro» og «Artig med fart i». Målgruppen er barn og ungdom som ikke deltar på annen fysisk aktivitet. Det legges vekt på lek og bevegelsesglede. Aktiviteten er tilpasset deltagerens behov, og mestringsopplevelse hos den enkelte vektlegges. Aktiviteten varierer mellom bevegelse i gymsal og i basseng. Gruppene veiledes av elever fra idrettslinja ved Hadeland videregående skole.

uten prosjektmidler og er en del av kommunens faste tilbud. Helsesøstrene og fysioterapeutene ved skolene står for rekrutteringen til gruppa. Helsesøstrene på skolene har hovedansvaret for oppfølgingen av barn og foreldre/foresatte. De avtaler samtaler med foreldre/foresatte og barn. Ved behov henvises de videre til barnepoliklinikken og/eller dietetiker ved Sykehuset Innlandet, avdeling Gjøvik. Det er i flere år drevet et forskningsbasert overvektstiltak for barn i alderen 6 - 8 år ved poliklinikken i Gjøvik og Lillehammer.

Lystbetont

Det legges vekt på lek og bevegelsesglede, og aktiviteten tilpasses barnas behov. Barna skal oppleve mestring og dette er sentralt ved utarbeidelsen av aktivitetsopplegget. Målet er å gi barna en lystbetont opplevelse av fysisk aktivitet og inspirere overgang til etablerte idrettstilbud i kommunen. Videre oppmuntres foreldre/foresatte og barn til å prioritere fysiske aktiviteter på kvelder og i helgene. Det settes opp et variert program med aktiviteter i gymsal, svømming og noen uteaktiviteter. Aktivitetstilbudet er gratis, en gang i uken, og foregår på en sentralt beliggende barneskole. Vi har invitert forskjellige fagpersoner for å snakke om kosthold og har hatt besøk av dietetiker, konsulent fra opplysningskontoret for frukt og grønnsaker med flere. Det er holdt temamøter med barn og foreldre/foresatte om kost og fysisk aktivitet. Den største utfordringen er transport

til gruppa. Det har ofte løst seg ved at foreldrene har organisert samkjøring.

Positive rollemodeller

Fordi barna storkoser seg med de morsomme aktivitetene har dette blitt en meget positiv og stimulerende arbeidsoppgave. Både barn og foreldre har kommet med meget gode evalueringer av tilbudet. Det er en stor fordel at ungdommer i 18-årsalderen leder gruppa. De fungerer som positive rollemodeller som barna ser opp til. De er også kreative i tilretteleggingen av morsomme og fantasifulle aktiviteter, som gir barna en positiv opplevelse av tilbudet. Fysioterapeuten veileder idrettslinjeelevne og helsesøster organiserer gruppa. Brukermedvirkning blir blant annet ivare tatt ved at foreldrerepresentanter har ansvar for oppmøtelistene og deltar på planleggingsmøtene. Semesteret avsluttes med en fruktfest med barn og foreldre/foresatte. Det deles ut diplomer og oppmøtepremie. Oppmøtepremie har for eksempel vært drikkeflaske eller sitteunderlag.

Også ungdom

Helsesøstrene og fysioterapeutene har ønsket å videreutvikle tilbudet til også å gjelde ungdom. Det ble innledet et samarbeid med Brandbu Idrettslag i 2008. Lederen for idrettslaget har tatt ansvar for organiseringen av aktiviteten. En gang i uken veileder elevne fra idrettslinjen en gruppe ungdom rett etter skoletid. Tilbudet er lagt til Brandbu ungdomsskole. Deltagerne kan



ta videregåendebussen hjem og har derfor ikke noen transportproblem denne dagen. Målgruppa er elever fra 13 til 16 år. Deltakerne kan velge mellom to grupper hver gang, aktiviteter i gymsal eller svømming. Tilbudet er gratis og Brandbu idrettslag har fått prosjektmidler for å drive gruppa.

Helsedirektoratet utga i år «Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge» med nye nasjonale retningslinjer. Kommunene er forpliktet til å gi tilbud til overvektige barn og deres foreldre/foresatte. Kommunen må finne ut om tilbudet til barna skal styrkes og rettes kun mot overvektige, eller utvides til alle fysisk inaktive barn som trenger en positiv mestringsopplevelse. For å styrke tilbudet kan det bli aktuelt å trekke inn familieveileder, psykolog eller lignende. Det har også vært diskutert om foreldre/foresatte skal tilbys kurset «Bra mat for bedre helse».

Vi som samarbeider opplever det meget inspirerende å jobbe tverrfaglig om dette tiltaket. Ta gjerne kontakt med oss for å utveksle ideer og erfaringer. ■



Tekst **Tina Kottenhoff**,
helsesøster i Gran kommune



Tekst **Marianne Heggen**,
fysioterapeut i Gran kommune

SATS på hjemmebesøk

I Etnedal gir vi tilbud om hjemmebesøk ved to års alder. Erfaringene er udelt positive.

Tilbudet om hjemmebesøk har vi hatt siden år 2000. Bakgrunnen var blant annet at det var flere sider ved konsultasjonen som opplevdes utfordrende, når 2-åringen kom som gjest på helsestasjonen. 2-åringer er gjerne både reservert i uvante omgivelser og har bestemte meninger. Bestemmer de seg for ikke å samarbeide, kreves det både tid og innsats for å få de på andre tanker. Dette gjorde det ofte vanskelig med slike ting som for eksempel tanninspeksjon og vekt- og høydemåling.

Det å få 2-åringen i tale var heller ikke lett bestandig, i løpet av den tiden vi hadde til rådighet på helsestasjonen. Når de andre lekene på helsestasjonen i tillegg var mye mer spennende enn SATS-lekene, var det ofte utilfredsstillende observasjoner og opplysninger vi satt igjen med. Det førte gjerne til en ekstrakonsultasjon.

Bedre hjemme

Erfaringene vi har gjort oss når helsesøster kommer som gjest i 2-åringens trygge og vante hjemmemiljø, er at vi raskt blir gode venner og leker sammen. SATS-lekene er «nye» og spennende, og det er stort sett en grei sak å observere 2-åringens språkferdigheter. Tennene er

SATS

SATS (Screening av To-åringers Språk) er en systematisk språkoobservasjon, som primært fokuserer på barnets språkforståelse. Den består av ti kjente objekter fra barnets hverdag, kartleggingsskjema, foreldreskjema og en veiledning. I observasjonen blir barnet bedt om å leke med objektene på ulike måter, og i tillegg skal samspill og oppmerksomhet vurderes.



I VANTE OMGIVELSER: Det føles tryggere for barna å være hjemme enn på helsestasjonen. Foto: Colourbox.

det som regel heller ingen problemer å få ta en titt på, når vi leker.

I løpet av hjemmebesøket, gjør vi en avtale for legeundersøkelse på helsestasjonen. Dette blir gjerne rett etter at helsesøster har vært gjest hos 2-åringen, og da vil 2-åringen gjerne være gjest hos helsesøster. Det er sjelden vanskeligheter med å få til vekt- og høydemåling på helsestasjonen i den forbindelse, fordi vi kjenner hverandre fra forrige møte.

I en periode med stor arbeidsbelastning og redusert bemanning, prøvde vi å spare tid ved å ha 2-årskonsultasjonen på helsestasjonen. Avhengig av hvor langt unna helsestasjonen er, gikk det fra 1 til 2 timer til hjemmebesøket.

Vi konkluderte raskt med å gjeninnføre hjemmebesøket. Det at vi ofte måtte sette opp ekstrakonsultasjoner etter mangelfull observasjon ved første besøket, gjorde at det ikke var så mye tid vi sparte. I tillegg opplevde vi at vi satt igjen med et mer reelt inntrykk av 2-åringen etter hjemmebesøket, enn det vi gjorde ved konsultasjon på helsestasjon. Dette opplever vi som betryggende, spesielt

med tanke på at om alt ser greit ut på to år, går det lenge før vi ser barnet igjen.

Positive foreldre

Foreldrene er positive til hjemmebesøket. De ser at 2-åringen deres stort sett viser helsesøster sine ferdigheter, uten at foreldrene må legge til så mye om hva barnet behersker. De aller fleste synes også at det er hyggelig med besøk, og setter pris på at vi tar oss tid til å komme hjem til dem. Det er sjelden noen takker nei til tilbudet.

Det at de må møte opp på helsestasjonen en annen dag, for legeundersøkelse, er helt greit for dem.

De erfaringene vi har gjort oss, ved å gjennomføre SATS på hjemmebesøk ved 2 år, har vært udelt positive. Dette er noe vi ønsker å prioritere i årene framover også, og vi er svært fornøyde med at vi har ressurser til å gjennomføre det. ■



Tekst Liv Sonja Solbrekken
Helsesøster

Aktuelle bøker



Omslagsfoto Forlagene

BOKANMELDELSE

Tittel: *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*
Forfatter: *Per Jensen og Inger Ulleberg*

Forlag: *Gyldendal Akademisk*
Anmelder: *Kari Buskenes Ringstad, helsesøster i Øyer kommune og familierapeut*



Kommunikasjon i tverrfaglig samarbeid

Forfatterne henvender seg til ulike profesjoner innenfor helse, sosial og pedagogikk. Boka er et bidrag til å skape et felles språk og felles profesjonell kunnskap i tverrfaglig samarbeid.

Boka er delt inn tre deler. I den første delen presenteres et grunnleggende kommunikasjonsperspektiv og ulike tradisjoner innenfor kommunikasjonsteori. Den andre delen tar for seg systemisk kommunikasjonsteori og går i dybden på begreper utviklet av Gregory Bateson. Her blir leseren presentert for ulike måter og nivåer å kommunisere på. Den tredje delen handler om profesjonell praksis, det vil si samtalen eller møtet mellom profesjonsutøver og bruker.

I tråd med systemisk tenkning, har boka fokus på det relasjonelle. Ved å flytte blikket fra egenskaper ved personer til relasjoner mellom personer, kan vi utvide vår forståelse, mener forfatterne. Hvordan vi forstår og tolker det vi ser, er gjennomgangstema i boken.

Forfatterne henvender seg direkte til leseren og inviterer til egne refleksjoner underveis i lesingen. Dette gjør at leseren blir engasjert i boka og kan relatere teorien til egen praksis eller eget liv. Boka henvender seg til grunnutdanningene, men kan med fordel leses av profesjonsutøvere. Den inviterer oss til å utvide og utfordre egne forståelser, som kan være den største hindringen i møtet med brukere av tverrfaglige tjenester.

BOKANMELDELSE

Tittel: *Ville og Stille barn i barnehagen – Veier ut av låste adferdsmønstre.*

Forfatter: *Lise Barsøe*
Forlag: *Kommuneforlaget*
Anmelder: *Synnøve Harerusten, helsesøster i Sel kommune*



Arbeid med adferdsendring i barnehagen

Lise Barsøe er pedagog med mye erfaring fra skolen. Hun har erfaring med å veilede i pedagogisk utviklingsarbeid. Barsøe har gjennom en årrekke holdt kurs og veiledet voksne rundt barn med adferdsvansker. Forfatteren er opptatt av at voksne rundt et barn som sliter, enten det er med utagering eller det er et veldig stille og innagerende barn, må legge til rette for gode utviklingsmåter og læringsprosesser på et tidlig tidspunkt.

Boka er strukturert, oppsatt og inndelt i hoveddeler og kapitler, og er dermed lett å finne fram i. Hun er informativ og gir god kunnskap om hva som kjennetegner de ville barna og de stille barna. Boka sier også noe om hva som kan ligge bak denne formen for adferd. Den gir konkrete forslag til hensiktsmessige tiltak for å snu de ulike, uheldige adferdsmønstre som barnehagepersonalet møter og bekymrer seg for. Boka er rikt illustrert med eksempler fra praksis. Den er lettlest og gir leseren en god forståelse av barnets adferd og hvordan de voksne kan reflektere og intervensere for å hjelpe barnet. Den sier også en del om forutsetninger for å lykkes med å hjelpe barn ut av uheldige og låste adferdsmønstre. Herunder hvordan samarbeid innad i barnehagen og samarbeid med foreldre og andre hjelpeinstanser bør foregå.

Boka er svært aktuell med tanke på tidlig intervensjon og tilrettelegging for god psykososial utvikling blant de minste. Hun bygger mellom annet på nyere forskning innen barnepsykologi. Den egner seg svært godt for alle yrkesgrupper som arbeider i barnehage og i småskole. Den bør også leses av hjelpeapparatet på kommunalt nivå, som helsesøstre, ansatte i pp-tjenesten, barnevernsansatte og andre. Denne boka vil være nyttig i tverrfaglig teamarbeid. Jeg vil også tro at en del foreldre vil ha stort utbytte av å lese den.

Etter min mening har forfatteren greid å strukturere dette omfattende stoffet på en god måte, slik at leseren får god oversikt over hva dette handler om. De mange eksemplene fra praksis gjør boka interessant og lettlest.

«Gå med din gamle frakk og kjøp en ny bok!»

Austin Phels

BOKANMELDELSE

Tittel: Foreldrerollen
Det er du som er voksen!
Forfatter: Anne Nielsen
Forlag: Cappelen Damm
Anmelder: Astrid Grydeland
Ersvik, leder LaH NSF



Tydelig og inspirerende

Anne Nielsen er førskolelærer og samtaleterapeut i psykosyntese, og driver firmaet Foreldrepraxis. Hun er en mye benyttet foredragsholder.

Hennes visjon med boken er å bidra til at flest mulig barn får muligheten til å utvikle og bruke alle sine evner og talenter i størst mulig grad, samtidig som de lærer å leve i harmoni med andre og finner et fellesskap hvor de hører til. Boken er skrevet både for foreldre og de som jobber med barn.

Boken starter med forfatterens tanker om tidsånden og den moderne barndommen, sett i et historisk og politisk perspektiv. Det er nyttig å se oppdragerollen og barndommen i et historisk lys. Det bidrar til forståelse for hvorfor vi velger de strategier vi gjør som foreldre og hvorfor gårsdagens råd om og syn på oppdragelse ikke nødvendigvis kan overføres til dagens virkelighet. Forfatteren belyser på en god måte hvordan dagens "nye" barn på mange måter er mer utfordrende både for foreldre og oss som arbeider profesjonelt med barn. Hun retter et kritisk søkelys på det som gjerne oppfattes som "korrekt" pedagogikk og barneoppdragelse i dag. Særlig vektlegges fenomenet "boomeritis". Begrepet lar seg vanskelig oversette til norsk. Boomeritis oppstår når en person kan tenke rasjonelt og har evnen til å se ting fra mange synsvinkler, men blir overstyrt av sine egne følelser og dermed mister evnen til å tenke klart. I barneoppdragelsen viser dette seg for eksempel når foreldre lar seg presse av barnas intense følelser til å ta avgjørelser de egentlig ikke kan stå inne for.

Boken beskriver ulike oppdragerstiler, fordeler og ulemper ved disse, samt konsekvenser. Forfatteren peker på behovet for tydelighet - eller personlig autoritet i praksis - hos de voksne som omgir barna. Hun beskriver med eksempler og et humoristisk skråblikk hvordan vi kan møte konkrete situasjoner knyttet til for eksempel søvn og måltid.

Et eget kapittel er viet kunnskap om barns utvikling. Selv om kapitlet er spekket med teori klarer forfatteren å formidle dette på en lettfattelig måte. Gjennomgående i boken er bruken av gjenkjennbare eksempler fra dagligliv med barn.

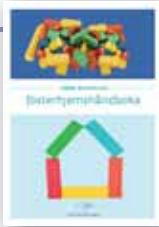
Forfatteren vektlegger også behovet for tydelige verdier, moral og empati. Et hovedbudskap er at barn og unge trenger voksne ledestjerner, rollemodeller som lærer dem både de praktiske ferdighetene, men også god moral og samvittighet.

Anne Nielsen har lyktes med å skrive en pedagogisk god, lettlest og inspirerende bok om foreldrerollen. Det gjør hun ved en fin kombinasjon av teori og eksempler, med humor og kritisk blikk på vedtatte "sannheter". Hun får oss til å reflektere over så vel egen barndom som egen oppdragerolle. Boken er skrevet på en måte som gir deg lyst til å lese videre.

Boken er nyttig lesning for både helsesøstre og foreldre.

BOKANMELDELSE

Tittel: Fosterhjemshåndboka
Forfatter: Hege Sundt
Forlag: Kommuneforlaget
Anmelder: Randi Melbø, helsesøster i Nord-Fron kommune



Nyttig for fosterforeldre

Sundt har i denne sjettede utgaven av Fosterhjemshåndboka oppdatert innholdet til bestemmelsene i lovverk, forskrifter, retningslinjer og veiledere. Den nye reviderte fosterhjemsavtalen for de kommunale fosterhjemmene samt en egen fosterhjemsavtale for de statlige fosterhjemmene er innarbeidet i denne utgaven. Det vises også til oppdatert forskning og praksis som er relevant for fosterhjemssorgen.

Boka tar for seg sentrale spørsmål for fosterforeldre og inneholder seks hoveddeler som er inndelt i samsvar med de ulike fasene i en fosterhjemsplassering, fra rekruttering av fosterforeldre til utflytting og ettervern. Første del omhandler blant annet fosterbarnas bakgrunn, hva som styrer fosterhjemssorgen, organisering av fosterhjemmene og ulike kategorier for fosterhjem. Videre er temaet planlegging- og forberedelsesfasen som tar for seg barns utviklingstrekk og krav som stilles fosterforeldre. Den tredje delen i boka, etablerings- og plasseringsfasen, har fokus på fosterhjemsavtalen, fosterfamilien og taushetsplikten, samarbeid, det økonomiske aspektet ved fosterhjemsavtalen og fosterforeldres sosiale rettigheter. Barnevernstjenestens oppfølging og kontroll, samarbeidende instanser rundt fosterbarnet og endringer i fosterfamilien er tema i fjerde del. Avslutningsvis tar boka for seg flytte- og avslutningsfasen og deretter fokus på selve fosterbarnet. Forfatteren fletter lover, forskrifter og retningslinjer grundig inn i hver hoveddel.

Boka er omfattende og er nok svært nyttig for fosterforeldre. For andre vil jeg tro at den fungerer mest som oppslagsverk. Den er strukturert, ryddig og enkel å finne fram i og har et tydelig og enkelt språk. Boka er i hovedsak skrevet for fosterforeldre, tilsynsførere, besøkshjem, støttekontakter og samarbeidende instanser rundt fosterbarnet og fosterfamilien. Helsesøstertjenesten er nevnt som samarbeidende instans i boka. Jeg mener det er viktig at helsesøstre er kjent med boka for å bruke den i arbeid med fosterbarn og fosterforeldre, men også for å kunne gi den som bokanbefaling til blivende eller vel etablerte fosterforeldre.

Aktuelle bøker



BOKANMELDELSE

Tittel: *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*
Redaktører: Vibeke Moe, Kari Slinning og Marit Bergum Hansen
Forlag: Gyldendal Norsk Forlag
Anmelder: Sigrid Aas, rådgiver Helse Midt-Norge RHF



Solid bok om psykisk helse

Boken handler om sped- og småbarns utvikling, deres psykiske helse og potensielle psykiske uhelse. Boken på 800 sider inneholder 39 kapitler inndelt i fire emner.

Første del av boken handler om hvordan barnets utvikling skjer i samspill med sine omgivelser. Barnets egne forutsetninger og miljøets kvaliteter gir viktige premisser for samspillet og hvilke vekst- og utviklingsmuligheter barnet har. En forståelse av foreldre-barnsamspill og utvikling ut fra "transaksjonsmodellen" går igjen i hele boken. Her er kapitler om tidlig utvikling, resiliens, tidlig sentralnervøs utvikling, samspill i ulike aldre og med ulike forutsetninger, språk, intelligens, temperament og betydningen av den kulturelle påvirkning.

Andre del omhandler barn som er i risiko for utviklingsvansker, og flere kapitler viser hvordan risikofaktorer hos barnet og /eller vansker hos foreldrene påvirker samspillet dem imellom og får betydning for barnets (og foreldrenes) utvikling. Denne delen dekker blant annet prenatal påvirkning av rusmidler, foreldres helse, uro og reguleringsvansker hos barnet, for tidlig fødte barn, barn med autisme, barn med utviklingshemning og barn utsatt for omsorgssvikt. Store og små grupper av barn i risiko, som fagpersoner møter i sin praksis, blir omtalt.

Den tredje delen tar for seg kartlegging og diagnostisering av utviklingsvansker hos barn. Flere forfattere er opptatt av at barn og foreldre fortsatt må vente lenger enn nødvendig på adekvate tiltak. Her gis omtale av og kunnskapsgrunnlag for metoder som kan benyttes til ulike formål. Det drøftes hvordan ny kunnskap bør være retningsgivende for utvikling av helsestasjoner og barnehager og at fornyingsarbeid bør foregå på tvers av kommunegrensene, forvaltningsnivå og faggrupper. Her er samhandlingsreformen tatt godt vare på!

Kartleggingskapitler etterfølges selvsagt av en del av boken som er viet tiltak og behandling. Her er omtale av intervensjonsmetoder rettet både mot barnet og foreldrene

og mot spesielle grupper som fosterbarn og fosterforeldre. Barnehagen som arena og ulike sider av barnehage som barnepassalternativ for alle barn er også drøftet og flere studier referert. Barnehage er den alminneligste måten å skaffe seg god og trygg barnepass, kvaliteten på norske barnehager bør derfor være god og tilpasset alle barn.

Denne fagboken favner vidt og målgruppene for boken er mange. Her bør alle fagpersoner som arbeider med barn kunne finne sine kapitler av interesse, om de arbeider i kommune eller i andre linjetjeneste, med helse- eller skoletilknytning. De fleste i målgruppen har lest utviklingspsykologi tidligere og de fleste kapitler vil være godt tilgjengelig for alle. I noen kapitler blir forskningsfundamentet framstilt nokså detaljert og kunnskap innen forskningsmetode og statistikk vil lette lesingen. Boken bør finnes som oppslagsverk i utdanningsinstitusjoner, den er tydelig i sin inndeling og innholdet godt beskrevet gjennom innholdsfortegnelsen.

For mange barn og barnefamilier har fått den samme pakken fra offentlige tjenesteytere, uten hensyn til at problemstillingene har vært ulike. Det er nødvendig at det offentlige tilbudet blir mer nyansert og treffsikkert i forhold til hvilket behov barnet og familien har. Barn og foreldre i Norge møter tidlig både helsestasjonen og barnehagen. Her bør de kunne møte fagpersoner med en passe stor verktøykasse, med redskaper de er trygge på å bruke.

Ideen til boka oppsto i forbindelse med 70-årsdagen til Lars Smith, nestor og foregangsmann i norsk sped- og småbarnsforskning. Vi trenger norsk forskning på fagfeltet og jeg skulle ønske vi hadde enda større ressurser å sette inn her. Vi trenger også dyktige fagpersoner som introduserer og "oversetter" internasjonal forskning til bruk i klinisk arbeidet under norske forhold. Jeg vil rette en stor takk til initiativtakere, redaktører og forfattere for denne solide mursteinen av en bok.

Felles front mot rus

Ringebu kommune har i flere år satset på rusforebyggende arbeid. I 2002 ble det dannet en tverrfaglig og tverretattlig gruppe, HSA, som jobber med holdningsskapende arbeid mot rus.

HSA har fokus på barn og unge og består av representanter fra nærmiljøsentralen, barnevern, kultur- og oppvekst, helsesøster, psykisk helsevern, ungdomskole, NAV og politi. Gruppen er forankret både politisk og administrativt i kommunen. I mai 2007 ble Ringebu SLT kommune. SLT står for Samordning av Lokale kriminalitetsforebyggende Tiltak. Dette er en modell som er utviklet av Det kriminalitetsforebyggende råd til bruk i norske kommuner. HSA-gruppen er kjernen i dette arbeidet i Ringebu.

Målsetninger for gruppa:

- Skape positive møteplasser for barn og unge.
- Fokuserer på og forbedre barn- og unges sitt oppvekstmiljø.
- Ansvarliggjøre og aktivisere foreldregruppen.
- Få til nettverksarbeid i alle barnehager, barneskoler og ungdomsskolen
- Fokuserer spesielt på barn og unge i risikogruppen.

HSA-gruppen tenker langsiktig. Dette er viktig for å se effekten av arbeidet som blir lagt ned, fra mor er gravid til ungdommene går på videregående. Nettverkbygging og bevisstgjøring går som en rød tråd gjennom hele dette arbeidet.

Viktig nettverk

Alle foreldre får tilbud om å gå i grupper på helsestasjonen. Flere treffes utenom de faste treffene. På Fåvang er det trillegruppe en gang i uka, etter turen treffes de fleste på Hansen kaffe. Kommunen har også åpen barnehage, babysang og småbarnsang som er viktige nettverksbyggere. Helsesøstrene er bevisste på viktigheten av å ha et nettverk og prøver å motivere foreldre med lite nettverk til å bli med på slike tiltak. HSA skal bidra til å styrke og videreføre nettverksarbeidet i skole, barnehage og på uorganiserte fritidsarenaer.

Foreldrene arrangerer nettverksamlinger, der alle skal føle seg velkommen. Alle klasser og grupper i barnehagene har 2-3 treff i året, der foreldre og barn treffes til ulike aktiviteter. Det skal være aktiviteter som alle kan delta på. HSA gruppa gir økonomisk støtte til disse samlingene.

Snakker om alkohol

Vi ønsker å bevisstgjøre foreldrene, at de er de viktigste rollemo-dellene for sine barn. Helsesøster har alkoholbruk som tema på

hjemmebesøk etter fødselen og ved 18 mnd.

HSA-gruppen synes det er viktig å delta aktivt på foreldremøter. Det er viktig å aktivisere foreldregruppen på disse møtene og få til gode diskusjoner.

Annerledesdag

Vi har siden 2005 hatt noe vi kaller «Annerledesdag» for 10.klasse. Vi overtar alle elevene en dag og tar de med til Kaupanger, et forsamlingslokale i Ringebu. Der lager vi et opplegg med forskjellige aktiviteter og informasjon om alt fra prevensjon til psykisk helse. Dette har så langt vært et populært tiltak.

Vi er en tverrfaglig og tverretattlig gruppe, og har god kjennskap til hva som rører seg i kommunen og har mange kontakter. Gruppen er viktig for å koordinere tiltak og som pådriver for barne og ungdomsarbeidet i kommunen. Leder for gruppa sitter i Politiråd sammen med ordfører, rådmann, lensmann og leder for Ungdomsråd. Han er også sekretær for ungdomsrådet.

Østnorsk kompetansesenter mot rus har hele tiden vært vår nære samarbeidspartner og rådgiver. Vi har fått mye støtte av de – ikke minst økonomisk. ■



Tekst Berit Aarnes, tjenesteleder for helse-tjenesten i Ringebu kommune. Bakgrunn som helsesøster.

– Slipp ideene løs

■ Portrettintervju med Gro Gjerdrum

– Sett fyr på demokratiet, slipp helsesøstrene løs med alle sine tanker og ideer, sier pensjonert helsesøster Gro Gjerdrum.

Tekst **Anne Holt**, helsesøster i Nord- Fron og **Solveig Sylte**, helsesøster i Ringebu

Et samfunn i endring og endringer i helsebildet skaper nye utfordringer for helsesøster.

– *Hva tenker du om dette?*

– Det har foregått en endring i den kulturen som barn og unge vokser opp i. Som helsesøster brukte jeg stadig mer tid på samtale med barn og unge om dette. Jeg tegnet ofte relasjonskart for å hjelpe dem med å få bedre oversikt over menneskene som kom og gikk i familielivet deres. Selvpptatte voksne, kaos i familiestrukturene og mange brutte forhold kan være med å skape relasjonsproblemer for barn. Flere urolige unger med konsentrasjonsvansker og psykiske lidelser er et tegn i tiden; så ingen tvil om at utfordringene er store, sier Gro Gjerdrum.

– *Nye satsningsområder, faglige krav, oppgaver og ansvar tillegges tjenesten – i tillegg til allerede eksisterende oppgaver. Et tydelig lovverk og innføring av normtall er foreslått som strategier for å imø-*

tekomme slike tendenser. Er dette gode virkemidler, tenker du?

– Ja, det mener jeg virkelig. Det får meg til å tenke på ordningen med fylkeshelsesøster da jeg startet opp. Da ble normene for vår tjeneste fastlagt fra fylkeslegen. Fylkeshelsesøster fulgte opp kommunens ivaretagelse av sitt ansvar. Alt av informasjon og brosjyrer til våre brukere ble også faglig vurdert som en garanti for faglighet. Da ordningen falt bort ble det vanskelig for helsesøstertjenesten selv å måtte forhandle og argumentere med kommunen om midler og resurser. Mye tid går med til dette, og jeg har erfart at det mange ganger er vanskelig å nå frem politisk og administrativt. Så ja, innføring av normtall for tjenesten vil være et godt hjelpemiddel, sier Gro Gjerdrum.

Helsesøster skal ivareta helheten rundt en familie.

– *Sliter vi oss ut når vi påtar oss rollen som kontinuitetsbærende potet?*

– Dette er først og fremst et spørsmål om god nok bemanning. Det må være nok helsesøstre som kommer på jobb om morgenen for å ivareta alle de viktige arbeidsoppgavene. Så igjen vil jeg si at det var mye positivt med fylkeshelsesøsterordningen som så på arbeidsmengde og belastning per helsesøster. Det er i utgangspunktet positivt å kunne være "potet". Vi helsesøstre vil ofte jobbe på denne måten; følge den ene familien fra "begynnelsen av

problemstillingen til slutten". Slitasjen oppstår når det blir for mange barn og familier per helsesøster å ha ansvaret og oversikten over. Dette har ikke bare med koordinatrorollen å gjøre, men likeså mye med hvem som kjenner familien best og har etablert den genuine relasjonen som er så viktig for å kunne hjelpe, sier Gjerdrum.

– *Ser du en tendens til økt patologisering? Er normalitets- og ressursperspektivet forskjøvet i feil retning?*

– Ja, det kan du spørre om. Det har nok blitt flere diagnoser i samfunnet vårt etter hvert både blant barn, unge og voksne. Årsakene kan være mange. Det er viktig å synliggjøre at det er mer kaos i familiene nå enn tidligere. Mange ungdommer føler seg ikke sett, og går rundt med en voksenlengsel. Men de voksne er opptatt med sitt. Som tidligere nevnt; urolige barn, konsentrasjonsvansker og økning av psykiske lidelser. Jeg er litt betenkt over at diagnosen ADHD er blitt til et "adehåde" som stadig dukker opp på folkemunne, sier hun.

Somet ledd i Samhandlingsreformen er det vedtatt to nye lover av særlig betydning for tjenesten; ny Folkehelselov og ny Helse- og omsorgslov. Forebyggende og helsefremmende arbeid skal styrkes i årene som kommer.

– *Hva tenker du om helsesøsters rolle her? Kan våre oppgaver like gjerne utføres av andre profesjoner?*

– Helsesøster er den eneste profesjo-

■ Om intervjuet

I Sykepleien nr. 9/2011 lå det vedlagt et hefte utgitt av Landsgruppen for Helsesøstre, NSF «Spesialistgodkjenning av helsesøstre». Heftet er en kortversjon av et grunnlagsdokument som er utarbeidet for å jobbe mot en spesialistgodkjenning av helsesøstre. På side 24 – 25 i dette heftet er overskriften «trender og fremtidsscenarioer». Flere av punktene her er tema for intervjuet med helsesøster Gro Gjerdrum.

Gro Gjerdrum

Stilling: Pensjonert helsesøster
Bakgrunn: Gro Gjerdrum er fra Oslo, men har vært bosatt i Nord-Fron siden 1985. Hun har virket som helsesøster og tilsynsfører for barneverntjenesten i Nord-Fron. Utdannet sykepleier i 1963. Videreutdanning innen anestesi, helsesøsterfaget og barnevern. Hun har jobbet på en rekke sykehus i Norge, vært i Nigeria, Bangladesh og jobbet i ulike kommuner.

nen med videreutdanning spesifikt rettet mot barn og unge, og som i tillegg jobber helsefremmende og forebyggende. Helsesøsters rolle er uhyre viktig, og vi må hele tiden jobbe for å ta vare på egen profesjon. Jeg har erfart at andre yrkesgrupper og profesjoner vil inn på vår arena. Jeg har en oppfordring til alle skolene: få på plass skikkelige arbeidsforhold for helsesøstrene! Slutt å se dere om etter psykiatriske sykepleiere, vernepleiere og andre som vil inn på helsesøsters arena. Men, helsesøstrene må bli tøffere til å markedsføre selv også; fremstå som mer trygge og overbevisende! Vi må målbære at vi ikke lenger går rundt i tresko med hårspenner på snei og kun veier, måler og vaksinerer. Jeg er ikke imot tverrfaglig samarbeid, men helsesøsterstillingene må bemannes med helsesøstre! sier Gro Gjerdrum.

– *Hva tenker du om fremtidens helsesøster? Trenger hun en spesialistgodkjenning?*

– Dette er positive signaler; få på plass en spesialistgodkjenning. Det er såpass krevende å være helsesøster i dag at rammen må være på plass; en slik godkjenning vil sikre veiledning og nødvendig kursing underveis. Dette gir troen på fremtidens helsesøstre. I tillegg er dette viktig i forhold til arbeidsgiver. God informasjon og tydeliggjøring av helsesøsters kompetanse kan være med på å sikre en felles forståelse for felles utfordringer. Helsesøster mangler ikke faget og kunnskapen, men kan noen ganger slite med å tydeliggjøre denne. Og ofte er forkla-

ringen konstant tidsmangel.

– Sett fyr på demokratiet, slipp helsesøstrene løs med alle sine tanker og ideer, humrer Gro Gjerdrum.

For en klok, flott og sterk dame, tenker vi – og rusler hjemover med nytt fattet mot i bagasjen. ■



Harstad ble trygt lokalsamfunn

Resultatene av helsesøstrenes innsats var avgjørende da Harstad fikk status som «Safe Community» av WHO. Arbeidet med å forebygge skader har etterpå blitt trappet opp.

Tekst **Anne Kristiansen**, helsesøster Harstad Kommune
Illustrasjonsfoto **Colourbox**

Et stort lokalt engasjement for å jobbe med ulykkesforebyggende arbeid, ga Harstad kommune status som «Safe Community» i 1994, som første norsk kommune. Godkjenningen ble feiret med en høytidelig seremoni 6. juni. Det var stor festivitas med så vel daværende WHO-sjef Claude Romer, som dronning Sonja til stede. Og helsesøstrene stilte i bunad.

Den spede begynnelsen

Gnisten ble tent etter at legen Børge Ytterstad i 1987 kom innom helsestasjonen for å snakke om hva som kunne gjøres for å forhindre brannskader hos barn. Han så konsekvensene av denne typen skader i jobben som kirurg på Harstad sykehus. Han hadde også drevet systematisk registrering av skader i 1 ½ år. Potensialet for å drive skadeforebyggende arbeid var åpenbart til stede på en arena der helsepersonell møtte så godt som 100 prosent av småbarnsforeldre gjentatte ganger.

Hans initiativ falt i god jord. Stemningen blant helsesøstrene for å ta i et tak var umiddelbart god. I særlig grad ble helsesøster Solveig Rostøl Bakken tent på feltet. Hun har vært en evigbrennende ildsjel i alle år siden. Først i sin ordinære

helsesøsterjobb, og fra 1992 i jobben som helsesøster i kommunens ulykkesprosjekt. Hun har stor del av æren for at arbeidet i helsesøstertjenesten kom i system, og for at kollegiet fikk nødvendige kunnskaper.

Ble doktorgrad

Rostøl Bakken har også stått på for kontakten ut til andre deltjenester i kommunen og samarbeidspartnere for øvrig. Alt dette har vært av stor betydning for at innsatsen fra helsesøstrene skulle få økt effekt. Likeledes har samarbeidet med Børge Ytterstad vært viktig. Han har som en del av sitt doktorgradsarbeid utarbeidet et system for skaderegistrering. Her kan det hentes ut informasjon i form av tall, statistikker og fritekst som forteller om ulykkesfeller, tidspunkt for ulike typer ulykker, hvem som rammes, med mer. Dette er data som brukes helt konkret for å rette fokus direkte målrettet der det trengs. For øvrig er alle landets sykehus pålagt å drive ulykkesregistrering fra 1. januar 2010. Dette fungerer foreløpig svært variabelt rundt om i landet.

Ulykkesforebygging var på denne tiden allerede et område som hadde begynt å få fokus fra direktoratet. Det ble utarbeidet mye nyttig brosjyrema-

teriell som kunne støtte opp arbeidet i lokalmiljøet.

Politikerne måtte med

For å bli godkjent som et trygt lokalsamfunn av WHO, krevdes mer enn ildsjeler og engasjement fra enkeltpersoner. Arbeidet måtte forankres i politisk og administrativ ledelse, og det måtte jobbes bredt over sektorgrenser. I tillegg var en viktig del av arbeidet å utarbeide dokumentasjon både på tilstanden i kommunen med hensyn til skadeforekomst, og effekt av tiltak. Et grundig planarbeid var nødvendig for å spisse innsatsen mot definerte mål. I Harstad kommune gjelder fire hovedfokus:

- Trafikkulykker
- Fallskade blant eldre
- Brannskader hos barn
- Arealplanlegging

Spenningen var stor da søknaden som dokumenterte det skade- og ulykkesforebyggende arbeidet i Harstad kommune ble sendt til vurdering. Ingen annen norsk kommune var tidligere godkjent, og dermed var det ingen oppgatte spor i lokalsamfunn helt likt vårt. Gleden og stoltheten var ubeskrivelig, da det ble klart at godkjenningen var et faktum.



ULYKKENE FORSVANT: Å få butikkene til å selge beskyttelsesutstyr til komfyrer, var et arbeid helse-søstrene så gpde resultater av på 1980-tallet.

Samtidig var alle involverte klar over at dette forpliktet oss til et utrettelig arbeid videre. Dette var ikke en medalje ved målgang, det var et startskudd for neste etappe.

Jo da, helsesøsterarbeid nytter

Arbeidet med å redusere antall brannskader hos barn, er et godt eksempel på at forebyggende arbeid på helsestasjonen nytter. Statistikken over antall liggedøgn for brannskadde barn 0–4 år ved Harstad sykehus (nå UNN, Harstad) i perioden 1985-86-87, viser at det årlig lå på cirka 50–70. Deretter følger en jevn nedgang mot 0 i 1994. Dette bildet holder seg i mange år. Hva skjer i disse årene? Jo, innsatsen fra helsestasjonen for å få ned tallet på skader intensiveres.

Statistikken viser mer enn antall liggedøgn. Den sier også at type skader i hovedsak er skåldeskader. En ulykkesfelle var komfyren. En annen var varmtvann fra springen. Midt på 80-tallet fantes det kasserollelevern til komfyrer, men det var liten etterspørsel. Alle

byens forretninger som solgte komfyrer ble anmodet om å ta inn kasserollelevern i sitt vareutvalg. Det var skepsis der ute i forhold til om det var et produkt som kom til å bli etterspurt av kundene. Forhandlerne lot seg imidlertid overtale etter hvert som de forstod at produktet kom til å bli anbefalt direkte til alle foreldre med nyfødte barn i deres hjem, og av offentlig ansatte helsesøstre. Snakk om mulighet til gratis markedsføring!

Dette ble en suksess, og kasserollelevern ble vanlig i småbarnsfamiliene. På hjemmesøk til nyfødte ble det også informert om sped- og småbarnshudens lave tålegrense for varmt vann, og om muligheten for å stille ned termostaten på varmtvannsberederen i hjemmet. Denne suksesshistorien ble en del av søknaden til WHO. At vi greide å holde 0-visjonen (antall liggedøgn) i mange år, er et godt eksempel på at helsesøsters forebyggende arbeid virker. Det er ofte vanskelig å dokumentere at forebygging har effekt, men i dette tilfellet vises det i statistikkens klare tall.

Alle skjønner at det har betydning i form av spart menneskelig lidelse, når vi unngår skader på små barn. I tillegg kan byråkrater og økonomer tilfredsstilles med tydelige regnestykker på sparte samfunnskroner. Det er både inspirerende og motiverende. Vi vet at vi har oppnådd mål, nettopp fordi vi kan hente ut nøyaktige statistikker fra skaderegistreringene.

Skader på innvandrerbarn

Hvordan har det så videre gått med brannskadene? Jo, vi må erkjenne at vi utover 2000-tallet har registrert noen få enkelthendelser som har resultert i innleggelse. Statistikken sa mer enn tall, den omfattet også registrering av omstendighetene rundt hendelsene. Slik ble det klart at dette handlet om innvandrerbarn.

Da var utfordringen til helsesøstertjenesten åpenbar. Innsatsen måtte skjerpes overfor disse familiene, og man måtte vurdere virkemidlene. Det nødvendige spørsmålet ble: Fungerer

de vanlige info-prosedyrer? Trengs det noe mer eller noe annet? Nytt brosjyremateriell som var tilpasset denne gruppen ble produsert. Det ble samlet demonstrasjonsmaterieell i en hendig bag egnet til hjemmesøk eller på konsultasjonsrommet. Etter hvert ble det også en tilgjengelig demonstrasjonsleilighet velegnet til praktisk informasjon.

Helsesøstrenes innsats

Det brannskadeforebyggende arbeidet får bli eksemplet på helsesøstertjenestens innsats for å gjøre kommunen til et trygt lokalsamfunn. Vi har kvalitets-sikrede prosedyrer som er retnings-givende for ulykkesforebyggende arbeid på de ulike konsultasjonene på helsestasjonen. Vi engasjerer oss i forhold til aktivitet og skolevei. Kommunen driver også helsestasjon for eldre som har stort fokus blant annet på forebygging av fallulykker.

Vi gir oss ikke med dette

Det er gått 17 år siden første godkjenning. Det nytter ikke å hvile på laurbærene. Dokumentasjonsarbeidet må fortsette. Planarbeidet må fortsette. Kommunen må kontinuerlig bidra aktivt i nettverket både nasjonalt og internasjonalt.

Vi har fått regodkjenning etter dette. Høsten 2011 søker vi WHO om regodkjenning igjen. Vi kan vise til et stort engasjement fra enkeltpersoner og lokalsamfunnet for å støtte arbeidet med brannskadde barn i Etiopia. Våre erfaringer her oppe i nord, kan komme andre til nytte.

I søknaden må vi igjen vise at vi er gode nok. Hvem skal vi være gode nok for? Ikke for WHO. Organisasjonen skal vi bruke for alt den er verdt for å skaffe kompetanse, inspirasjon og hjelp til å sikre kvalitet på arbeidet. Vi skal tilstrebe å være gode nok for kommunens innbyggere. Det er resultater i form av redusert antall ulykker og skader i lokalbefolkningen som er målet på om vi lykkes. For å komme dit, er jobb nummer en å spre kunnskap ut til folk. ■

■ SAFE COMMUNITY

Det er nå 18 godkjente kommuner i landet, og Harstad var den første. Totalt i verden er tallet 225.

I Norge er i tillegg Sogn og Fjordane godkjent som trygt fylke. Troms fylke, hvor Harstad ligger, jobber også mot samme mål.

Medlemskommunene er spredt ut i alle verdensdelene, og har formell forbindelse til hverandre gjennom et nettverk.

En "Safe Community", et trygt lokalsamfunn, må innfri krav i tråd med 6 kriterier:

- Arbeidet skal være tverrsektorielt
- Det skal utarbeides langsiktige skadeforebyggingsprogram
- Det skal utvikles egne program for høyrisikogrupper
- Det skal dokumenteres hyppighet og årsaker til skader og ulykker
- Tiltak og prosjekter skal evalueres
- Kommunen må delta aktivt internasjonalt i Safe Community-nettverket

Hvordan opplever barn å bli mobbet?

Helsesøster kan bidra til å få slutt på mobbing, men hva slags hjelp ønsker barna? I denne studien har mobbeoffer svart på hvordan det er å bli mobbet - og hvordan de ser for seg en drømmedag.

Foto: Colourbox



Av Lisbeth Gravdal
Kvarme, helsesøster og
høyskolelektor ved Høy-
skolen Diakonova i Oslo.

Mobbing har negativ effekt på skolebarns helse (1,2). De som blir mobbet har ofte psykososiale helseproblemer som angst, depresjon og negativt selvbylde. I tillegg er de ofte sosialt isolert eller mangler venner (3). Det er cirka 15 % av elever i grunnskolen i Norge som er involvert i mobbing (4). Mobbing kan defineres som “En person er mobbet eller plaget når han eller hun gjentatte ganger og over en viss tid, blir utsatt for negative handlinger fra en eller flere andre personer” (5). Negative handlinger betyr at man med hensikt påfører en annen skade eller ubehag med ord, fysisk kontakt som slag og spark, eller ekskludering. Mobbing kan altså skje både fysisk, psykisk eller sosialt. Det kalles ikke mobbing når to fysisk eller psykisk like sterke personer er i konflikt. Mobbing innebærer ubalanse i styrkeforholdet. Dette kjennetegnes ved at den som mobbes ikke klarer å forsvare seg og føler seg hjelpeløs overfor den som mobber.

Mobbing er et alvorlig problem som kan få konsekvenser for barns helse og livskvalitet på kort og lang sikt. Kortsiktige konsekvenser kan være at de gruer seg til å gå på skolen. Barnet kan få fysiske plager som hodepine, kvalme, magesmerter og søvnproblemer. Psykiske plager kan være at de blir redde, triste og ulykkelige. Sosiale plager kan innebære at ingen vil leke med dem og baksnakking (2,6). De langsiktige konsekvenser er kanskje de mest dramatiske. Fosse fant i sin doktoravhandling at mange av de som ble mobbet som barn hadde psykiatiske plager som voksne (7).

Tidligere studier har hovedsakelig forsket på negative helsekonsekvenser ved å bli mobbet. En

annen tilnærming er å utforske dette utfra barns livskvalitet. Livskvalitet er et vidt begrep som handler om helsestatus og tilfredsstillelse med livet i sin helhet (8). Det er et multidimensjonalt begrep som inneholder fysiske, psykologiske, funksjonelle aspekter og subjektiv velvære. Forskning viser at mobbing har negativ innvirkning på skolebarns livskvalitet og psykologisk velvære (9).

Helsesøsters rolle i skolen er å fremme helse og forebygge sykdom. Derfor er det viktig med kunnskap om hva som fremmer og hemmer skolebarns helse og livskvalitet. Livskvalitet er et positivt fenomen med et helsefremmende perspektiv som fokuserer på ressurser i stedet for problemer. Dette er det samme fokus som vektlegges i Løftmetoden (Løft). Løft er en tilnærming som er basert på samtaler der fokus er løsninger og ressurser. I denne studien ble en løsningsfokustert tilnærming benyttet i intervjuet av elevene ved å vektlegge deres drømmedag. Det kan hjelpe dem til å beskrive hvordan en god dag er og hva som skal til for å oppnå den.

Det er behov for mer kvalitativ forskning for å utforske og forstå hvordan skolebarn opplever mobbing (10). Ingen tidligere studier har undersøkt hvordan skolebarn har opplevd mobbing og hvordan drømmedagen deres ser ut på skolen.

Mål

Målet med denne studien var å undersøke mobbede elevers erfaringer, om hvordan drømmedagen deres er, og hva slags hjelp de ønsker fra skolen og skolehelsetjenesten.



«Drømmedagen var en dag da alle var vennlige mot hverandre.»

Etiske overveielser

Skriftlig og informert samtykke fra deltagerne og deres foresatte ble innhentet før studien ble gjennomført. Studien er godkjent av Regional etisk forskningskomité (REK) og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Design og metode

Dette var en kvalitativ studie av elever i 7. klasse som har vært mobbet. Fokusgrupper ble valgt for å utforske deres erfaringer med mobbing. Utvalget bestod av 17 barn i alderen 12-13 år, 14 jenter og tre gutter. Deltagerne meldte seg selv etter informasjon i klassen. Fokusgruppeintervjuet ble foretatt en gang med tre jentegrupper og en guttegruppe ved to skoler på Østlandet fra 2007 til 2008. En intervjuguide ble benyttet og samtalene ble tatt opp på lydband, transkribert og kodet.

Analysen

Dataene ble analysert i henhold til Kvale's (11) retningslinjer innenfor en fenomenologisk hermeneutisk rammeverk der man prøver å forstå deltagerens subjektive syn på virkeligheten og forstå meningen bak de mobbede elevers erfaringer på skolen i lys av livskvalitetsbegrepet og Løftmetoden.

Resultater

Fire hovedtemaer ble identifisert. Det første temaet var "erting og slossing", det andre var "emosjonell reaksjon av å bli forlatt eller ekskludert", det tredje var "behovet for venner for å nå drømmedagen" og det fjerde temaet var "stopp mobbingen øyeblikkelig".

Erting og slossing


Elevene fortalte at de følte seg ekskludert og hjelpeløse i mobbesituasjonen. Jentene vektla de psykososiale aspektene og konflikter ved mobbing, mens guttene snakket mest om de fysiske aspektene ved mobbing. Guttene sa at det ofte begynte med erting som endte med slossing. De fortalte at det var en mobbeleider i klassen som de var redde for. Ofte var det flere mot ett barn og de ble lei seg for at de ikke klarte å ta igjen. De sa at de ble truet med å bli slått om de fortalte om mobbingen til læreren. Mobbingen foregikk mest i friminuttene, særlig om de var alene og i gymtimene. Jentene oppga at de ofte ble mobbet for utseendet sitt av guttene.

Emosjonell reaksjon

Hvordan er den emosjonelle reaksjonen ved å bli forlatt eller ekskludert? Deltagerne beskrev at de følte seg hjelpeløse, maktesløse og at de ikke var i stand til å forsvare seg selv i mobbesituasjonen. En jente sa det slik: "Guttene ert meg og følger etter meg, og om jeg prøver å si noe tilbake og læreren hører meg så får jeg kjeft og guttene ler av meg".

Jentene følte seg misforstått og opplevde at de ble behandlet urettferdig. De følte seg avvist og ble såret. En jente sa: "Du føler deg dum og jeg har ikke hatt en god dag på skolen." En annen sa: "Hvorfor er jeg her? Jeg blir mobbet nesten hver dag og veldig ofte. Jeg klarer det ikke mer, ingen vil være sammen med meg, de sier bare: Gå din vei". De følte seg dumme og opplevde å bli ekskludert. En jente sa det slik: "Du føler deg dumpet og på bønn og dagen er dårlig. Og om noen baksnakker deg så vil de få med flere mot deg".

De ble lei seg og begynte å gråte når de ble mobbet. De oppga også at de var redde for å gå på skolen. En elev sa at hun ikke hadde noen å leke med i frimi-



nuttet: “Du føler deg utenfor og føler at du ikke er like god som de andre”. En jente sa: “Mobbing er farlig, fordi du kan tenke på å ta selvmord”. Hun fortalte at hun visste om en som hadde begått selvmord på grunn av mobbing.

Behovet for venner

Da deltagerne skulle beskrive drømmedagen sin, snakket de om å ha gode følelser og behovet for å bli inkludert i skolen. På en drømmedag ville de ha venner som de kunne stole på, og alle skulle være snille mot hverandre og ingen ble mobbet. Da kunne de føle seg trygge og var ikke redde for at noe vondt skulle skje. De ville respektere hverandre og alle hadde noen å leke med i friminuttet. En sa det slik: Min drømmedag er når alle er venner og du føler deg glad”. Guttene snakket mest om å gjøre morsomme aktiviteter, mens jentene snakket mest om vennskap og gode følelser når de skulle beskrive drømmedagen.

Stopp mobbingen

Deltagerne følte seg usikre og hjelpeløse med problemet når lærerne ikke tok dem på alvor og ikke stoppet mobbingen med en gang. De ønsket at lærerne skulle stoppe mobbingen øyeblikkelig og ikke vente til senere, når det skjedde.

Alle deltagerne nevnte helsesøsters støttende rolle ved mobbing i skolen. De følte at det var godt å snakke med helsesøster når de var lei seg. En jente sa det på denne måten: “Jeg synes i hvertfall at det hjelper å snakke med helsesøster. Når vi er lei oss kan vi si hvordan vi føler det og alt det der, - sånn at helsesøster bygger opp selvtilliten vår liksom, - så når vi går ut herfra så tenker vi ikke mer på det liksom.”

De sa også at helsesøster kunne snakke med mobber og den som var utsatt for mobbing hver for seg og at de kunne samarbeide med skolen og foreldrene for å forebygge og stoppe mobbingen.

Hovedfunn

Hovedfunnene var at deltagerne følte hjelpeløshet og ensomhet og at de ble ekskludert når de ble mobbet. Drømmedagen var en dag der alle var inkludert og vennlige mot hverandre. De ønsket mer hjelp fra skolen for å stoppe mobbingen (6). I samsvar med tidligere forskning var de som ble mobbet mer ensomme og hadde vanskeligheter med å få venner (12,13,14). Drømmedagen deres var ikke bare en dag uten mobbing, men en dag de erfarte god livskvalitet. Livskvalitet inkluderer subjektive følelser som lykke, velvære og støtte fra jevnaldrende (15). God livskva-

«Jeg synes i hvert fall at det hjelper å snakke med helsesøster.» *Elev i 7. klasse*

litet har sammenheng med å ha venner. En kvalitativ studie utført på ungdom viste at venner har stor betydning for å ha god livskvalitet (16). Mobbeofre har større problemer med å få venner og føler seg ofte mer ensomme enn de som ikke var mobbet (17,18). I tillegg er de mer utsatt for å bli mobbet (12,19). Å ha en venn kan være en viktig beskyttelsesfaktor mot mobbing (20).

Helsesøsters rolle

Helsesøsters rolle ved mobbing i skolen ble nevnt av alle deltagerne. De synes det var til god hjelp å snakke med helsesøster når de var lei seg og hjelpe dem til å bli inkludert av jevnaldrende. Prososiale erfaringer kan være en beskyttelsesfaktor mot å bli mobbet (21). Derfor kan en intervensjon som kan bidra til å styrke interaksjoner med andre, være nyttig for barn som har vært mobbet. Støttegrupper basert på Løftmetoden kan være til hjelp for barn som har vært mobbet (22,23), og helsesøster på skolen kan være en leder for disse gruppene (24). Barna kan selv velge hvem som skal delta i disse gruppene, og de som mobber og har vært utsatt for mobbing bør ikke være i samme gruppe. Ved å delta i slike støttegrupper kan de få nye venner. Vennskap og nære relasjoner er viktig for å oppleve et godt liv. I tillegg kan støttegrupper representere en mestringsmekanisme for skolebarn ved å være en buffer mot mobbing (25).

Deltagerne viste mer glede når de snakket om løsninger og drømmedagen deres. Det fremmet deres håp og optimisme. De satte pris på muligheten til å diskutere mobbing sammen og ønsket å støtte hverandre.

Konklusjon

Skolebarn som mobbes opplevde å bli ekskludert og ønsket hjelp til å bli inkludert i skolen. Barn som har vært utsatt for mobbing har en større risiko for å utvikle angst, depresjon og det er høyere forekomst av sosial fobi som voksne (52,53). Å fremme helse gjennom å skape et trygt skolemiljø og forebygge mobbing er derfor et viktig område for helsesøstre. Helsesøstre i skolen kan ikke forandre skolekulturen alene, men i samarbeid med skolen og foreldre. Dagens komplekse helseproblemer som berører skolebarn utfordrer helsesøstre til et nært samarbeid med hjem og skole. Helsesøster kan gjøre en forskjell og bidra til at det enkelte barn får en bedre skolehverdag ved å engasjere seg i aktuelle problemer som mobbing. ■

Referanser

- Christie-Mizell CA. Bullying: the consequences of interparental discord and child's self-concept. *Fam Process* 2003; 42: 237-251.
- Natvig GK, Albrektsen G, Qvarnstrom U. Psychosomatic symptoms among victims of school bullying. *Journal of Health Psychology* 2001; 6: 365-377.
- Vatn AS, Bjertness E, Lien L. Mobbing og helseplager hos barn og ungdom (Bullying and health complaints in children and adolescents) [Norwegian]. *Tidsskr Nor lægeforen* 2007; 127: 1941-1944.
- Olweus & Limber (2009). Bullying in school: Evaluation and dissemination of the Olweus bullying prevention program. *Am. Journal of orth.* 80.1.
- Olweus, D., 1992. Mobbing i skolen. Hva vi vet og hva vi kan gjøre. Universitetsforlaget, Oslo.
- Kvarme L, G. Helseth S, Sæteren B, Natvig G.K: School children's experiences of being bullied, and how they envisage their dream day. *Scandinavian Journal of Caring Science.* 2010; 24: 791 - 798
- Fosse GK, Holen A. Childhood environment of adult psychiatric outpatients in Norway having been bullied in school. *Child Abuse & Neglect* 2002; 2: 129-37.
- Moons P, Budts W, De GS. Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 891-901.
- Anallitis F, Velderman MK, Ravens-Sieberer U, Detmar S, Erhart M, Herdman M et al. Being bullied: associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. *Pediatrics* 2009; 123: 569-577.
- Terasahjo T, Salmivalli C. "She is not actually bullied": The discourse of harassment in student groups. *Aggressive Behavior* 2003; 29: 134-154.
- Kvale S. Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing. 2007, SAGE, Thousand Oaks, CA.
- Schafer M, Korn S, Smith PK, Hunter SC, Mora-Merchan J, Singer MM et al. Lonely in the crowd: recollections of bullying. *British Journal of Developmental Psychology* 2004; 22: 379-394.
- Fox CL, Boulton MJ. Friendship as a moderator of the relationship between social skills problems and peer victimisation. *Aggressive Behavior* 2006; 32: 110-121.
- Holt MK, Espelage DL. Perceived social support among bullies, victims, and bully-victims. *Journal of Youth and Adolescence* 2007; 36: 984-994.
- Berglund AL, Claesson D, Krödrup R. Quality of Life: young people's interpretation of the concept. *Vård i Norden* 2006; 26: 4-8.
- Helseth S, Misvær N. Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *J of Clin Nurs* 2009.
- Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *The Journal of the American Medical Association* 2001; 16: 2094-100.
- Fox CL, Boulton MJ. Friendship as a moderator of the relationship between social skills problems and peer victimisation. *Aggressive Behavior* 2006; 32: 110-121.
- Bollmer JM, Milich R, Harris MJ, Maras MA. A Friend in need: the role of friendship quality as a protective factor in peer victimization and bullying. *Journal of Interpersonal Violence* 2005; 20: 701-712.
- Pellegrini AD, Bartini M, Brooks F. School bullies, victims, and aggressive victims: factors relating to group affiliation and victimization in early adolescence. *J Educ Psychol* 1999; 91: 216-224.
- Yang SJ, Kim JM, Kim SW, Shin IS, Yoon JS. Bullying and victimization behaviors in boys and girls at South Korean primary schools. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2006; 45: 69-77.
- Fekkes M, Pijpers FIM, Verloove-Vanhorick SP. Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. *Health Educ Res* 2005; 20: 81-91.
- Young S. The support group approach to bullying in schools. *Educational Psychology in Practice* 1998; 14: 32-39.
- Kvarme L, Eboh W, van der Teijlingen E. Use of solution focused brief therapy in bullying. *British Journal of School Nursing* 2008; 3: 346-348.
- Davidson LM, Demaray MK. Social support as a moderator between victimization and internalizing-externalizing distress from bullying. *School Psychology Review* 2007; 36: 383-405.

Fast plass på russetreff

Når russen samles på Tusenfryd, er vi helsesøstrene i Follo til stede med quiz, kondomer og gode råd.

Tekst Heidi Storm Olsen, Gunhild Wise og Eva Konstanse Steffensen

Follo i Akershus finnes det et nettverk av helsesøstre i videregående skole:

Follogruppa. Vi samles til felles møte noen ganger i året. Gruppen består av helsesøstre som jobber på Vestby-, Ås-, Frogn-, Nesodden-, Oppegård-, Ski- og Drømtorp videregående skoler. På møtene deler vi våre erfaringer og ideer samtidig som vi blir godt kjent med hverandre. Vi i Follogruppa mener det er viktig å jobbe på tvers av skoler og kommuner, og dra nytte av hverandres ressurser og kunnskap. Vi har samarbeidet på tvers av kommunene i noen år og det er nyttig.

På russens arena

For ett par år siden bestemte vi oss for å møte russen også utenom skolen. Vi fikk lov til å bli med på «Russens dag» på Tusenfryd. Her møtes omtrent 6000 russ fra Follo-kommunene, og andre kommuner i Norge hvert år. Vi var til stede på treffet i 2010 og i 2011.

Med prosjektmidler fra fylkesmannen hadde vi muligheten til å gjennomføre prosjektet «På lag med russen» med mottoet «Russekroppen – Helse i toppen». Vi kjøpte inn like jakker og t-skjorter med logoen «Helsesøster for Ungdom2». Den samme logoen hadde vi på en stor roll up som presenterte standen vår. Standen var godt synlig og tilgjengelig på toppen av rulletrappen ved inngangen til parken. På standen hadde vi quiz med spørsmål knyttet til seksuell helse, psykisk helse og rusmidler. Hovedpremien var et sesongkort sponset av Tusenfryd. Videre hadde vi buttons med tekst «Russekroppen – Helse i top-



PÅ RUSSETREFF: Fra venstre: Inger Lise, Gunhild, Eva, Gro, Hilde, Heidi, Eva, Heike, Kari. Dette er tatt fra årets russetreff. I fjor var også helsesøster Wenche Mannerud tilstede.

pen», brosjyrer, kondomer, nøkkelringer, kjærligheter og pledd i tilfelle noen frøs.

Jakkene har vi i etterkant også brukt i andre sammenhenger der vi ønsker å være synlige.

Godt mottatt

De ansvarlige for «Russens Dag» på Tusenfryd var svært positiv til vår tilstedeværelse, og vi følte oss i høy grad ønsket. Andre oppgaver som vakt hold og førstehjelp var godt ivaretatt av Tusenfryd. Vi fikk mediadekning i lokalavisene for arrangementet og fra selve dagen.

Vi fikk positiv respons av russen. Quiz-spørsmålene førte til mange gode samtaler med ungdommene, og vi kunne i den anledning komme inn på flere tema vi hadde på hjertet. Det å møte russ fra

egen skole var ekstra positivt. Flere har tatt kontakt med oss i etterkant. Noen trengte også råd der og da.

Vi i Follogruppa tenker helsesøstre har en viktig rolle blant annet i det forebyggende arbeid i forhold til svangerskap og seksuelt overførbare sykdommer. Det er viktig å tenke alternativt i forhold til hvordan man kan nå russen, og synliggjøre vår tjeneste, både skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Under evalueringen av prosjektet har vi kommet frem til at det er viktig at vi er til stede de neste årene da vi har blitt godt mottatt av russen, og vi har blitt ønsket velkommen av ledelsen på Tusenfryd. Vi har samtidig fått synliggjort vår tjeneste, og vist russen at vi er på lag med dem. ■

Louise burde fått behandling før

Jeg forsto at noe var galt med min eldste datter, men det tok 22 måneder før hun fikk diagnosen Hurler syndrom. Nå forteller jeg min historie i håp om at noe slikt ikke skal skje igjen.



Av Veronica Iren Lima
Moren til Louise

Helsestasjonen er i de fleste tilfeller første kontakt med helsevesenet etter utskrivning fra fødeavdelingen. Det er spesielt viktig for tidlig diagnose og behandling at en slik instans er informert, og har kunnskap om MPS 1 Hurler. Man vet at det å stille diagnose på denne sykdommen kan være vanskelig. På Rikshospitalet fikk jeg beskjed om at sykdommen er veldig sjelden, og av den grunn problematisk å fange opp. Jeg har vært veldig frustrert over at Louise (4) fikk diagnosen så sent og at symptomene ikke ble behandlet i sin helhet, men enkeltvis. Jeg vet godt at helsestasjoner ikke kan eller skal ha spisskompetanse på alle typer sykdommer og lidelser små barn kan ha, derfor håper jeg at det å

Hun ga råd om spising og soving, og fulgte den dårlige vekttoppgangen til Louise nøye. Jeg var innom helsestasjonen en gang i måneden det første leveåret, og hadde også telefonkontakt med dem. Vi var innom helsestasjonslegen også. Han sjekket svelget til Louise siden hun taklet klumper i maten så dårlig og undersøkte blant annet stivheten i kroppen hennes. Hjelpen var god og velmenende. Men, for Louise førte ikke rådene og hjelpen frem. Jeg og pappaen til Louise følte oss til slutt som dårlige foreldre siden vi ikke klarte styre Louise etter enkle grep.

Nyfødt

19. november 2006 klokken 10.30 økte riene i intensitet, og tiden var inne for å reise til Universitetssykehuset i Stavanger. Et helt normalt svangerskap var ved sin slutt og vårt første barn skulle endelig komme til verden. Fødselen forløp helt normalt, babyen måtte bare ha litt hjelp i form av fundustrykk for å komme ut. Klokken 21.30 anser leger og pleiere fødselen som vellykket og beskriver jenta som et friskt og flott barn. Jeg derimot merket meg med en gang at noe ikke var som det skulle da Louise ble lagt opp på brystet mitt. Min nyfødte datter knyttet hendene så rart. Håndleddene var bøyd innover mot kroppen, og hun var anspent og forknytt. La vi henne på ryggen, tippet hun automatisk over på siden. Men, ennå var det bare min intuisjon som sendte ut varselsignaler. Ved utskrivning fra Fødeloftet ble det anbefalt oppfølging av fysioterapeut. På seks ukers kontrollen ved helsestasjonen ble hun

«Hvor mye skade Louise har i hjernen på grunn av det sene diagnosetidspunktet vet vi foreløpig ikke.»

stå frem i dette bladet vil gi en gjenkjennelesfaktor som kan bidra til rask og tidlig diagnose, som igjen fører til tidlig behandling.

På helsestasjonen

Helsesøsteren til Louise var tålmodig og imøtekommende. Jeg følte meg alltid hørt og respektert. Hun brukte mange timer på å høre om mine bekymringer.



LYSERE UTSIKTER: Hva fremtiden bringer for Louise er usikkert, men benmargstransplantasjonen gir lysere utsikter. Foto: Privat.

henvist til fysioterapeut i kommunen, og behandlingen startet raskt.

Hysterisk mor

Stivheten i Louise sin kropp løsnet ikke som forventet. Hun klarte ikke å løfte hodet når hun lå i mageleie. Jeg var sliten og fryktelig redd. Jeg gikk inn og ut hos helsesøster, fastlege, kiropraktor, ortoped, fysioterapeut og tilslutt manuellterapeut [1]. Etter hvert følte jeg at alle syns jeg var hysterisk, men min følelse av at noe var galt var så sterk at jeg kunne ikke gi opp. Når jeg i dag ser tilbake, ser jeg hvor godt jeg visste at det feilte Louise noe. Men, alle friskmeldte henne. Ingen ba om videre utredninger. Etter flere måneder kunne

Louise fortsatt ikke løfte hodet, og etter et halvt år med fysioterapi var stivheten i kroppen bare minimalt forbedret. Louise traff alle milepæler i både motorisk og mental utvikling. Hun gikk ved ni måneders alder og kunne tilfredsstillende mengde ord ved femten måneders alder. Men, hun våknet hver halvtime natten igjennom, klarte ikke å svelge klumper i maten, hadde hyppige luftveisinfeksjoner, var klagete og klengete, nedsatt balanse, stivheter i armer og ben og kort nakke. Samtidig var det noe med ansiktet som ikke helt stemte, et ansikt som riktignok lignet veldig på pappas ansikt, men som var annerledes. Et besøk hos en kiropraktor påviste låsinger i nakken til Louise og jeg fikk endelig bekreftet at jeg ikke var hysterisk.



NYFØDT: På Stavanger Universitetssykehus Louise som nyfødt med stolt pappa, Stian Fenne. Hennes armer holdes stivt og tett inntil brystet med bøyi håndledd.



PÅ VEI TIL RIKSHOSPITALET: På Stavanger flyplass Sola. En av Louise sine første turer til Rikshospitalet oktober 2008. Ansiktstrekkene er blitt grove og mer markerte, og den korte nakken er framtrepende.

Diagnosen ble KISS. [2]. Ingen videre oppfølging eller behandling var nødvendig.

Ingen fikk røre henne

Da Louise var femten måneder begynte hun i barnehagen. Her fikk hun stadig små skader etter fall. Balansen var dårlig og hun klarte ikke å ta seg for når hun ramlet. Jeg var overlykkelig når barneha-

gepersonellet bekreftet mine tanker om at noe var galt med Louise, og jeg bestemte meg for at denne runden skulle jeg ikke gi opp. Jeg tar Louise med meg til manuellterapeut [1], Per Åge Waarum Johansen. På dette stadiet hadde Louise gått inn og ut hos helsepersonell i ett år og Louise var blitt livredd leger. Hun var hysterisk og ingen fikk røre henne. Til slutt lykkes det likevel å få tatt et røntgenbilde av nakken. Ut fra bildene ser terapeuten at noe er galt, nakken er kortere enn normalt.

Samtidig som vi er hos manuellterapeuten, sitter fysioterapeut Tone Skien helt tilfeldig og leser om Hurler syndrom (MPS 1). Hun ser bilder av barn som har sykdommen og ser at de har et helt umiskjennelig utseende. Manuellterapeuten henviser tilfeldigvis Louise til denne fysioterapeuten. Hun gjenkjenner umiddelbart noen av de ansiktstrekkene hun har sett på bilder av barn med Hurler syndrom. Og henviser Louise til Stavanger Universitetssykehus, hvor vi møter opp to uker etter. På sykehuset forstår de at det haster, og to dager senere sitter vi på flyet til Oslo.

■ HURLER SYNDROM:

- Arvelig, medfødt stoffskiftesykdom.
- Finnes i tre ulike former: Hurler, Hurler Scheie, Scheie.
- Hurler er den mest alvorlige formen.
- Forekomst: 1 av 100 000 fødes med Type 1 (Hurler)

Symptomer:

Utvikling av grove ansiktstrekk, skjelettforandringer, stivhet i ledd og corneafordunkling. Gjentatte infeksjoner i øvre luftveier og ører. Hjerterproblemer.

Ved Type 1 (Hurler) er også stort hode, stor tunge, hepatosplenomegali, navle- og lyskebrokk typiske trekk.

Behandling:

Tidlig benmargstransplantasjon og enzymerstatning.

Kompetansesenter:

Frambu senter for sjeldne funksjonshemninger er kompetansesenter for MPS1 og relaterte MPS sykdommer. www.frambu.no

Kilder: Helsesøstre nr. 1 – 2011
www.frambu.no

Transplantasjon

24. september 2008 kommer vi til Rikshospitalet for første gang av mange. Her står et helt apparat av helsepersonell klar til å ta i mot oss, og Louise er nå i de beste hender. Dr Terje Rootwelt som møter oss gjenkjenner med en gang sykdommen. Selv om legene nå visste hva som feilte Louise, gjenstår det ennå problemer. Louise er angrepet av den aggres-



CELLEGIFT: Rikshospitalet januar 2009. Louise er midt i forbehandlingen til benmargstransplantasjonen. Hun er dårlig på grunn av cellegiften. Får sondeernæring og væskebehandling i tillegg.



PAPPE KLIPPER: Rikshospitalet januar 2009. Bivirkningene av cellegiften har kommet for fullt. Pappa klipper Louise sitt hår for første gang.

sive typen MPS 1 - Hurler syndrom. MR av hodet viser forandringer i hjernen. Sykdommen har allerede begynt sin vandring og er i ferd med å gjøre mental skade hos det lille barnet mitt.

Rikshospitalet starter behandling og Louise får tilførsel av det manglende enzymet i form av legemiddelet Aldurazyme ukentlig. Behandlingen beskytter dessverre ikke hjernen, og dersom Louise ikke får benmargstransplantasjon og tilførsel av friske celler, vil hun bli hjerneskadet. Problemet er at Louise allerede er blitt 22 måneder gammel og grensen for transplantasjon er atten måneder. Legene ved Rikshospitalet var usikre på hva de skulle gjøre. Louises almenntilstand var svært god, og skadene var ennå relativt små. Etter å ha konferert med Dr. Ed Wraith, [3] velger legene å sette i gang med cellegift og deretter benmargstransplantasjon. Louise er blitt 26 måneder gammel og får sin første dose med cellegift som skal knekke alt immunforsvar i kroppen hennes. Hun fikk syv forskjellige medisiner intravenøst. Jeg hadde mest lyst til å rive henne løs fra slangene og løpe ut av sykehuset. Verste tiden i mitt liv. Etter ni dager med cellegift fikk Louise tilført ny benmarg.

Epilog

I tre nervepirrende uker ventet vi på at nye celler skulle begynne å vokse i kroppen hennes. Benmargstransplantasjonen betegnes som komplikasjonsfri og vellykket, et resultat vi hadde drømt om i flere

måneder. Hvor mye skade Louise har i hjernen på grunn av det sene diagnosetidspunktet vet vi foreløpig ikke. Vår gode solstråle er aktiv som fireåringer flest, og foreløpig aldersadekvat innen det meste. Hun liker seg godt i barnehagen. Kan skrive navnet sitt. Rir på ponnien Kaja en gang i uken. Med varmtvannbassengtrening ukentlig har hun også lært seg å svømme. Sparkesykkelen blir flittig brukt og i påsken fikk hun prøve slalåm for første gang. Louise elsker livet, og vi er evig takknemlige for at vi har henne.

Utfordringene er mange og oppfølgingen bred, men som barn flest ser hun heldigvis bare mulighetene. Hva fremtiden bringer er usikkert, men det som er sikkert er at benmargstransplantasjonen gir lysere utsikter. ■

Artikkelen er skrevet i samarbeid med Kristin Kjeilen Ukvitne, frilansjournalist.

Referanser

- (1) Manuellterapeut er en fysioterapeut med to års masterstudium, og ekspert på muskel- og skjelettsystemet.
- (2) KISS - Kopfgelenk-induzierte Symmetrie Störung. Øvre nakkeleddsindusert symmetriforstyrrelse.
- (3) Dr. Ed Wraith, Honorary Professor in Paediatric Inherited Metabolic Medicine and Genetic Medicine i Manchester.

Kilder

Dr. Ed Wraith, St Mary's Hospital, Manchester
 Dr. Terje Rootwelt, klinikkleder Kvinne- og barneklivnikken, Oslo universitetssykehus
 Manuellterapeut Per Åge Waarum Johansen, Stavanger Manuellterapi
 Fysioterapeut Tone Skien, Fysioterapisenteret Sola

«Nå er det min tur til å bli sett»

SMART-kurs viste seg å være et opplegg som egner seg godt for ungdom som strever psykiske.

Nyere forskning viser at psykiske vansker i form av emosjonelle problemer er utbredt i ungdomsalderen. I en rapport fra Folkehelseinstituttet (Mykletun, Knudsen og Mathiesen, 2009) omtales angst og depresjon som folkelidelser. Man bør forebygge og behandle disse lidelsene tidlig.

Vi har selv erfart at «stille» barn og ungdommer krever lite oppmerksomhet fra omgivelsene, men strever desto mer med å klare å gjøre ting de har lyst til. Det kan hende de ikke tør snakke høyt i klassen, har sosial angst, er triste eller strever med selvbildet.

Vi har tidligere gjennomført flere grupper for barn som har syke foreldre. Nå hadde vi lyst til å gi et tilbud til ungdom som selv ønsker hjelp til å vise omgivelsene flere sider av seg selv.

Ungdommene ble invitert med gjennom kontakt med helsesøster i ungdomsskolen, PPT, barneverntjenesten og skolen. Psykisk helsetjeneste i kommunen har kontakt med mange foreldre og er dermed et viktig ledd i å finne fram til aktuelle deltakere. Før oppstart inviterte vi til samtale med den enkelte ungdom og foresatte blant annet for å informere om opplegget. Flere var aktuelle, men seks jenter fra 13 til 15 år var motivert og ønsket å delta på kurset.

Positive erfaringer

Vi kunne med glede registrere at oppmøtet var godt. Bare sykdom var årsaken til fravær ved et par anledninger. Det var praktisk å starte rett etter skoletid i lokaler utenfor skolen (tilgjengelig med skolebuss). Samlingene varte vel to timer hver gang.

Jentene satte stor pris på at de ble møtt med en enkel bevertning når de kom til gruppe rett etter skoletid. De var delaktige i å sette fram maten. Ingen av jentene kjente alle de andre fra før, og den fysiske aktiviteten rundt måltidet bidro til å løse opp stemningen.

Viktig å være to

Ingen av oss ville ha tatt på oss ansvaret for gruppa alene. Arbeidet byr på to ulike, men like viktige utfordringer:

- Å få fram teorien på en forståelig måte
- Å ta hensyn til de prosessene som skjer mellom gruppedeltakerne.

Vi har delvis planlagt og delvis på impuls skiftet mellom å ha fokus på formidling og gruppeprosessen.

Viktig for oss var også at våre egne

SMART-METODEN

SMART er en forskningsbasert metode for forebygging og behandling av emosjonelle problemer hos ungdom fra 15-årsalder. Opplegget er basert på kognitive og atferds-terapeutiske teorier.

Veilederen gir en beskrivelse av emosjonelle problemer og lidelser. Den gir samtidig en innføring i kartlegging av problemenes alvorlighetsgrad og gir konkrete instruksjoner i hvordan en kan gjennomføre samtalegrupper for ung-

dom som sliter med emosjonelle problemer.

Teorien deles i tre hovedemner: Angst, depresjon og sosiale ferdigheter. Gruppeopplegget over åtte ganger beskriver hvordan tanker, følelser, atferd og kroppsreaksjoner henger sammen. Ungdommen får hjelp til å forstå sine egne reaksjoner, sette seg mål og arbeide med konkrete utfordringer.

Arbeidsboken inneholder essensen av teori som vi gjennomgår i samlingene, samt ulike

arbeidsoppgaver og «øvelser» som den enkelte oppmuntres til å gjøre underveis.

Det er utarbeidet for norske forhold av psykolog Simon-Peter Neumer. Region Bup gir tilbud om opplæring av potensielle kursledere og arbeidsbok til hver av deltakerne, fås kjøpt gjennom Kommuneforlaget (Tlf.: 24 13 28 50. kundeservice@kommuneforlaget.no).



USYNLIG: Ungdom som ikke gjør så mye av seg kan streve med emosjonelle problemer. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

umiddelbare reaksjoner, både glede og fortvilelse kunne deles. På denne måten hjalp vi hverandre i den kognitive prosessen med å forstå våre egne tanker og følelser i de ulike situasjonene.

Vi hadde ikke ekstern veiledning på dette kurset.

Det teoretiske opplegget

Opplegget er godt gjennomarbeidet og henger logisk godt sammen. Imidlertid er vår erfaring at det er i overkant krevende dersom det følges slavisk.

Noen av våre deltakere var også yngre enn det opplegget er beregnet for. For de fleste var det en helt ny oppdagelse at ens indre liv kunne deles opp i tanker, følelser og kroppslige reaksjoner og at de kan påvirkes av en selv. Denne teorien måtte først oppleves som viktig og riktig. Morsomme eksperimenter som inngår i opplegget, hjelper til med å gjøre teorien til noe som personlig kan brukes. Det personlige utbyttet er selv-

følgelig også avhengig av at de unge deltakerne føler seg så godt ivaretatt at de ikke er overmannet av indre opplevelser, men tør å rette fokuset ut mot det som skjer i rommet. Alle ungdommene deltok i økende grad utover i kurset.

Deltakerne likte best de delene av kurset der de selv kunne komme med eksempler på teorien eller diskutere emner som hang sammen med dagens informasjon/tema. Selv om vi berørte alle temaene i programmet, valgte vi å forenkle og korte ned noe på den teoretiske informasjonen.

Hjelper å si det høyt

Siste kursdag ba vi alle om å fylle ut evalueringsskjema. Noen kommentarer følger: «Jeg har lært å sette ord på følelsene mine, noe jeg ikke klarte før.» «Det hjalp (ble litt bedre) å snakke høyt om det jeg syntes var vanskelig.» «Jeg har lært meg hva som skjer med kroppen min når jeg får problemer jeg ikke

liker.» «Viktig for meg er kunnskap om depresjon og hvordan jeg kan bryte ut av den vonde sirkelen.» «Jeg har lært å være mer selvsikker.»

Ekstra samling

Vi har etter ønske fra jentene selv invitert til en ekstra samling i løpet av høsten. Det kan gi mulighet for å friske opp kunnskaper fra kurset. Vi vil da også få anledning til å høre om endringene som er rapportert, fortsetter etter en tid.

Etter den erfaringen vi har i dag, vil vi anbefale andre å bruke SMART-kurset. Kursopplegget kan også brukes i forhold til enkeltvedtak og f. eks i klassesammenhenger. ■



Tekst **Merete Frostad Moen**, helsesøster med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Gran kommune.

Helsesøsterkongressen 2012

«I samme retning, med felles mål.»



Arets kongress avholdes i Telemark, på Quality Spa & Resort Kragerø – se www.kragerospa.no/

Telemark er kjent som Norge i miniatyr, med kyst, fjord og høye fjell. Kragerø ligger ved kysten og regnes som Telemarks sørlandsby. Stedet ligger ved Stabbestad, med flott utsikt over kystområder og Kragerø by.

Vi ønsker at kongressen skal inspirere helsesøstre til faglig stolthet, bevisstgjøring av kompetanse og gi mulighet til erfaringsutveksling, faglig påfyll og gode opplevelser. Vi ønsker å fokusere på hva helsesøstre kan, hvordan vi bruker kunnskapen vår og hvordan vi

markedsfører oss og vår kompetanse.

Tema for kongressen: «I samme retning, med felles mål»

Felles mål - sikre gode og trygge tjenester for barn og unge.

I samme retning - bruk av anerkjent teori og kunnskapsbaserte metoder.

Veien videre - fremtidens helsesøster i fremtidens helsestasjons - og skolehelsetjeneste.

Vi håper dette blir dager med påfyll av kunnskap, faglig inspirasjon og gode naturopplevelser.

Utflukt blir båttur til vakre Jomfruland med mulighet til å oppleve våren med hvitveisblomstring. Du vil få servering og omvisning på øya. Alternativer

til båttur er byvandring i Kragerø med guide og servering, eller grilling og spa på hotellet.

Festmiddagen er det sosiale høydepunktet under kongressen, og vi byr på god mat, underholdning og tid til å prate med nye og gamle kolleger.

Vi ønsker helsesøstre, forelesere og samarbeidspartnere hjertelig velkommen til innholdsrike dager i vakre Telemark!

Med vennlig hilsen lokal arrangementskomite: Gunhild Kåsa Dehli, Lillian Olsen Opedal, Åshild Bergstøl, Signe Bråstøyl, Hege Nordang Bugodt, Ann-Christin Andresen, Nina Mortensen, Marit Grøgaard, Linda Kristiansen.

FORELØPIG PROGRAM (med forbehold om endringer).

Kontaktinformasjon

Leder HK12: Gunhild Kåsa Dehli, gunhild@kivle.no Tlf. 908 90 005

TIRSDAG 24.04.11

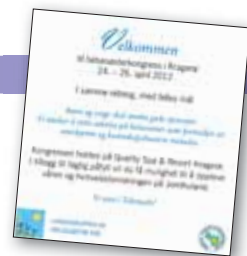
0900 - 1100	Registrering, besøk i utstillingsområdet
1100 - 1145	Åpning av kongressen
1145 - 1230	Forsvarlighet, hva er godt nok? Ass.direktørr Geir Sverre Braut, Statens Helsetilsyn
1230 - 1330	Lunsj, besøk hos utstillere
1330 - 1415	Om juss i helsesøsters hverdag. Advokat Rikke Lassen, Reiss-Andersen&Co
1415 - 1500	Alle skal med – kartlegging til barnas beste? Foreleser ikke avklart
1500 - 1530	Pause m/smoothies, besøk hos utstillere
1530 - 1630	Parallellsesjoner A/B/C A. Politikk – Hvordan ivareta rollen som barn og unges talsperson overfor lokale politikere? Erik Dale, rådgiver B. Media - Hvordan ivareta rollen som barn og unges talsperson overfor media? Signy Svendsen, kommunikasjonsrådgiver Axxept PR/tidligere kommunikasjonsjef i NSF C. Ledelse – Den gode skolehelsetjenesten i Telemark. Janne Ljoså, ledende helsesøster/prosjektleder
1630 - 1700	Kaffe og frukt, besøk hos utstillere
1730 - 2130	Utflukter med matservering

ONSDAG 25.04.11

- 0830 - 1130 **Generalforsamling**
- 1200 - 1300 Lunsj, besøk hos utstillere
- 1300 - 1400 **Kunnskapsbasert praksis – hva mener vi med det?**
Professor Monica Nordtvedt, Høyskolen i Bergen
- 1400 - 1430 Pause, besøk hos utstillere, forflytning til paralleller
- 1430 - 1700 **Parallellsesjoner A/B/C** (hvert innlegg avsluttes med 5 minutter debatt- og kommentarrunde). Det legges inn 15 minutters beinstrekk underveis.
- Parallellsesjon A. Helsestasjon**
Foreldreveiledningsprogrammet, seniorrådgiver Grete Flakk, bufdir
Nytt og nyttig om amming og flaskemating, Nasjonalt kompetansesenter for amming, KVIK-prosjektet, Kari Slinning R-bup sør-øst
Motorisk og sansemotorisk utvikling hos små barn, foreleser ikke avklart
- Parallellsesjon B. Skolehelsetjeneste og Helsestasjon for ungdom**
- Røde og grønne tanker, psykologspesialist Solfrid Raknes, BUP Voss Sjukehus
 - Ung.no, En kanal for informasjon og svar uten terskel, helseøster Anne Bentzrød Ung.no/Bufdir.
 - De stille elevene, helseøster/førsteamanuensis Lisbeth Kvarme
 - Defåkketidtilaltdesku'gjort, barne- og ungdomspsykiater Kirsten Djupesland
- Parallellsesjon C. Ledelse**
- Workshop Kompetanseplaner. Som leder vil du her få en innføring i og et verktøy for utarbeidelse av lokale kompetanseplaner, Liv Østli, Athenae
- 2000 **Festmiddag**

TORSDAG 26.04.11

- 0830 - 0900 **Elin – H**, tidl. Prosjektleder Sissel Skarsgaard
- 0900 - 0945 **Nytt og aktuelt fra Helsedirektoratet**
- 0945 - 1015 Pause, besøk hos utstillere
- 1015 - 1100 **Helseøsterrollen**
Glidende grenser og stille stemmer. Helseøster/førsteamanuensis Anne Clancy
På sporet av en helseøsteridentitet? Helseøster/ høyskolelektor Berit Misund Dahl
- 1100 - 1130 **Hvordan kan helseøstre bidra til at fremtidens barn og unge blir friske og glade?** Fastlege i Seljord Elisabeth Swensen
- 1130 - 1215 Pause, besøk hos utstillere, utsjekk
- 1215 - 1245 Master i helseøsterfag, universitetslektor
Anne Gerd Karlsen og førsteamanuensis Esther Hjälmhult
- 1245 - 1315 **Pilot helsestasjon og skolehelsetjeneste**, representanter for prosjektdeltagerne
- 1315 - 1345 **Avslutningsinnlegg**
- 1400 - 1500 Lunsj og avreise



Påmelding

skjer kun på internett via LaH NSF's nettsider www.sykepleierforbundet.no/helsesostre
 Det vil bli åpnet for påmelding før jul, følg med på informasjon i Medlemsbrev og via nettsidene!
 Priser og andre praktiske opplysninger vil du finne i senere utsendt informasjon.

Reisemuligheter

Telemark ligger sentralt, men til hotellet er det lenger enn du tror. Du kan komme til kongressen med bil, tog, fly og buss.
 Det vil bli satt opp felles busser fra:

- flydestinasjonene Gardermoen- Oslo, Torp- Sandefjord og Kjevik- Kristiansand
- togstasjon: Neslandsvatn stasjon – Sørlandsbanen.

Ved påmelding, må du sette opp om du har behov for busstransport.
 Øvrige reiser må bestilles av den enkelte.
 Ha en hyggelig reise og nyt noe av Telemarks flotte natur underveis!

Overnatting

Det finnes alternative overnattingsmuligheter til Quality Spa & Resort, Kragerø.
 Quality spa & resort er et leilighetshotell med ulike løsninger i forhold til oppdeling og antall soverom i leilighetene. De fleste rom har dobbeltsenger som kan deles fra hverandre.
 Hvis flere bestiller sammen, er det gode muligheter for å få leilighet med romslig fellesareal med kjøkken og koselig stuekrok. Detaljerte opplysninger i forhold til leilighetene og løsninger vil fås ved påmelding.
 Det vil også bli mulighet for rimeligere overnatting på Victoria Hotell og Portør hytteutleie.

Abstracts/poster – presentasjon

Vi inviterer helsesøstre fra hele landet, og våre skandinaviske kolleger til å presentere posters (plakatpresentasjoner) på helsesøsterkongressen.
 Dette kan være presentasjon av prosjekt, forskning, rapporter osv.
 For å bli vurdert som poster, sender du inn et abstract – eller sammendrag – av det du vil presentere.
 Frist for innsending: 01.02. 2012

Retningslinjer for abstract/poster:

1. En egen komité vil vurdere innsendte abstracts, og velge ut de som blir presentert i form av poster. Det vil ikke være anledning til å gjøre vesentlige endringer i tittel eller innhold på posteren etter at den er antatt.
2. Om sammendraget:
 - Inntil 250 ord – unntatt tittel og forfatterens navn
 - Korresponderende forfatters navn, adresse og e-post (i kursiv)
 - Forfattere: fornavn, etternavn, kommune/institusjon
 - Blokkjustert tekst – rett høyre og venstre marg. Skandinavisk eller engelsk språk
 - Bruk skrifttype Arial 10 pkt. og små bokstaver. Linjeavstand enkel (1,0)
 - Bidragene skal inneholde problemstilling, metodisk tilnærming og kort om hovedfunn/resultater
3. Det er bare medlemmer i LaH NSF, samt fra våre nordiske samarbeidsforeninger i NoSB som kan presentere bidrag. Ikke-medlemmer kan bare delta som samarbeidende deltaker/forfatter.
4. Antatte bidrag kan bare presenteres av deltakere som er registrert/har betalt deltakeravgift
5. Posterstørrelse er 100 x 70 cm. Størrelsen må overholdes! Poster vil bli festet til vegg med feste-pasta. Det vil ikke bli anledning til å ha bord eller annet utstyr ved posterpresentasjonen.
6. Utvalgte posters vil bli utstilt under hele kongressen. Innsendere oppfordres til å være ved sine postere i alle pauser, for spørsmål og kommentarer.
7. Posterpresentasjonen er gratis, men man må selv dekke reise, opphold og evt. øvrige kostnader.

God skolestart i Lillehammer



NYE ELEVER: God skolestart skal bidra til at alle får det bra på skolen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

God skolestart er et tverrfaglig tilbud som gis på 1.trinn. Målet er å skape en best mulig skolesituasjon for alle barn, med fokus på forebygging.

Det er stor økning i helseproblemer hos barn og unge knyttet til livsstil. Risikofaktorer er mindre grad av fysisk aktivitet, endret kosthold og økt emosjonelt stress. Barn med utviklingsvansker er særlig sårbare i forhold til å mestre overgangsfasen ved skolestart. Noen har oppmerksomhetsvansker, språkvansker eller motoriske vansker, mens andre har vansker med å forstå og mestre sosiale spilleregler.

For å møte denne utviklingen har Lillehammer kommune vedtatt egne rutiner for overgangen mellom barne-

hage og skole. Dessuten har kommunen siden 2006 prøvd ut en modell med satsing på tiltak ved skolestart – det såkalte God skolestart-prosjektet etter en modell fra Stavanger kommune. Deltakerne i God skolestart-prosjektet har vært Ekrom, Kringsjø og Vingar barneskoler. Det tverrfaglige teamet har foruten representanter fra skolene, bestått av skolehelsetjenesten, PP-tjenesten, fysio – og ergoterapitjenesten (Rehab) og barneverntjenesten. Prosjektet gjennomføres i løpet av to uker på høsten. Tiltak og oppfølging gjøres av impliserte parter på hver enkelt skole.

i Kommuneplanen, Strategi- og økonomiplan for Lillehammer 2011 – 2015, Strategiplan for Lillehammerskolen og Handlingsplan for skolehelsetjenesten.

Mål

Målet med God skolestart er å skape en best mulig skolesituasjon for alle barn, med fokus på forebygging og tidlig innsats gjennom tverrfaglig arbeid. Vi jobber tverrfaglig for å utfylle hverandre faglig slik at tiltakene blir bedre og mer helhetlige.

Godt mottatt

Prosjektet har blitt godt mottatt på alle tre skoler som har tatt imot tilbudet. Vi opplever at skolen ser på tiltaket som en ressurs til både elever og lærere. Ingen har takket nei til videre tilbud, og vi har et godt samarbeid med skolekontoret. Prosjektet har også ført til nye arenaer for tverrfaglig samarbeid og gjort det lettere å ta kontakt med hverandre.

Det er laget en plan for videreføring av tiltaket slik at alle 12 barneskoler i Lillehammer kommune skal være implementert innen skoleåret 2015. ■



Tekst **Oddveig Dotterud**, helsesøster

Forankring

Faglig og juridisk er God skolestart forankret i lover og forskrifter for de ulike tjenesteområdene, blant andre:

- Opplæringsloven
- Kunnskapsløftet
- Lov om folkehelsearbeid
- Lov om barneverntjenester
- Lov om helsetjenesten i kommunen.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Veileder for helsestasjon og skolehelsetjeneste. Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Lokalt er planen forankret i visjonene

OM GOD SKOLESTART

- God skolestart innebærer spesifikke faglige bidrag fra skole, PPT, barnevern, helsestasjonen, ergo- og fysioterapitjenesten.
- Faggruppene skal ha fokus på tverrfaglig samarbeid. Vi ønsker å ha fokus på mestring og ressurser framfor på vansker. På systemer framfor individ og på forebyggende og helsefremmende arbeid framfor på funksjonshemming og sykdom.
- Familier har fått tilbud om veiledning og utredning. Pedagogisk personell har også fått veiledning i forhold til utfordringer i gruppa.
- Målet er tidlig intervensjon, noe vi mener dette tilbudet kan hjelpe oss med.

Smarte løsninger på Island

Et nytt program for å lære barn om helse og et dataverktøy som gjør jobben lettere for helsesøstre, er to ting vi gjerne skulle hatt i Norge.

I august i fjor var skolehelsetjenesten i Bydel Gamle Oslo på studietur til Island. Reisens formål var å lære om hvordan islendingene driver skolehelsetjeneste, få nye ideer og å bli mer sammenveiset som gruppe. Vi besøkte to steder; Heilsugaeslan som har utviklet et nytt helseopplysningsprogram, og en ny barneskole hvor vi fikk se det smarte dataverktøyet helsøstre bruker på Island.

Helseopplysning

Heilsugaeslan er en utviklingsavdeling for helsestasjon og skolehelsetjenesten.

I 2005 fikk Heilsugaeslan økonomiske midler til å drive et prosjekt der de utviklet et helseopplysningsprogram: 6H CUBE. Ideen til programmet kom fra helsesøster Margret Hedinsdottir som også er utdannet lærer.

6 H Cube inneholder 6 ulike tema:

1. Ernæring (Hollusta)
2. Fysisk aktivitet (Hreyfing)
3. Hygiene (Hreinlæti)
4. Mot / Rusmidler (Hugrekki)
5. Psykisk helse (Hamingja)
6. Hvile/ søvn og avslapping (Hvild)

For å illustrere de seks temaene,

var det laget en fargerik kube der hvert tema var plassert med tekst og bilde på et av kubens seks sider. Alle temaene begynner på H. Med kubens seks sider følger en perm inndelt i kubens seks temaer, med ferdig utviklet undervisningsmateriale. I permen ligger også maler til infobrev til foreldre, slik at man kan informere og inkludere hjemmene i hva helsesøster har tatt opp med elevene på skolen. Med dette kan foreldrene følge opp temaet hjemme.

6H CUBE blir i dag brukt mye i skolehelsetjenesten på hele Island. Kuben



SPENNENDE HOVEDSTAD: Reykjavik er en by med mye positiv energi. Å få oppleve byen og landskapet med den storslagne naturen sammen som gruppe, har hatt stor verdi for oss som kolleger. Foto: Colourbox.



PÅ STUDIETUR: I august i fjor var skolehelsetjenesten i Bydel Gamle Oslo på studietur til Island. Her viser de frem deler av helseopplysningsprogram 6H CUBE, som blir mye brukt i skolehelsetjenesten.

blir brukt individuelt, i mindre grupper så vel som i hele klasser.

Forskjellig fra oss

Helsesøster i skolehelsetjenesten på Island har definert tiden til 40 % hel-seundervisning, 20 % vaksiner og 40 % til individuell oppfølging. Det er omtrent 130 helsesøstre i skolen fordelt på 180 barne- og ungdomsskoler, med cirka 44 000 elever i alderen 6-16 år. Skolehelsetjenesten er representert med helsesøster og litt med skolelege ved barne- og ungdomsskolene. Det er derimot ikke helsesøster i videregående skole på Island, og det er ikke etablert Helsestasjon for ungdom i landet. Skolehelsetjenesten på Island har heller ikke yrkesgruppen fysioterapeut og ergoterapeut inkludert i tjenesten. På Island var ikke skolehelsetjenesten adskilt fra helsestasjonen, slik vi har gjort i Bydel Gamle Oslo.

Skolehelsetjenesten brukte Empowerment aktivt i programmet sitt. Dette gikk også igjen på selve skolene

der tre viktige ord; Respekt, ansvar, vennskap, var skrevet og tydeliggjort for elevene med fargerike rammer rundt i skolens korridorer.

Alle elevene på Island får et varmt måltid til lunsj, og det er registrert at overvekt og fedme blant barn og unge på Island er gått ned de siste to årene. Videre satses det på informasjon og veiledning til foreldre om hva de for eksempel kan ha i kjøleskapet til barna når de kommer hjem fra skolen. Hver skole har svømmebasseng og det er svømmeundervisning på alle klassetrinn.

Nyttig dataverktøy

Vi fikk innblikk i et svært nyttig dataverktøy. Helsesøstrene hadde utviklet et oversiktsbilde basert på oppdaterte klasselister, over elevenes ulike målinger – syn, hørsel, vaksine, høyde/vekt,

enkle skader, pubertetsundervisning med mer. Dette i stedet for å ha manuelle lister med avkrysning, som mange helsesøstre i Norge bruker i dag.

Helsesøstrene i Bydel Gamle Oslo drømmer nå om at skolehelsetjenesten i Norge skal utvikle et slikt felles arbeidsverktøy, slik at vi slipper å sitte på "hver vår tue" og lage stadig nye undervisningsopplegg om de samme temaene.

Vi sitter igjen med et inntrykk av at dette ville kvalitetssikret tjenesten vår betraktelig!

Å få oppleve Reykjavik og den stor-slagne naturen sammen som gruppe, har hatt stor verdi for oss som kolleger. Vi knyttet sterkere bånd til hverandre og kan dele mange gode minner som vil bedre samarbeidet og kvaliteten på skolehelsetjenesten i Bydel Gamle Oslo. ■



Tekst: **Ingrid Andersen**
helsesøster

Sterk film om sinna mann

I filmen «Sinna mann» er guten Boj vitne til at far slår mor. Filmene er laga for å sette vald på dagsordenen i skular og andre stader. Vi har møtt filmskaparen Anita Killi.



Tekst **Stine Brenna**, helsesyster Lom kommune



Tekst **Aud Jotun**, helsesyster Skjåk kommune



Tekst **Liv Marie Øyjordet**, helsesyster Lom kommune

Vi fekk gleda av å besøke Anita Killi i verkstaden hennar som er i eit gammalt hus på eit gardstun i Dovre kommune. Her fekk vi møte ei dame som ikkje berre har eit imponerende kunstnarisk talent, men som òg har ei fantasisk evne til å forstå og formidle kjensler

og stemningar til både vaksne og barn. Ho må òg vera utrusta med ein god portsjon tolmod, da ho for hand har laga alle dukkane, møbler og andre kulisser. Desse var fulle av detaljer som alle hadde ei meining. Kvar scene måtte ho bygge opp lag for lag med glasplater mellom, og ta bilete av. Bileta var teke med eit spesielt sjølvdesigna apparatur, stort som frå golv til tak. For å få eitt minutt film, måtte det vere 1440 bilete! Heile filmen varer i 20 minutt.

Filmene "Sinna Mann" har vunne ei lang rekke gjeve prisar, deriblant på filmfestival i Hiroshima og i Iran. 11 av dei 56 prisene filmene har fått, er publikums-

prisar. Filmene er òg oversett til fleire språk, og nå står oversetting til tre av dei største arabiske språka for tur. Både boka og filmene "Sinna Mann" har nettopp kome ut i Japan.

Les boka fyrst

Anita Killi h vore på turné, og vist og prata om filmene til fleire 5., 6. og 7. klasser. Ho seier det er ulikt kor godt skulane har førebudd seg til filmene, men tykkjer det går best der dei har lese boka "Sinna Mann" og er kjende med innhaldet. På neste "turne" ho skal ut på med den kulturelle skulesekken i Lillehammer og Øyer, vil ho setje som krav at dei les boka fyrst.

Tilnærminga til temaet blir på fleire plan når ein fyrst prat om kunststarten animasjon, og viser korleis ein arbeider for å lage filmene. For mange er denne delen minst like interessant som sjølv temaet. Rett før ho viser filmene, bruker ho å lese og prate om nokon sitat frå eit informasjonshefte "Små vitne til vold" som er henta frå verkelegheita. Til dømes: "Eg smiler utanpå,



PÅ JAPANSK: Filmene "Sinna Mann" er oversett til fleire språk. Både boka og filmene har nettopp kome ut i Japan.



LOV Å SLADRE: Kongen befaler at heimen skal vera den tryggaste staden for barn. Når nokon er så redde som Boj, har dei lov å sladre.

men inni er det berre mørkt og tomt”. Eit anna døme er: ”Eg klarer ikkje la vere å tenkje på at mamma kan dø når eg er på skulen. Når eg er her, kan eg ikkje passe på.” Dette gjer eg for å snu undervisninga inn mot alvoret, og for dei yngre klassene er eg meir forsiktig påpeiker filmskaparen.

Mange blir overraska

Anita seier at fleire barn blir overraska, fordi dei ikkje trudde at barn kunne ha det slik i Noreg. Da påpeikar Anita at dei er heldige som har snille foreldre! Hjø lærarar har ho fått fleire reaksjonar der dei seier at «dette er ein film om meg».

Mange har opplevd vald heime! Det viser seg òg å vera slik at folk flest ikkje trur at nokon ein kjenner kan gjere noko slikt.

Ved eit tilfelle der ho var på besøk var det ein mann, som etter filmen fortalde spontant til sin sambuar: – Slik har eg gjort, eg har slått dine barn.

Da hadde alle i rommet sagt at: – Nei, ikkje du. Du er da så snill ein mann!

Neglisjering og vantru bidreg til at barn i voldelege heimar ikkje blir sett eller får hjelp. Mange barn trur at dette er heilt spesielt for deira familie og held det strengt hemmeleg. Mange får òg truslar om at nokon kan bli drepen om dette kjem ut. Filmene ”Sinna Mann”

bidreg til at temaet blir prata om, og om ikkje barnet fortel om hemmelegheita, så har det i alle fall fått ei bevisstgjerung om at det finst andre som har det slik som dei. Ein forelder sa etter filmen: – Tenk om nokon hadde vist denne filmen til meg som barn. Da hadde livet mitt vore annleis i dag.

Det er viktig å få fram at dette er noko som ikkje kan sjåast utanpå. Det kan vera kven som helst, seier Anita Killi.

Elevane skreiv brev

I etterkant av filmen gjekk ho gjennom scenene i filmen ved hjelp av bilete med originalfigurane som vart



KILLI OG DUKKENE: Anita Killi har laga alle dukkene, møbler og kulisser.

brukt i animeringa. Dei fyste gongane ho synde fram filmen, fekk ho elevane til å skrive brev. Dei fekk utdelt brevark og konvolutt, som guten Boj i filmen. Det var frivillig kven dei ville skrive til og oppgåva var: Skriv om noko DU er redd for. Om dei ikkje ville skrive brev, var det også greitt. Om noko bekymringsfullt kom fram, diskuterte ho det med helsesyster.

Eg fekk ungane til å skrive brev berre i seks prøveklasser i Dovre, men har ikkje gjort det sidan. Kanskje feigt?

«Det er ei gåve for skulene når helsesyster vil bruke tid på filmen for elevane».

Anita Killi

seier Anita og legg til at hennar kollega og venninne, Eva Hølmebakk, som reiser med filmen i Rogaland, seier ho ikkje ville hatt samvit til ikkje å la barna få den moglegheita til å kunne seie i frå!

Og ho har eit poeng. Ho besøker elevar heilt ned i 1. til 4. klasse med et tilsvarende opplegg, der også formidlinga av animasjonskunsten er innfallsporren.

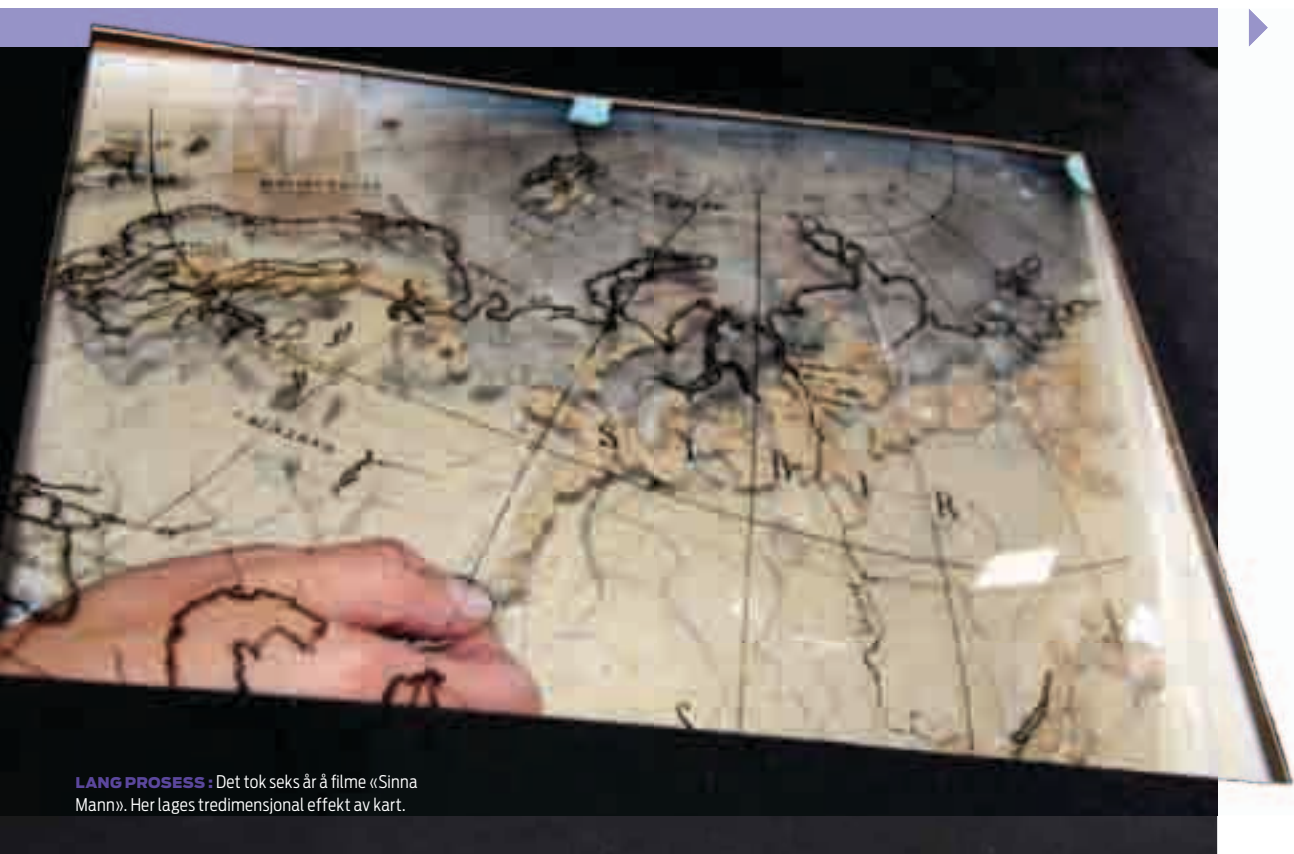
Representantar frå alternativ for vold har òg vist filmen til førskolebarn i barnehagar. Der kom det fram mykje, for barn på det alderstrinnet har ikkje same "filter" som eldre barn. Nokon sa: Det er pappaen min! Dei kjende att temperamentet i "Sinna Mann" og tykte det likna pappaen sin. Andre kunne kommentere: Det

er pappaen til... Mange barn brukte ordet "sur" i staden for "sint". Små barn bruker gjerne andre omgrep enn oss vaksne og kjenner gjerne ikkje kva som ligg i dei ulike omgrepa.

Filmen er òg vist i fengsel og til valdelege mødre og fedre i fleire land. Om denne filmen kan hjelpe nokon til å ta det skrittet å sjølv oppsøke hjelp og tilstå at ein har problem, vil det stå meir respekt av det enn å fortsette i ein vond sirkel ein ikkje veit utfallet av. Ingen ynskjer å vera valdeleg og filmen kan difor òg bidra til at vaksne tek kontakt for å få hjelp. Filmset ei stemning som gjer at ein både kan sjå seg sjølv og kjenne korleis andre barn og vaksne i valdelege familiar har det.

– Difor er det viktig at vi òg viser filmen til føresette på skulen, seier Anita.

Ho seier det er flott om nokon utanom skulen også viser filmen. Det er ikkje alltid at læraren er den ein vil fortelje hemmelegheitene til. Vi meiner at helsesyster med sin faglege bakgrunn og kjennskap til elevar/ familiar frå fleire arenaer, er med å bidreg til at vi lettare kan samle informasjon og fange opp dei som slit.



LANG PROSESS : Det tok seks år å filme «Sinna Mann». Her lages tredimensjonal effekt av kart.

Erfaringar etter visning:

Viktig fokus på vald

I Lom og Skjåk er vi svært nøgde med å få sett fokus på eit tema det ikkje blir prata så mykje om – vald. Det vi har lært til neste gong, er at vi skal bruke boka ”Sinna mann” i større grad, som førebuing til filmen.

Lom kommune vart vi inspirerte til å vise filmen ”Sinna Mann” etter å ha sett den på to ulike foredrag av Øyvind Aschjem frå Alternativ til vold. Filmene får ein til å tenke at vi må gjere alt i vår makt for å unngå at ungar må gå gjennom ein barndom i frykt. Som helsesyster har vi eit godt grunnlag til å formidle dette, fordi vi kjenner ungene, deira familiar og har fleire kanalar å treffe dei gjennom. Det at helsesyster er tilstades under visning av filmen meiner vi kan gje tryggleik

til ungene, i tillegg til at det er ei gyllen moglegheit til å vise kven vi er, kva vi driv med, minne om treffetida osv. Helsesyster og lærar kan òg dra veksling på kvarandre, og på den måten kvalitets-sikre informasjonen som ungene får.

Sidan dette var nytt og noko vi ikkje har gjort før, valte vi i Lom å ikkje vise den til alle elevane, men fyrst skaffe oss erfaringar i eit mindre utval. Kor mange ein vil vise den til er òg eit ressurs-spørsmål. Helsesyster har mange oppgåver og tida er knapp. Det vil

krevja meir tid og ressursar å vise den til mange. Håpet er at vi skal vise denne filmen årleg og at det ikkje berre blir eit ”stunt” denne eine gongen. I Lom er det to barneskuler. Den eine skulen har få elevar i kvar klasse, så vi viste den til 5.-7. klasse samla. Den andre skulen har vanleg storleik på klassa og der viste vi den i 5. klasse.

I Skjåk kommune var det rektor ved Marlo skule som tok kontakt med helsesyster, fordi dei skulle ta opp temaet ”Vald i nære relasjonar” på skulen.



HANDARBEID: Dukkene og kullissene er lagd for hand av Anita Killi. Kvar scene måtte ho bygge opp lag for lag. Her er pinssett i bruk for å bytte tunge på hunden.

Rektor tok òg med seg barnevernsteinesta i planlegging og gjennomføring av opplegget. I tillegg drog dei nytte av erfaringane frå Lom. Marlo er ein liten skule med få elevar på kvart klasseteg. Dei viste filmen klassevis til 1.-7. klasse i løpet av to skuledagar, med helsesyster eller tilsett i barnevernet tilstades i kvar klasse.

Førebuing

Både Lom og Skjåk brukte i stor grad opplegget som ligg på www.trollfilm.no. I Lom prata helsesyster med lærarane i dei involverte klassene, der ho skildra opplegget og forklarte bakgrunn og meining med visning av filmen. Det gjekk greitt å få skulen til å finne tid til dette. Film verker til å være eit populært avbrekk i skulekvardagen for ungane, i tillegg er det eit viktig tema som dei elles ikkje har så mykje fokus på. Både rektor og ein lærar sa til helsesyster i Lom at: – Mi største frykt er at elevar som opplever vald heime, skal gå sju år på denne skulen utan å bli oppdaga.

I Lom sende vi heim til føresette det ferdigskrivne brevet som ligg på www.trollfilm.no. Vi diskuterte òg om vi burde vist filmen på foreldremøte, men dette vart ikkje gjort grunna tidsbruk for helsesyster. Om ein skal gjere det, bør ein kanskje vise den ei tid etter at ungane har sett den? Det er ei avveging kor mykje informasjon ein skal gje føresette før ein viser filmen til barna, da det er ein viss fare for at føresette kan

true barna til tausheit. Kva dag den skal bli vist, treng ein kanskje heller ikkje informere noko om i forkant.

I Skjåk hadde rektor, klassekontaktar, barnevern og helsesyster eit førebuingsemøte. På førehand hadde rektor informert foreldretvalet ved skulen, og dei var positive til at temaet vart teke opp. Alle vaksne som skulle vera med på opplegget, såg filmen og las gjennom informasjonen som ligg på nettet. Boka vart skaffa og skulle brukast i 1.- 4. klasse. I etterkant ser vi at den kan brukast på alle klasstrinn som førebuing til filmen. Det vart laga eit informasjonsbrev om opplegget, kven som skulle vera med og henvisning til www.trollfilm.no. I veka før filmen vart vist, vart alle elevane gjort kjend med telefonnummeret til "alarmtelefonen for barn og unge". Dette vart opphengt i alle klasserom. Skulen jobba òg med FN's barnekonvensjon og tema rundt denne.

Gjennomføring

Same dag som filmen vart vist i Skjåk, vart det teke utgangspunkt i og minna om FN's barnekonvensjon nr 19: "Vern mot misbruk. Staten skal verne barnet mot fysisk og psykisk mishandling.." Både i Lom og Skjåk, prata helsesyster og lærar med klassa om tema:

- Kva vald er.
- Ulike typar vald, t.d. fysisk vald, psykisk vald og seksuell vald – døme på kva dette kan innebera.
- At det å sjå eller høyre andre bli utsett

for vald er noko som skaper frykt og kan gje meir skade enn vi anar.

- Kjensle av skuld - at det aldri er barnet si skuld om vaksne utøver vald.
- Kva tvang og truslar kan vera.
- Lojalitet – Prata om at ingen ynskjer å gjere andre vondt, men dei kan ha ulike vanskar som gjer at dei utøver vald likevel. Noko dei treng hjelp til å slutte med. Det er ikkje å sladre om ein seier frå om ting som er vondt og vanskeleg!
- Alle former for vald er brot på barn sine rettar. Det er ikkje lov!
- At heimen er ein stad ein skal føle seg trygg, ikkje redd.
- Forklarte korleis filmen om Boj vart til. Forklarte at ein i filmen ikkje ser nokon bli slått, men at ein vil sjå ein pappa som blir sint og vil høyre lyder av det han gjer. Om dei hadde lest boka, ville nok det vera ei meir forståeleg førebuing til innhaldet i filmen. Det har vi lært til neste gong!
- Forklarte at i denne filmen er det pappa som slår, men at det like gjerne kan være ei mamma eller nokon andre som gjer slikt.
- Om nokon skulle få behov for å gå ut i løpet av filmen, kunne lærar eller helsesyster fylgje dei.
- Forklarte kva vi skulle gjere etter filmen – at vi skulle prate oss gjennom alle scenene og lage ei teikning. Og at dei tilslutt skulle få eit brev som vi skulle gå igjennom. Den eine klassa i Lom hadde òg ei loggbok som dei kunne skrive i, og som vart samla inn på slutten av timen.

Etter filmen

Både i Lom og Skjåk gjekk vi gjennom filmen i plenum etter framsyninga. Vi fekk elevane til å fortelje deira inntrykk av dei ulike scenene og gav i tillegg våre betraktningar av kva som føregjekk. Praten viste at dei hadde fått ei god forståing for tema i filmen. Mange elevar ga uttrykk for at det var fint at faren til Boj fekk hjelp og at dei såg at det nytta, sjølv om dei ikkje fekk noko

endeleg svar å om alt gjekk bra. I Lom delte vi ut brevet til ungane frå Øyvind Aschjem som ligg på www.trollfilm.no. Dette gjekk vi gjennom. Der står det mellom anna om kven ein kan prate med om ein er litt redd eller berre treng nokon å prate med. Repeterte sjølvsgt òg treffetida til helsesyster og at ho kom til å vere tilgjengeleg i etterkant.

Teikningane

Det vart mange fine teikningar i etterkant. Desse vart hengt opp i klasserommet etter kvart som dei var ferdige og dei fekk henge der til ettertanke i nokre veke. Ein elev hadde skreve stort på eit ark "Det er ikkje din skyld" og ein annan hadde skreve "Du er god nok som du er" – etter inspirasjon frå brevet dei fekk og det vi prata om etter filmen. Det at slike beskjedar blir hengande på veggen, trur vi kan vere med å gje tryggleik og støtte for mange, uansett kva problemstilling dei står oppe i. Nokre elevar vart ikkje heilt ferdige med teikningane, men gjorde dette i ledige stunder i etterkant. Denne utstillinga er nok skulen kan ta bilete av og legge ut på "Pedit" (skulen sitt interne nettverk), slik at føresette får sett det.

Evaluering

Elevane både i Lom og Skjåk satt svært stille under filmen og fylgde godt med. Enkelte elevar viste ein viss lettels i etterkant, da dei hadde trudd den skulle vere svært skummel og hadde sett føre seg både blod og gørr. Tenkjer at mange barn ser både klipp og spel på data som inneheld både blod, kampar, våpen og drap, og når nokon beskriv noko som skummelt forbi det det med dette. Ei jente hadde vondt i magen i forkant av filmen og ville ikkje sjå filmen. Etter ein prat med lærar gjorde ho det likevel og tykte det gjekk mykje betre enn ho hadde trudd. Ein gut byrja å gråte før filmen fordi han var redd han kom til å få mareritt av den, noko han av og til har. Etter ein prat med læraren sin, såg han filmen

og uttrykte i etterkant glede over å ha sett den. Ein lærar konkluderte med at ho nok hadde "utmalt" filmen litt for mykje i forkant for elevane, slik at dei vart unødige spente før dei skulle sjå han. Ho sa at filmen gjorde svært sterkt inntrykk på henne og var redd den skulle virke like sterkt på elevane. Denne frykta i forkant tenkjer eg vi hadde unngått om elevane var kjende med innhaldet frå boka på førehand. I tillegg til lesing av boka kan ein gje informasjon om at det ikkje vil bli vist blod eller kamp i filmen, men berre lydar av det.

Det at barn blir opplyst om at ikkje alle har det bra og er lykkelege til kvar tid, meiner vi er viktig. Alle vil før eller sidan oppleve noko som er vanskeleg. I samfunnet i dag er fleirtalet av dei føresette opptekne av at barna skal ha det så bra som råd. I føresette sitt iver til å få til dette, blir det ordna, lagt til rette og ikkje minst skjerma for at barnet skal ha det fint. Mange heller mot det å være «curlingforeldre» – det blir børsta veg for at barnet skal få fri veg, utan hindringar. Fallhøgda kan bli svært stor om dei går i trua på at livet i Noreg berre er ein dans på roser.

I Skjåk hadde dei involverte partane eit evalueringsmøte der alle sat att med positive erfaringar. Temaet "vald i nære relasjonar" vart belyst på ein fin måte. Elevane fekk med seg budskapet i filmen og veit nå at det finst hjelp å få for dei som har det vanskeleg. Føresette har òg kome med positive attendemeldingar. I Lom var òg attendemeldingane positive. Skulane tykte det var bra å få fokus på temaet. Måten det vart gjennomført på, med innføring i film og tema i forkant og gjennomgang, teinking/skriving i etterkant, var viktig for at ungane skulle få kunnskap og forståing for temaet.

Alt i alt er vi svært nøgde med å få sett fokus på eit tema det ikkje blir prata så mykje om. Det vi har lært til neste gong er at vi skal bruke boka

TIPS/RÅD FOR VISNING AV FILMEN

- Brei involvering og informasjon i forkant.
- Høgtlesing av boka i forkant.
- Ikkje vis filmen rett før ungane skal heim eller siste dag før helga.
- Minst to lærarar i tillegg til fagfolk tilstades under framsyninga.
- Helsesyster tilgjengeleg på skulen etter framsyninga.
- Gå gjennom filmen scene for scene i etterkant, gjerne ved hjelp av bilete.
- La barna i etterkant skrive eit brev eller lage ei teikning om noko DEI er redd for.



"Sinna mann" i større grad, som førebuing til filmen. Vi kjem til å gjere som Anita Killi, å bruke sitat frå heftet "Små vitner til vold" som innfallsport til temaet. Å bruke bilete frå filmen og vise fram når vi går gjennom dei ulike scenene, trur vi vil gjere gjennomgangen enklare for den som underviser og meir lettfatteleg for elevane. Det ligg mange bilete frå filmen på www.trollfilm.no. ■

Kjelder:

www.trollfilm.no
Hefte: "Små vitner til vold" utgjeve av "Alternativ for vold" Lilleterget 1, 0184 Oslo, tlf 4722401.
E-post: post@atv-stiftelsen.no, Nettside: www.atv-stiftelsen.no.
Boka Sinna Mann, som er skrevet av Gro Dahle og illustrert av Svein Nyhus. Cappelen Damm, 2003.

Er diagnoser alltid hjelpsomt?

Stadig flere barn får diagnosene ADHD og Asperger syndrom. Hva synes foreldrene om diagnosepraksisen?

Foto: Privat



Av Kari Buskenes Ringstad, helsesøster og familieterapeut i Øyer kommune

Bakgrunnen for mitt temavalg er som følger: Som helsesøster er jeg godt kjent med begrepet "tidlig intervensjon" og i dette ligger blant annet at tidlig diagnostikk er viktig for å kunne få riktig hjelp. I denne sammenhengen snakker vi om psykiatriske diagnoser, der ADHD og Asperger syndrom er blant de mest kjente (1). Samtidig må jeg forholde meg til at det er en del av min jobb å finne barn som avviker fra normen, slik at de kan henvises videre. Etter hvert begynte jeg å undre meg over diagnosespråket, som bygger på individualistiske forklaringsmodeller. Er det alltid hjelpsomt å få en diagnose, eller er dette noe vi ofte tar for gitt? I familieterapistudiet fant jeg andre måter å forstå på, som handler om at et uttrykk alltid må ses i sammenheng med kontekst – Watzlavick sier det med disse ordene:

"Et fenomen forblir uforklarlig så lenge observasjonsrammen ikke er vid nok til å inkludere den sammenhengen som fenomenet inntreffer i" (2).

Samtidig opplever jeg et stadig økende diagnosefokus i skolehelsetjenesten, og tilliten til den medisinske vitenskapen gjør at vi sjelden stiller spørsmål ved denne praksisen. Derfor mener jeg at Ekelands stemme er viktig, når han minner oss på dette:

"Det moderne helsevesen dominerer ikke et naturgitt domene, men et domene fremkommet gjennom kulturhistorisk prosess. Gjennom sine definisjoner av og i dette domenet, organiserer og legitimerer helsevesenet seg som praksis" (3).

I hverdagen har jeg begrensede muligheter til å stoppe opp og reflektere rundt dette. Derfor var jeg ikke i tvil om hva jeg skulle skrive om i min masteroppgave. Jeg ønsket å se nærmere på spørsmål knyttet til diagnosepraksisen i helsevesenet, og hvilke begrensninger og muligheter som den gir barn og foreldre.

Diagnosepraksisen

Diagnosene fremstår ofte som sanne og universelle. Ved å ta et historisk tilbakeblikk, kan imidlertid andre forståelser tre frem. Utviklingen av diagnosesystemet DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), er et eksempel på det. Fra starten i 1952 (DSM I) og til versjon IV i 1994, har tallet på diagnoser økt fra 60 til 350. Dette er en ekspansjon på over tre hundre prosent. DSM er skapt av den amerikanske psykiaterforeningen, men ble opprinnelig initiert av det amerikanske byrået for folketelling, som ønsket bedre kategorier i forsøket

■ Om masteroppgaven:

Kvalitativ undersøkelse der fem foreldre er intervjuet. Fire av dem har barn med diagnosene ADHD eller Asperger syndrom. En av informantene ønsket ikke en ADHD diagnose på sitt barn. Dataene ble analysert ved hjelp av diskursanalyse. En diskurs kan defineres som «en bestemt måte at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på.» (12)

Spørsmål som drøftes i oppgaven er:

Hvordan forstår foreldre brudd med det normative? Hvordan settes denne grensen og hvordan forstår foreldre den? Hvordan forstår foreldre ekspertens stemme og makt, og hvordan posisjonerer de seg i forhold til eksperten? Hvordan snakker foreldrene om normalitetsidealet?

Spørsmålene blir drøftet med utgangspunkt i en dominerende biomedisinsk posisjon, som har en naturvitenskapelig forankring. Familieterapi og systemisk praksis trekkes inn som et mulig alternativ, og blir drøftet i forhold til en biomedisinsk forståelse.



UTENFOR RAMMENE: Stadig flere barn får diagnoser, og det finnes flere diagnoser å gi barn nå enn før.

på å telle pasienter i institusjon, utover "idiocy" og "insanity" (4).

Diagnosepraksisen er en del av en medisinsk diskurs. Gergen sier at den medisinske diskursen kan forstås som et disiplinert regime. Det settet med regler som vi lærer, regulerer vår oppførsel og våre uttrykk (5).

Foreldrenes stemme

Hanna har en datter med diagnosen ADHD. Etter lang tid med utredninger, er Hanna lettet over at datteren fikk en diagnose. Hun uttrykker at hun er glad for at det ikke er hun som er problemet, men noe i barnet. Hun sier:

...av en eller annen grunn så var det veldig lettende for meg å komme på BUP og dem kunne si at jeg tror datteren din har i alle fall ADHD, liksom. Fordi at jeg har følt jeg har leita og leita, og til slutt så har jeg tenkt at... De folkene her må jo til slutt tro at det er meg, ikke sant?"

Den danske psykiateren og familierapeutene Søren Hertz mener diagnoser kan virke frigjørende på handlemulighetene til foreldrene, ved at de fratras skyld og dårlig samvittighet. Med dette utgangspunktet kan en diagnose gi større handlingsrom for foreldrene (6). Jeg tror ikke at mange i utgangspunktet ønsker å ta på seg skylden for at barnet deres har

problemer. Barnet kan også unngå skyld hvis det får en diagnose, siden den er forankret i en biologisk forståelse av å ha sykdom. Jeg mener imidlertid at en slik jakt på årsaker kan lukke for andre forståelser. I stedet for å fokusere på enten foreldrene eller barna, er det mulig å åpne opp det som skjer i mellom mennesker. Et systemisk perspektiv kan da bidra med andre forståelser, slik jeg ser det.

Jeg vil støtte meg på Schaanning som hevder at når årsaken ligger i pasienten, avlaster det oss andre for ansvar. I stedet for å rette søkelyset på den sosiokulturelle konteksten, tar

man ganske enkelt hånd om den "syke". Det er enklest, raskest og billigst (7). Dermed blir nevrobiologiske og reduksjonistiske forklaringer verken politisk truende eller psykologisk krevende (8).

Petter har en sønn med ADHD. Han uttrykker dette:

"Jeg opplever at det er enklere å få gjennom det du vil ha når du har en diagnose, da. For når du ikke har noe sånn konkret, så er det ofte det da blir en økonomisk diskusjon, og da faller det jo bort."

Gjennom sitt konkrete språk, blir diagnosene et hjelpemiddel til å oppnå rettigheter i samfunnet. Det er få som setter spørsmål ved en medisinsk diagnose og at den medfører behov for hjelp. Foreldres jakt på en diagnose må også forstås i lys av det, mener jeg.

Psykolog Tor-Johan Ekeland hevder at diagnosepraksisen er tilpasset et ”samfunnsmessig styringsbehov som føreset kategorisering som grunnlag for statistikk, administrasjon og økonomitransaksjon i helsevesenet” (4).

Fredrik har en sønn med diagnosen Asperger syndrom. Han sier at ”det slo ikke meg at det kunne være noe spesielt”. Han mener imidlertid at fagpersoner vet dette best, og anerkjenner deres vurderinger som sanne. Fredrik trekker videre frem at sønnen kan være overbeskyttende ovenfor sine yngre søsken. Han lurte på om dette kan være en del av diagnosen eller rollen som storebror. Dette mener jeg er et eksempel på at barnet kan bli diagnosen, eller at hver bevegelse blir tolket som en dysfunksjon (9).

Barnepsykiaterne Zeiner og Nøvik derimot, betegner diagnoser som et hjelpemiddel for å skape et språk for kommunikasjon med andre (10). Her mener jeg imidlertid at Fredrik viser oss at språket ikke er ”uskuldige greier”, slik Ekeland uttrykker det, fordi det skaper realiteter som kan forme forståelser og selvforståelser (4).

Kritisk mamma

Ragnhild ønsker ikke en diagnose på sitt barn selv om skolen har forsøkt å overtale henne til det. Hun mener at normen blir stadig smalere, og sier: ”Jeg føler mange ganger at dem setter på slike stempel på unger fordi de ikke passer inn i denne her firkantboksen.”

Jeg velger å kalle Ragnhild for en vanskelig mamma, fordi hun posisjonerer seg som kritisk til diagnosene. Et stempel kan forstås som en måte å stigmatisere på, i stedet for å være til hjelp. Ragnhild trekker imidlertid inn et annet poeng når hun sier: ”Foreldrene blir på en måte bare statister i disse bildene”. Hun kan tolkes som at foreldrenes stemme ikke blir hørt ved at de passiviseres i møte med eksperter. De andre informantene derimot, har en forståelse av ekspertens stemme som objektiv og sann, og at de stoler fullt og helt på den. Jeg mener at Ragnhild skaper seg et større handlingsrom ved å posisjonere seg som kritisk.

Jeg fant at de medisinske forståelsene har en sterk dominans i samfunnet, og dette gjenspeiler seg i hvordan foreldrene jeg intervjuet med snakker om sitt barn. Grensene for hva den medisinske vitenskapen skal omfatte, har flyttet på seg. Dette kan påvirke flere områder og kommer til uttrykk gjennom utsagn som: «Den annerledesgrensa, den blir bare mindre og mindre for hvert år» og «Du skal

være perfekt (...) Det er nå slik samfunnet har blitt, dette...».

Jeg mener at Ragnhild, med sin kritiske stemme, har noe å lære oss om det vi ofte tar for gitt. Øfsti minner oss på at diskurser om normalitet blir virkelighetsbeskrivelser vi lever etter og forholder oss til, ofte som taus, normativ kunnskap. Det er når vi glemmer at dette er konstruksjoner vi har lært å ta for gitt, at det blir vanskelig å slippe til alternative tanker (11).

Jeg mener at våre forståelser av hva som er problemet ofte stenger for endring. Ofte tyr vi til individualistiske forklaringer som diagnoser. Jeg tror ikke diagnoser er noe som ligger der ute og venter på å bli oppdaget. Vi finner det vi tror på og leter etter.

Jeg fant at de medisinske forståelsene har en sterk dominans i samfunnet, og dette gjenspeiler seg i hvordan foreldrene jeg intervjuet med snakker om sitt barn. Grensene for hva den medisinske vitenskapen skal omfatte, har flyttet på seg. Dette kan påvirke flere områder og kommer til uttrykk gjennom utsagn som: “den annerledesgrensa, den blir bare mindre og mindre for hvert år” og ”du skal være perfekt (...) Det er nå slik samfunnet har blitt, dette...”. ■

Kilder:

1. Nasjonalt folkehelseinstitutt (2009): Rapport 2009:8. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv.
2. Watzlavick, P., Bavelas, J.B., Jackson, D.D. (1967): Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes. New York: W.W. Norton & Company Inc.
3. Ekeland, T.-J. (2001): Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs. Fokus på familien. 29(4), s.308- 321.
4. Ekeland, T.-J. (2003): Ein diagnose av psykiatri diagnoser. Impuls nr. 1, s.56- 64.
5. Gergen, K.J. og Gergen, M. (2009): Social konstruktion ind i samtalen. Dansk psykologisk forlag.
6. Hertz, S. (2003): At arbejde systemisk i et diagnostisk felt. Fokus på familien. 31(1), s.22-32.
7. Schaanning, E. (2010): Om psykiatriens virkelighetsforståelse. I: A. Kolstad og R. Kogstad (red.) Psykologisering av sosiale problemer. Medikalisering av psykiske lidelser. Haugesund: Alpha Forlag, s.77- 87.
8. Wifstad, Å. (2001): Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatrien: En filosofisk undersøkelse. Oslo: Tano Aschehous Fonteneserie.
9. Anderson, H. (1996): Is Diagnosis a Disaster? A constructionist Trialogue. En dialog mellom Gergen, K.J., Hoffmann, L. og Anderson, H. I: Kaslow (red.) Relational diagnosis. New York: Wiley, s.106.
10. Zeiner, P. og Nøvik, T.S. (2001): Kapittel 1: Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri. I: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Veileder. URL: <http://www.legeforeningen.no/id/4807>. [Lastet 10.03.11].
11. Øfsti, A. (2010): Parterapi- Kjærlighet, intimitet og samliv i en brytningstid. Oslo: Universitetsforlaget.
12. Jørgensen, M.W. og Phillips, L. (2008): Diskursanalyse som teori og metode. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Foreldrene må berøres

Foreldreveiledning er en metodisk tilnærming som ikke passer for alle. Men på familiesenteret hjalp metodelitteraturen oss i arbeidet med foreldrenes relasjon til sine barn.



Av Berit Nonskar
Leder av det kommunale
familiesenteret i Rana

Denne artikkelen tar utgangspunkt i et mastergradsprosjekt i familierapi og systemisk praksis som ble gjennomført i 2010 i et kommunalt familiesenter. Vårt familiesenter baserte seg ved oppstart i 2003 på «familiesentertanken» i Norge. Ønsket vårt, etter nesten åtte års drift, var å få kartlagt det arbeidet som er gjort og gjøres i dag. Dette for å skape et utgangspunkt for å se hovedlinjene i den videre utviklingen i vårt forbedringsarbeid ved familiesenteret.

I og med at utvikling av familiearbeid og etablering av en refleksiv praksis (Andersen 2005) i familiesenteret framkom som ønskemål for prosjektet, ble de ansatte i sentret å betrakte som medforskere. Aksjonsforskning (Schmuck 2006) ble derfor valgt som tilnæringsmåte. Det betyr at det har vært forsket med de ansatte og ikke på de ansatte. Metoden har blant annet betydning at de gjennom brev og refleksjoner har gitt uttrykk for sine tanker om det arbeidet som gjøres, og kommet med innspill og korrigeringer på mine refleksjoner og teoretiske tilnæringer. Gjennom dialog har vi i fellesskap skapt nye tanker om utvikling av familiesenteret.

Studien viser at vi ikke har reflektert nok rundt begrep som lå til grunn, og fremdeles ligger til grunn, for arbeidet som gjøres. Begrep som mestring, foreldreveiledning og lavtersktilbud ble særlig sentrale i forskningen. Blant annet kom det tydelig fram at lavtersktilbud ikke betyr at familiene som kommer har enkle problem som lett lar seg løse. Det finnes få eller

ingen raske svar og løsninger når foreldre strever. Ved at jeg gikk nærmere inn i brev og refleksjoner med de ansatte, og så nærmere på de ovennevnte begrepene, framkom det at familiearbeid generelt og familiesenteret spesielt med fordel kan bringe de minste barnas stemme mer inn i samtalen med foreldrene.

Vårt syn på hjelperollen, og hva vi tenker om barns utvikling, har stor betydning for det arbeidet vi gjør. Sentret har også behov for å løsrive seg fra trange forestillinger om ekspertrollen. Dette kan gjøres ved å utvikle en filosofisk tankegang (Anderson 2003) gjennom refleksjonsstrukturer, dialog og veiledning, noe vi er i gang med. Som sagt var dette mastergradsprosjektet et større prosjekt med flere tema. I denne artikkelen velger jeg å utdype et av temaene – foreldreveiledning – som var en av grunnsteinene for etableringen av familiesentrene. Dette er mine refleksjoner etter at de ansatte som et ledd i prosessen har skrevet og reflektert rundt samme tema.

Familiesenteret i dag

I dag er det fire fast ansatte i familiesenteret. Helse-søstre i videregående skole har også sin base her. I tillegg bidrar barnevernet med 20 prosent stilling, PPT med 20 prosent stilling, barnehagen med 50 prosent stilling, samt at sentret har samarbeid med psykiatritjenesten i kommunen. Vi har også jordmor og Home Start- familiekontakten til stede i familiesenteret.

Det arbeides med enkeltpersoner, familier og med grupper, for eksempel grupper for unge foreldre og



VIKTIG KONTAKT: I familiesenteret skal foreldre som sliter få hjelp til å være foreldre. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

familiegrupper der en av foreldrene er psykisk syk. Det gis veiledning til ungdom, barn og foreldre både på familiesenteret og i hjemmet, blant annet ved hjelp av Marte Meo, International Child Development Programs (ICDP) og Parent Management Training, Oregon (PMTO). I tillegg har vi tilknyttet spesialpedagog/logoped.

Familiesenteret har bidratt til skoloring av lærere og innføring av skoleprogram med fokus på psykisk helse (www.psykiskhelseiskolen.no). De ansatte i familiesenteret har etter beste evne, og ut fra statlig påtrykk og anbefalinger, skapt et senter som skal ha fokus på barn og foreldre. Et viktig anliggende er at foreldre som sliter skal få hjelp og veiledning i det å være foreldre. Målet er at foreldrene skal bidra til en god oppvekst for barna.

Foreldreveiledning

Ved oppstart av familiesenteret var det et mål å komme tidlig inn i familien, før problemene ble for store. Dette for å bidra til god psykisk helse for barna. «Foreldre er eksperter på egne barn. Denne unike kunnskapen er det viktig å ta vare på, styrke og utvikle videre». Dette skrev daværende barne- og familieminister Grete Berget i forordet til en rekke temahefter og bøker, som til sammen utgjorde Det nasjonale foreldreveiledningsprogrammet (Q-0930/96). Dette var et samarbeidsprosjekt mellom flere departement. Målet var å støtte og styrke foreldre i rollen som oppdragere og omsorgspersoner for egne barn. I ulike rundskriv

fra den tiden ble foreldreveiledning beskrevet som en hjelp i arbeidet med å forebygge, det vil si minske forekomsten av psykiske og sosiale problem hos barn og i barnefamilier (bl.a. i Q-5/95).

Det er ikke å overdrive å si at dette skapte oppstandelse i helsesøstergruppa. En av grunnene til dette var at statlige myndigheter hevdet at helsesøstrene fram til da hadde drevet rådgiving, og denne praksisen skulle nå endres. I ettertankens lys har nok mange helsesøstre sett at det var mye sannhet i at det vi bedrev kunne kalles rådgiving. I dag stiller jeg mer spørsmål ved om

«Det var mye sannhet i at det vi bedrev kunne kalles rådgiving».

ikke foreldreveiledning er en form for rådgiving det også. Eller sagt på en annen måte: Det at foreldrene behøver veiledning ut fra et bestemt program, betyr ikke det at eksperter kommer utenfra og forteller dem hva de skal gjøre?

Hva var da foreldreveiledning på begynnelsen av nittitallet? Karsten Hundeide (1996) utviklet ICDP sensitiviseringsprogram. Han beskriver ICDP som en metode for å «reaktivere de positive omsorgsidealer og ferdigheter som allerede eksisterer i de familier og i de samfunn der barnet skal vokse opp og tilpasse seg» (Hundeide 1996:5). Foreldrene presenteres for åtte temaer for godt samspill. De skal gjennom oppgaver og aktiviteter utforme sin

egen forståelse og praksis basert på disse temaene. Dette skjer i samarbeid med veileder. Meningen er at dette skal være en ledet bevisstgjøring av egen positiv samspillpraksis (Hundeide 1996). Som en kuriositet kan det nevnes at i 2011 er det ICDP foreldreveiledningsprogram Bufetat skolerer de ansatte i kommunene som arbeider med barn og familier i. Dette er akkurat det samme programmet vi ble gjort kjent med i 1996. Ting tar tid.

Tilpasse til lokale forhold

En tverrfaglig gruppe, sammensatt av fagpersoner som arbeidet med foreldre og barn, fikk i vår kommune ansvaret for å vurdere og tilpasse statlige føringer til lokale forhold. Denne gruppen innhentet også informasjon om Marte Meo-metoden (Drugli 1994). Foreldreveiledningslitteraturen hjalp oss til å skifte fokus. Vi fikk fokus på foreldrerollen, og hjelp til å se at foreldre er de viktigste i barnas liv. Vi ble oppmerksomme på psykososiale utfordringer i familien, og vi fikk hjelp til å se på mestring og positive forhold i familien istedenfor risikofaktorer og problematferd. I tillegg leste vi artikler som omhandlet tidlig samspill mellom foreldre og barn i første leveår, om barns egenutvikling og tilknytningsteori.

Imidlertid var gruppen helt tydelig på at foreldreveiledning er en metodisk tilnærming som krever at fagfolk må skoleses og få egen veiledning i arbeidet. Vi kunne også se at denne type veiledning ikke passet for alle foreldre, eller til alle formål, og ikke minst; foreldrene selv måtte ønske veiledning.

Begrep i forandring

Siden foreldreveiledning var en grunnsteinene for etableringen av familiesentret er det interessant i denne sammenhengen å se hvordan dette begrepet har forandret seg. I dag er foreldreveiledning blitt et ord «alle» bruker om mange former for foreldrearbeid. Alt kalles foreldreveiledning, fra et fire timers opplegg der foreldre i en fjerde klasse møtes for å diskutere innetider, lommepenger med mer, til et døgnbemannet veiledningstilbud der foreldre og barn bor sammen.

Den uttrykte ideen i 1995 var som nevnt at «foreldre er eksperter på egne barn» (Q-0930/96). I dag mener jeg å kunne se at et ekspertvelde er på full fart tilbake. Nettopp det motsatte av vårt ønske ved oppstarten av sentret. Nå heter det seg at all foreldreveiledning skal være evidensbasert og manualbasert, det vil si instruksjon. Fra 1995 til i dag ser vi også en økning i diagnostisering av psykiske lidelser hos barn som overrasker oss. Min frykt er at normalitetsgren-

sene snevres inn, og at utfordringer i familien blir barnas «skyld».

I dag har vi i familiesentret tre ICDP-veiledere, en Marte meo-terapeut og en PMTO- terapeut. Vi ser at disse veiledningsmetodene baserer seg på helt ulike prinsipper, og ikke minst ulikt språk. Der Marte meo (som betyr av egen kraft) og ICDP snakker om positivt samspill og positiv kommunikasjon, snakker PMTO om atferd og grensesetting og baserer seg på instruksjon fra terapeut til foreldre.

Ved etableringen av familiesentret var vi skolert i risikofaktorer hos barnet, slik som prematuritet eller der barna var vanskelig å regulere, for eksempel i forhold til mat, søvn og samspill. Vi var også opptatt av at det å være psykisk syk og/eller ha psykososiale utfordringer skaper utfordringer i det å være foreldre. Vi ønsket at familiesentret skulle være et sted der vi i møte med foreldrene kunne bidra til at de mestret foreldrerollen. Dette skulle vi gjøre ved hjelp av foreldreveiledning. Slik har vi på mange måter fortsatt arbeidet, kanskje uten å reflektere mer over hvordan vi faktisk utfører det. Denne gjennomgangen er en bevisstgjøring på at familiesentret er like upresis i omtalen av foreldreveiledning som alle andre. De fleste møter med familier vi har i dag dreier seg ikke om foreldreveiledning etter et bestemt mønster. Derimot har vi, som brevene og refleksjonsdagen i forskningsprosjektet viste, samtaler med familier over tid.

Samtalen

Familiesentret er som nevnt skapt ut fra en tankegang om at foreldrene som kommer til oss har utfordringer med det å være foreldre. Dette er ikke så enkelt å snakke om, så for å komme i dialog med foreldrene er det grunnleggende at det skapes en god relasjon. Og det tar tid. Her er det familierapiens teori (bl.a. Shotter 1993, 2007, 2011) og Harlene Andersons (2003) filosofiske holdning vi ønsker å gjøre bruk av. I tillegg må vi ha kunnskap om barns utvikling. Daniel Sterns bok «Spedbarnets interpersonlige verden» (2003) bygger bro mellom teori og praksis, og viser på en ypperlig måte hvor viktig samspillet og kommunikasjonen mellom barn og omsorgsperson er for barnets utvikling. Poenget er at det er foreldrene eller barnets omsorgspersoner som særlig i spedbarnsalderen må gi barnet det barnet behøver (Stern 2003). Det er de voksnes ansvar, og et slikt samspill krever at foreldrene berøres (Shotter 2011).

Å snakke med foreldrene om barna, der barnas ønske om å bli forstått og kommunisert med, er utfor-

drende. Å bidra til at foreldre og barn knytter bånd som alltid vil være der, og som bidrar til at barna med foreldrenes hjelp får skapt seg selv, blir vesentlig (Stern 2003). Sånn sett er det i våre møter med foreldrene vi må finne muligheter for berøring (Shotter 2011). Manualbasert foreldreveiledning kan være nyttig, men da etter at foreldrene gjennom dialogen berøres i sin væren. I denne sammenheng betyr dette at det i samtalen skapes muligheter for at foreldrene undrer seg over og «ser» barnet, og kjenner i seg selv hva barnet har behov for.

For å si noen ord til slutt om mitt ønske for vårt framtidige arbeid, vil jeg ty til John Shotter (2007). Han sier at hvis du berører folk intellektuelt vil de synes det er interessant, og kanskje lese en bok om det. «Derimot hvis du berører dem i deres væren vil du utgjøre en forskjell i livet deres, som de enten umiddelbart vil utforske nærmere, eller som de fortsetter å tenke på.» (Shotter 2007:10)

Mitt håp og ønske er at det i vårt arbeid med

foreldre og barn i et kommunalt familiesenter skal være mulig å tenke slik om «møtet mellom menneske». ■

Litteratur

- Andersen, T. (2005): Reflekterende prosesser. Danmark: Dansk psykologisk forlag.
- Anderson H. (2003): Samtale, sprog og terapi. København: Hans Reitzels Forlag
- Hundeide, K. (1996): Ledet samspill. Nesbru: Vett & Viten AS
- Schmuck, R.A (2006): Practical Action Research for Change. Thousand Oaks, California: Corwin Press
- Shotter, J. (1993): Conversational Realities, Constructing Life through Language. London: Sage
- Shotter, J. (2009 a): Listening in a way that recognizes/realizes the world of "the other". International Journal of listening. Volume 23, Issue 1, s. 21–43
- Shotter, J. (2009 b): Moments of Common Reference in Dialogic Communication: A Basis for Unconfused Collaboration in Unique Contexts. International Journal of Collaborative Practices 1, s. 31–39
- Stern, D. (2003): Spebarnets interpersonlige verden. Oslo: Gyldendal
- Q-5/95 av 30.03.95: Foreldreveiledning. Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet
- Q-0930/96: Program for foreldreveiledning. Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet

Sammen for bedre ung

I Nord-Gudbrandsdal samarbeider ulike instanser om å få flere barn og unge med på fysisk aktivitet.



Tekst **Torstein Ingvaldsen**
Prosjektrådgiver



Tekst **Stian Høglie**
Prosjektleder

Prosjektet Idretts- og fysakkordinator startet opp 1. januar 2010 og er et samarbeidsprosjekt mellom Norges Idrettsforbund (NIF), Oppland Fylkeskommune og Regionrådet i Nord-Gudbrandsdal.

– Prosjektet ønsker å fremme det tverrfaglige samarbeidet innen folkehelse og idrett i Nord-Gudbrandsdal, sier prosjektleder Stian Høglie.

Nord-Gudbrandsdal består av seks kommuner, Lesja, Dovre, Sel, Vågå, Lom og Skjåk, og har cirka 19 000 inn-

byggere. Mesteparten av Stian Høglies tid har gått med til å kjøre rundt i disse vakre fjellbygdene, snakke med folk og skaffe seg en forståelse av hvor skoen trykker mest og hvor behovet for innsats er størst.

– Skal vi greie å få en bedre hverdag for barna våre, må vi samarbeide på tvers av miljøer, kommuner og idrettsgrener. Vi har forankret prosjektet godt i mange forskjellige miljøer i regionen og kartlagt gjennom en spørreundersøkelse hva som er nå-situasjonen. I

prosessen videre må vi få satt i gang tiltak ut fra kartleggingen og spørreundersøkelsen, sier Høglie.

Bakgrunn

Bakgrunnen for prosjektet var etableringen av Idrettens Kompetansesenter Innlandet (IKI), et NIF-initiert prosjekt i samarbeid med Hedmark og Oppland Fylkeskommune. IKIs strategiske mål har vært å etablere regionale kompetanseknutepunkt for idretten i de to fylkene. Kompetanseknute-

■ PROSJEKTET IDRETTS- OG FYSAKKOORDINATOR

DETTE HAR VI GJORT

Her er et utvalg av tiltak som er gjennomført:

- Diverse kurs for de frivillige idrettslagene sammen med Oppland Idrettskrets.
- Spørreundersøkelse for 4. og 10. klassinger rette mot fysisk aktivitet og kosthold. Denne tok utgangspunkt i Helsedirektoratets store undersøkelse fra 2008 "Fysisk aktivitet blant barn og unge i Norge".
- "En annerledes skoledag". En skoledag med aktiviteter for både funksjonshemmede og friske elever. Fokus på mestring og integrering, og gjennom ti utvalgte stasjoner ble skillet mellom det å være funksjonshemmet og funksjonsfrisk langt på vei visket bort.
- Aktivitetskonferanse 2010 med tittel "Mestring er gull verd".

- Basismesterskap på Otta for 10. klassinger og 1. året på videregående.
- Barnehagekonferanse med temaet fysisk aktivitet – teori og praksis.

PLANER FREMOVER

Her er noen av aktivitetene som skal skje framover:

- Danseprosjektet GLAD, UNG og SPRÆK i Nord-Gudbrandsdalen. Det skal lages en egen dans og sang med musikk laget av skoleungdom fra distriktet. Målet er å skape glede, inkludering, aktivitet og et godt skolemiljø. Det er også et mål å styrke kroppsøvingsfaget gjennom kompetanseheving blant lærere og assistenter

i ungdomsskolen. Dansen skal fremføres av alle ungdomsskolene i Rondane Nasjonalpark i juni neste år. Omtrent 700 elever skal delta. Forøvrig samtidig som Rondane Nasjonalpark fyller 50 år.

- Ballprosjekt med Indre Østland Fotballkrets, Norges Håndballforbund, Region Innlandet og IKI. Prosjektets målgruppe er 5.- 7. klassinger i Nord-Gudbrandsdal. Dette for å stimulere til "ballsiddighet" blant barn og unge, samt utsette frafallet fra idretten.
- Lærerkonferanse for 350 lærere, helsesøstre og folkehelsekoordinatorene i Nord-Gudbrandsdal. Temaet blir viktigheten av fysisk aktivitet, og hvilken rolle skolen kan spille.
- Aktivitetskonferansen 2011 i Nasjonalparkriket med tittelen "Kom deg ut".

domshelse



punktet i Nord-Gudbrandsdalen har et breddeidretts- og folkehelsefokus og skal fungere som et bindeledd mellom det offentlige og den frivillige idretten. Hovedmålet er å engasjere flere barn, unge og funksjonshemmede i fysisk aktivitet i Nord-Gudbrandsdal.

Organisering

Prosjektet er organisert med en styringsgruppe bestående av en representant fra hver av eierne, samt en fra hver kommune – fra politisk eller adminis-

GØY MED BALL: Ett av prosjektene er Ballprosjektet, som skal stimulere til «ballsiddighet» blant barn og unge, samt utsette frafallet fra idretten. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

- Idrettskonferanse med tema som frafall i idretten og hvordan motivere for frivillighet.
- Ungdomslederkurs i samarbeid med Oppland Idrettskrets.
- Det Store Korslaget. Et annerledes folkehelse- og kulturinnslag i regionen hvor vi utfordrer kommunene til å skaffe seg en dirigent og et kor hvor de skal konkurrere om å bli "Norddalens beste sangkor". Næringslivet utfordres til å bidra med sponsormidler som igjen skal gå til folkehelseiltak i egen kommune.
- Stafett for alle 23 idrettslag i Nord-Gudbrandsdalen.



trativt nivå, eller idretten. I tillegg har prosjektet fem arbeidsgrupper hvor det skapes tiltak på ulike nivåer.

Gruppene består av:

Folkehelseforum består av folkehelsekoordinatorer i Nord-Gudbrandsdal og Oppland Fylkeskommune.

En annerledes skoledag - barn består av lærere, helsesøstre, pedagogiske rådgivere og idrettskonsulent.

En annerledes skoledag - ungdom består av lærere, helsesøstre og Oppland Fylkeskommune.

Frivillig idrett består av idrettslag og idrettsråd i regionen, pluss Oppland Idrettskrets (OIK).

Idrettsforum består av idretts- og kulturkonsulenter i regionen, pluss Oppland Fylkeskommune.

Andre viktige samarbeidspartnere i prosjektet er idrettslinja ved Nord-Gudbrandsdal videregående skole, avdeling Otta, jordmødre, særiddrettskretser i Oppland, forskningsmiljøer, DNT, barnas turlag, jeger- og fiskeforeninger, FAU, Lokalmedisinsk Senter og skolesjefer og rektorer.

Vellykket tiltak

Etableringen av arbeidsgrupper har vist seg å være et vellykket tiltak. Tilbakemeldingene går på at det har

vært svært nyttig å møtes på ”nøytral grunn”, at denne type prosjekt tar initiativ til å samles og samarbeide på tvers av kommunegrensene. Mange er ansatt i små delstillinger i kommunene og har ikke hatt noen naturlig møtearena i hverdagen før nå.

Gjennom disse gruppene er det etablert et solid nettverk, noe som vil gjøre det videre arbeidet lettere. Prosjektet har skapt en møtearena for tverrfaglig samarbeid og det er en suksessfaktor for å oppnå resultater og skape aktiviteter.

”Idretts- og fysakkoordinator” har vært et svært vellykket prosjekt fra dag

Vi utnytter hverandres

Helsesøstre er med i to av arbeidsgruppene i prosjektet. Sammen med de andre, jobber vi for at ungdom skal få bedre fysisk og psykisk helse.

Region nord- Gudbrandsdal består av seks kommuner; Dovre, Lesja, Lom, Sel, Skjåk og Vågå. I mange år har helsesøstrene i norddalskommunene hatt fire faste fagdager i året. Ansvaret for gjennomføring av fagdagene går på rundgang mellom helsestasjonene i de seks kommunene. Dette gjør at alle bidrar og alle tar ansvar for gjennomføring. Fagdagene er et godt forum for drøfting av dagsaktuelle temaer innen forebyggende arbeid som opptar oss som jobber på helsestasjonene. Gode faglige og konstruktive diskusjoner som også bidrar til ny kunnskap, kompetanse

og økt forståelse til nytte i vårt arbeid.

Ville vite mer

Våren 2010 inviterte helsesøstergruppen Idretts- og folkehelsekoordinator for nord-Gudbrandsdal; Stian Høglien til vårt møte. Vi hadde lest og hørt om prosjektet og ønsket et møte for å få vite mer. Lavterskel, folkehelseforum, en mer aktiv skolehverdag for barn- ungdom og frivillig idrett. Et svært spennende møte med en meget engasjert koordinator som snakket ”vårt språk” i et forebyggende perspektiv!

I etterkant av møtet ble to representanter fra helsesøstergruppen invitert til

å delta i to av arbeidsgruppene. Selvfølgelig ville vi bli med! Helsesøster i Lom Liv Marie Øyjordet og undertegnede fra Dovre, takket ja og ble med i hver sin arbeidsgruppe. Arbeidsgruppene er tverrfaglige og satt sammen av; foruten idrettskoordinator; pedagoger fra barne- ungdom og videregående skole, aktivitetsledere, rådgiver for oppvekst, idrettskonsulent, barne- og ungdomskontakt og helsesøster. Arbeidsgruppene som vi helsesøstre deltar i, har fokus på: ”En mer aktiv skoledag for barn og ungdom”.

Første møte i arbeidsgruppen startet med presentasjon av prosjekt, mandat

en, og er vedtatt som et satsingsområde i regionalt handlingsprogram. Både frå politisk og administrativt hold er det uttrykt tilfredshet med at noen nå kommer og koordinerer folkehelsearbeidet, spesielt inn mot skolen. Hvis idretten sin kompetanse også kan nyttegjøres i dette arbeidet vil det være en vinn-vinn både for kommunene og det frivillige. Utfordringen er å finne de gode modellene som er levedyktige.

Finansiering

Regionrådet i Nord-Gudbrandsdal har bevilget 150 000 kroner til tiltak for folkehelsen rettet mot barn

og unge i 2011. Det bør også nevnes at alle tiltakene som settes i gang er kryssfinansiert mellom eierne og det private næringsliv. Prosjektet har i så måte utløst betydelige summer fra det offentlige og private som verken idretten eller folkehelsen ellers ville fått. Etter å ha drevet med forankring og markedsføring av dette prosjektet i vel 1,5 år ser vi at stadig nye miljøer viser nysgjerrighet og tar kontakt. Det kan nevnes FAU, barnehager, skoler, politikere, andre kommuner og fylker.

Utfordringen videre blir som for prosjekter flest, å få det over i fastere rammer og sikre en langsiktig finan-

siering. Stian Høglie brenner fortsatt like sterkt for en god folkehelse og en veldrevet idrettsorganisasjon. Med glød og engasjement er han en ypperlig talsmann for sitt viktige prosjekt, og med politisk velvilje bør folkehelsen i Nord-Gudbrandsdal gå framtida lyst i møte. ■



kompetanse

og valg av leder for gruppa. Dernest ide-myldring og konkrete forslag til videre jobbing. Mye tankevirksomhet i forhold til hva vi ønsket og hva som er mulig å gjennomføre.

Inspirerende dag

Arbeidsgruppene fikk invitasjon til å få delta på aktivitetskonferanse på Otta november 2010. Konferansen fulgte med kjente foredragsholdere, lokale ildsjeler og med et brett spekter av flotte lokale idrettsutøvere med stor suksess nasjonalt og internasjonalt. En inspirerende dag med strålende motivatorer, med ildsjeler både lokale og nasjonale,

der alle hadde mestring og glede i fokus. Jeg er sikker på at alle gikk derfra med en stor glede og ny iver inni seg.

I månedene etterpå fulgte flere møter, nye gode ideer, og mange gode prosesser. Så spissing av oppgaver og arbeidsfordeling.

I et historisk perspektiv var helsesøster den eneste utøver av forebyggende arbeid. I dag har helsesøster samarbeid med mange ulike yrkesgrupper som utøver forebyggende arbeid. Tverrfaglig samarbeid der forskjellige fag og kompetanse kommer til syne vil etter mitt syn øke forståelse for hverandres fagfelt. Profesjonen, ståsted og erfa-

ringer er forskjellig, men ved å utnytte hverandres kompetanse utvikles ny felles kunnskap og forståelse. Dette mener jeg vil komme alle til nytte; ved å sikre kvaliteten i arbeidet, bidra til felles forståelse og dra i samme retning mot felles mål i et forebyggende perspektiv.

Vårt felles mål; god fysisk og psykisk helse, glede, mestring og økt livskvalitet.

Jeg gleder meg til fortsettelsen! ■



Tekst **Oddny Garmo**, ledende helsesøster i Dovre

Der helsesøstrene heter «helserrådgiver»

Helserrådgiverne har en spesiell stilling og kan falle mellom to stoler i systemet. Men tjenesten er populær blant elevene i videregående skoler, blant annet fordi den er så tilgjengelig.

Oppland fylkeskommune har som eneste fylke i landet ansatt helsesøstersonnell for å gjennomføre skolehelsetjenesten i videregående skoler. Det medisinsk-faglige ansvaret ligger hos kommunelegen i vertskommunen, mens arbeidsgiver- og persona-lansvaret er tillagt rektor.

Stillingstittelen er helserrådgiver. Det har den vært siden august 2002. Tilset-tingskrav for utøvere av tjenesten er kun sykepleierutdanning, men gjerne med tilleggsutdanning som helsesøster eller annet som er relevant for arbeid med ungdom i videregående skole.

Hva er så årsaken til at Oppland fylkeskommune har en slik ordning, når det er den enkelte kommune som har ansvaret for skolehelsetjenesten gjen- som sin lovpålagte helsesøstertjeneste?

Opprinnelse og utvikling

Da de videregående skolene ble etablert i omtrent hver eneste kommune utover på 70-tallet, ble det snart klart at helse-søstrene i kommunen ikke hadde kapasitet til å være så mye ute i skolene som ønskelig. I 1977 ble det som den gang het fylkeshelsesøster og fylkesskolesjef i Oppland enige om å opprette egne stil- linger for skolesykepleiere i den vide- regående skolen. Normen var da som nå: 10 prosent stilling per 100 elever. Helsesøstrene i Oppland ved faggruppa

var sterk imot dette, trolig av redsel for utarming av helsesøstertjenesten da det den gang var få utdannede hel- sesøstre. Og helsesøstrene søkte ikke disse stillingene. Alle som ble ansatt var sykepleiere av utdanning. Denne yrkes- konflikten har dessverre preget synet på og samarbeidet med helserrådgiverne nesten helt fram til i dag.

Da ansvaret for skolehelsetjenes- ten ble tillagt kommunene i 1984, ble skolesykepleierne i Oppland fylkeskommunale sammen med resten av skolene overført til undervisnings- stillinger – med det lønshoppet det førte med seg. De ble tillagt ansvaret for rådgivning innen helse- og sosi- alspsørsmål. Forutsetningen var da at kommunehelsetjenesten ved helsesøster skulle ha det lovpålagte ansvaret for det forebyggende helsearbeidet i den vide- regående skolen.

Stillingsbetegnelsen ble nå spesial- rådgiver, og kompetansekravet for å få fast ansettelse var grunnutdanning i sykepleie og pedagogisk videreutdan- ning.

Tjenesten var fram til 1996 i sin helhet finansiert av Oppland fylkes- kommune. På grunn av behov for øko- nomiske innsparinger, ble det dette året vedtatt å forhandle om utgiftsdeling mellom fylkeskommunen og vertskom- munene for videregående skoler, med

henvisning til at skolehelsetjeneste er kommunenes ansvar. Fra 2002 refor- handles avtalene med kommunene hvert tredje år.

Populær tjeneste

Fylkeskommunen lyktes i å få til 50/50 prosent deling av lønnsutgiftene med kommunene. En stor medvirkende årsak til dette var den positive medi- eomtale som denne helsetjenesten fikk fra Ungdommens fylkesting og elevene i de videregående skolene. Det ble sett på som svært viktig at utøverne av sko- lehelsetjenesten i de videregående sko- lene hadde ansettelsesforhold på den enkelte skole, at de hadde faste treffe- tider og ikke minst var lette å få tak i.

Dette er også årsaken til at skole- helsetjenesten med helserrådgivere som utøvere i dag fortsatt har et solid feste i de videregående skolene i Oppland.

Helserrådgiverne følger Statens hel- setilsyn sin «Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten». Vi bruker også «Veiviser for skolehelsetjenesten i vide- regående skoler» som nyttig arbeids- redskap. Veiviseren er utarbeidet og godkjent av NSF's Faggruppe av Hel- sesøstre.

Er til stede

Helserrådgiverne er svært mye brukt av elevene i skolehverdagen. Vi har etter

hvert blitt mange med helsesøsterutdanning, sjøl om dette ikke er et krav. Helsesøstre med forskrivningsrett av hormonell prevensjon har også derfor stor pågang for veiledning i seksuell helse, utdeling av kondomer og utskrivning av resepter.

Skolene merker godt økningen av risikofaktorer blant ungdom, som rusmisbruk, selvskadning, negativt selvbilde, stress, press, angst og depresjoner. Helserrådgiver har lav terskel for å bli oppsøkt, og eleven trenger ingen timebestilling. Helserrådgiverne kjenner lettere skolens rutiner, siden de sjøl er en del av skolens hverdag, de er tilgjengelige til faste tider og den fysiske nærheten gjør det lettere med samarbeid med skolens pedagogiske personell og resten av rådgivingsgruppa.

Som eksempel på tilgjengelighet kan nevnes at for 500 elever og da 50 % stilling som følger skoleåret, er arbeidstiden 3 dager per uke à 8 timer.

Jeg vil tro at det er få – om noen – videregående skoler i de andre fylkene som har så stor tilstedeværelse av helsesøster i skolehverdagen.

Vekt på forebygging

Ved skolestart har rådgiverteamet en informasjonsrunde til alle førsteklassene for å informere om tjenesten og dele ut spørreskjema om fysisk og psykisk helse. Besvarelsen fører til målrettet oppfølging av elever som har gitt uttrykk for et spesielt behov for samtale.

Vi helserrådgivere jobber også primærforebyggende med HMS-arbeid internt på skolen – ikke minst i forhold til de yrkesfaglige linjene, tobakksforebyggende arbeid, psykisk helse med programmet VENN1 eller Step, med sunne kantiner, egen «Russedag» i april med fokus på meningitt, seksuell helse, rus og trafikk.

Oppland fylkeskommune har de siste årene hatt fokus på helsefremmende arbeid i de videregående skolene. For eksempel ble Lena og Gjøvik videregående skoler sertifisert som hel-



JEVNLIGE KURS: Helserrådgiverne samles hver høst og vår for faglig oppdatering. Dette er fra en samling i 2007.

sefremmende skoler i forbindelse med Verdens tobakksfrie dag. Disse skolene har jobbet systematisk med forebyggende tiltak i flere år.

De ansatte i skolehelsetjenesten i de videregående skolene i Oppland har vært en svært stabil og trofast gruppe. De fleste har vært ansatt siden starten i 1977. Dette er nok et tegn på at vi trives svært godt i jobbene våre i den videregående skolen, og sjølsagt betyr lønnsplussingen også mye.

De nytilsatte fikk fra 2005 kommunale vilkår med lønn som helsepersonell i kommunen, men fortsatt er ansettelsesforholdet i fylkeskommunalt.

Glemmes ofte

Det må innrømmes at det også finnes en del utfordringer ved en slik organisering av helsetjenesten. Som ansatte hos fylkesopplærings sjefen er vi ikke en naturlig del av kommunehelsetjenesten. Kommunelegen er vår nærmeste faglige rådgiver. Vi skal ha nært samarbeid, men blir i svært varierende grad innkalt til fellesmøter/samarbeidsmøter. Vanlig informasjon som helsesøstertjenesten i kommunene får fra sentrale myndigheter, når ofte ikke fram til oss. Kursinvasjoner og mye annen info likeså. Vi profiterer på dem som har kombinerte stillinger som helsesøstere i kommunehelsetjenesten og helserrådgivere. Dette er dessverre en «akilleshæl» for helserrådgivertjenesten, da vi lett blir værende i et slags vakuum og en ikke-eksisterende tilstand.

Samtidig er mange av oss ikke lenger

pedagogisk personell og derfor ikke en like naturlig del av skolehverdagen som vi var tidligere. Vi kan derfor fort bli ensomme i disse jobbene. For å bedre dette har vi fått tilført lønnsmidler til økning av stillingene våre, øremerket for å øke samarbeidet. Vi har også fått midler til veiledning for helserrådgivere og helsesøstrene i kommunen sammen. Dette er svært vellykket og har oppslutning i alle regionene i Oppland.

Helserrådgiverne har også faste fellesmøter med faglig oppdatering minst en gang høst og vår. Vi deltar også på rådgiversamling i fylkesopplærings sjefens regi en gang årlig for alle rådgivere i grunnskole og videregående skole, og vi får midler til å delta på fagkurs og ekskursjoner. Vi har dessuten en fast kontaktperson på fylkesopplærings sjefens kontor som koordinerer informasjonen og fellesmøtene, og bistår oss med små og store problemer i forhold til både det faglige og det praktiske.

Samarbeidsavtalen vår med kommunene reforhandles jevnlig. Politiske signaler så langt tyder på at skolehelsetjenesten og helserrådgiverne i videregående skoler i Oppland fortsatt skal få lov å eksistere.

Kanskje er dette noe til etterfølgelse for andre fylker? Helserrådgiverne i Oppland bidrar gjerne med råd og hjelp. ■



Tekst Mae Iris Haarstad, Helserrådgiver ved Nord-Gudbrandsdal videregående skule, avdeling Otta og Hjerleid.

Ikke alle får like godt

LEDERSTAFETTEN

Barn og unge bør få tilbud om de samme basistjenestene fra helsestasjon og skolehelsetjeneste, uavhengig av hvilken kommune eller bydel de bor i. Slik er det ikke.

Oslo kommune opprettet for en del år tilbake nettverksgrupper; såkalte effektiviseringsnettverk for ledere for blant annet helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det ble etablert tre grupper for de 15 bydelene som finnes i Oslo kommune. Helse og velferds-etaten (HEV) fikk mandat å koordinere gruppene.

Nettverksgruppene ble positivt mot-tatt av oss 15 ledere for helsestasjon og skolehelsetjenesten. Vi hadde et møte i starten hvor vi snakket om hva vi ønsket med nettverksgruppene. Hensikten var at vi skulle få mulighet til å dele erfaringer med hverandre og gå mer i dybden på ulike tema.

Ett tema som ble drøftet, var hvordan vi melder inn KOSTRAtall – det vil si hvordan og hvor ulikt vi tolker spørsmålene, og dermed gir ulike svar. Denne diskusjonen endte med at vi meldte inn

ler, ble starten på en kartlegging av og full oversikt over hvilke konsultasjoner brukerne fikk tilbud om i hver enkelte bydel. Vi ønsket å se på ulikhetene i vår kommune blant annet med bakgrunn i at toppledelsen (bydelsdirektørene) i våre bydeler sammenlignet bydelene med hverandre. Alle bydeler har som mål å følge veilederens anbefalinger og program, men her fikk vi erfare at det var veldig ulikt hvordan tilbudet ble gitt i de 15 bydelene.

I nettverksgruppene har vi spesifikt sett på ulikhetene i forhold til antall konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet opp mot hva veilederen anbefaler. Resultatene av kartleggingen viser at det er variasjon fra 4-5 konsultasjoner opp til 12 konsultasjoner. Ingen av bydelene hadde mulighet å tilby de 14 konsultasjonene som veilederen anbefaler fra fødsel og til og med 4 år.

tjenester fra helsestasjonen og skolehelsetjenesten uavhengig av hvilken kommune de bor i?

Basistilbudet slik det er anbefalt av nasjonale myndigheter burde være likt. Deretter kan man ut fra lokale behov og ressurser gi andre, supplerende tilbud.

Helsedirektoratet har foreslått normtall; det vil si hvor mange barn en helsesøsterstilling skal ha ansvar for. Om normtall blir en realitet vil det bety at det blir mye enklere å styre helsetjenesten mot de mål vi ønsker å oppnå. Normtall vil gjøre det lettere for oss ledere å styre mot samme mål og å argumentere for flere stillinger til vår tjeneste. Vi må imidlertid ikke stirre oss blinde på kun normtall! Alle våre brukere har forskjellige ressurser og behov, og trenger ulike tilbud fra oss. Dette må vi ikke glemme når tallmodeller skal vurderes og brukes.

«Brukere har forskjellige ressurser og behov.»

forslag til endring av spørsmål, utarbeidet en prosedyre og tydeliggjorde spørsmålene slik at det ble en felles forståelse innad i vår kommune på hvordan tallene skulle rapporteres inn. Resultatet blir dermed en sikrere, mer ensartet og faktisk sammenlignbar statistikk.

Store forskjeller

Et annet tema var de store forskjellene i hva slags tilbud vi ga til våre brukere. Erkjennelsen av at det var store forskjeller

Hver bydel har sitt eget bydelsutvalg som har sitt eget budsjett. På bakgrunn av politiske beslutninger blir det ulikt prioritert hvilke konsultasjoner som skal vektlegges eller må reduseres.

Vi har fått innsyn i denne problematikken også i andre kommuner og ser at i hele Norge gjør man ulikt ut fra hvilke ressurser man har til rådighet.

Man kan stille seg spørsmålet om det er slik det skal være? Skal ikke alle barn og unge ha samme rett til

Pilot helsestasjon

Når jeg har muligheten ønsker jeg også å si noe om LaH og NSF's prosjekt Pilot helsestasjon og skolehelsetjeneste, som vi er heldige å delta i sammen med Sør-Varanger (Kirkenes) og Austevoll. Vi kom inn i prosjektet i februar 2010 etter at forprosjektet var gjennomført i 2009.

Målet med prosjektet er å kartlegge, utprøve og evaluere kompetanse- og kvalitetshevende tiltak innenfor helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Det langsiktige målet er å oppnå en myndighetsgodkjenning av helsesøstre som spesialist.

tilbud

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



■ Av Ann Louise Gustafsson

Enhetsleder, Helsetiltak barn og unge, bydel Gamle Oslo

Hensikten med myndighetsgodkjenning er å gi samfunnet en garanti for at en myndighetsgodkjent helsesøster innehar de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som myndighetene til en hver tid anser som påkrevd.

Dette for å sikre befolkningen rett til forsvarlig og trygge forebyggende og helsefremmende helsetjenester. Befolkningen skal fortsatt ha stor tillit til helsesøstertjenesten.

Gjennom konkrete kvalifikasjonskrav skal man sikre kompetansen hos helsesøster og derved kvaliteten på helsetjenesten. I dette ligger det både et krav til den enkelte helsesøster og til arbeidsgiver.

Vi som er piloter har hatt flere fagsamlinger der vi blant annet har fått belyst og diskutert tema som kunnskapsbasert praksis, juss for helsesøstre, media og mediehandling, hvordan vi kan bli tydelige premissleverandører og barn og unges talspersoner.

Kompetanseplaner

Pilotkommunene har påbegynt utarbeidelse av kompetanseplan i våre respektive kommuner. Ingen av kommunene hadde dette fra før.

I bydel Gamle Oslo startet vi med en kartlegging av hvilken kompetanse helsesøstre har og hva den enkelte trenger mer av. Resultatene vi får frem gjennom kartleggingen, er med å bestemme vår videre kompetansesatsing. Resultatene er også et bra verktøy for ledere i forhold til medarbeidersamtaler med hver enkelt helsesøster. Med kompetanseplanen får vi ledere mer systematikk på hva skal



LEDER I OSLO ØST: Ann Louise Gustafsson jobber i bydel Gamle Oslo. Hun ser at det er store variasjoner i hvilke tilbud barn og unge får i de ulike bydelene i hovedstaden. Foto: Johan Alvik

vi sette fokus på og hva helsesøstre trenger av opplæring/kurs for at vi skal kvalitetssikre tjenestetilbudet til kommunens innbyggere.

Pilotprosjektet gjelder helsesøstre, men enheten som jeg er leder for har over 70 ansatte med ulike profesjoner, og kompetanseplanen skal etter hvert gjelde for hele enheten. For at alle skal få en felles forståelse for arbeidet og at planen blir et verktøy for hele enheten, ble alle ansatte invitert til en felles fagdag. Liv Østli fra Athenae la innledningsvis frem resultatene fra kartleggingsundersøkelsen i pilotprosjektet.

Lederteamet - bestående av meg som enhetsleder/overhelsesøster og teamledere/avdelingshelsesøstre - hadde utarbeidet et spørreskjema som skulle kartlegge kompetansen i enheten. Alle helsesøstre svarte individuelt på skjemaet. Ettersom vi kun hadde utformet spørreskjema for helsesøstre, fikk de andre profesjonene jobbe i grupper og

utforme spørsmål som skulle tas opp innenfor deres fagområde.

I enheten er vi 27 helsesøstre med bred erfaring og stor kompetanse. Noen har også spisskompetanse på enkeltområder. Denne kompetansen tenker vi å benytte oss av i internundervisning. Vi vil også trekke inn eksterne forelesere og delta på kurs og andre læringstiltak, for å øke kompetansen der vi ser at helsesøstre trenger mer kunnskap.

Det som også er morsomt i dette arbeidet er at de andre profesjonene som finnes i enheten - jordmor, fysioterapeut, barnepleier og merkantilt personell - etterspør når de kan få gjennomføre en kartlegging og jobbe videre med sitt fag. Dette tyder på at vi er på rett vei mot en felles kompetanseplan for hele tjenesten.

Jeg gleder meg til å få dette inn i et system, å jobbe videre med kompetanseplan og vil gjerne få mulighet til å dele flere erfaringer med dere når vi har kommet litt lengre i dette arbeidet. ■

Ta i bruk nettverket

I Valdres brukes nettverksmøter i skolehelsetjenesten for å hjelpe ungdom med psykososiale vansker.



Av Hanne Alstergren
Ledende helsesøster i
Øystre Slidre kommune

Valdres har vi erfaring med nettverksmøter gjennom flere «Valdres viser vei»-prosjekter. Vi har blant annet erfart at nettverksmøtene bidrar til at pasienten får økt evne til refleksjon rundt egen situasjon og person. Pårørende forteller at nettverksmøtene gjør at de forstår den syke bedre og at de lettere ser hvordan de kan hjelpe.

Nettverksmøtet er utviklet innenfor det psykiske helsearbeidet, som et behandlingstilbud som tar utgangspunkt i folks hverdag. Nettverksmøtet er en arena hvor de åpne samtalene skal finne sted og det medfører en aktiv brukermidvirkning (Andreasen, 2006). Vi er alle i et samspill med andre og vi har ulike relasjoner å forholde oss til. Barn som viser tegn til psykososiale vansker er også i et samspill, og det er naturlig å se hvilke relasjoner barnet har for å kartlegge nærmere miljøet det lever i.

Nettverksmøter har et teoretisk grunnlag basert på salutogenesen (Antonovsky, 2000).

Nettverkskart

En del av forarbeidet til et nettverksmøte er å tegne nettverkskart sammen med ungdommen. Nettverkskartet kan være et virksomt verktøy for å se nærmere på personens relasjoner og hvilken betydning de har for han eller henne. Det visuelle stimulerer dem mer, og de virker sikrere på hvem som inngår i deres nettverk. Å tegne nettverkskartet kan gjøres i etapper. Ikke alle bruker like lang tid.

Vi kan skrive opp alle personene som er viktige for ungdommen, og plassere dem i forhold han eller henne. De er selv plassert i midten. Videre kan de plassere de nærmeste personene nære, og personer de har mer avstand til lengre ut. Be dem også skrive opp personer de har konflikt til. Nettverkskartet jeg har benyttet ser ut som det i figur 1.

Videre kan ungdommene tegne inn bånd mellom personene: De som kjenner hverandre godt, de som

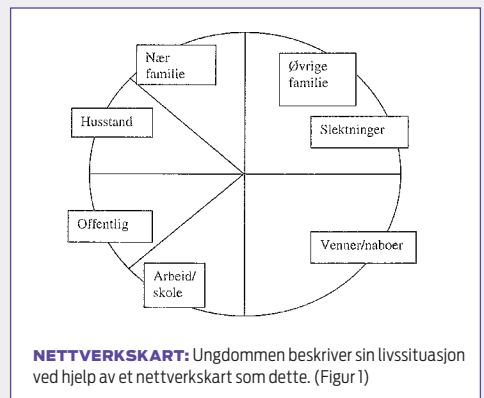
er i konflikt, eventuelt de som ikke har kontakt med hverandre. Et slikt kart er ungdommens umiddelbare bilde av sin egen tilværelse. (Fyrand, 1994; Klefbeck & Ogden, 2003).

Et nettverkskart kan forankres i Bronfenbrenners teori om oppvekstmiljøet som en serie sammenhengende strukturer, hvor den ene utgjør kjernen i den neste.

Ungdommen må styre hvor mye han vil involvere helsesøster i nettverket gjennom nettverkskartet. Det er en ganske intim og fortrolig historie vi ser i et nettverkskart. Det er viktig å understreke taushetsplikten – og at det er et samarbeid som skal til før vi trekker inn personer fra nettverket. Det personlige nettverket har ikke lovpålagt taushetsplikt i motsetning til det profesjonelle og den enkeltes grenser blir da viktig å ivareta.

Nettverksmøte

Nettverksmøtemodellens tilnærming kjennetegnes ved at ungdommen kan bringe med seg noen av de menneskene som betyr mye for dem, både positivt og negativt. Det er også viktig å inkludere personer som ungdommen har hatt negative opplevelser med. Det





- Den som har det vanskelig får hjelp til å samle de menneskene som er viktige og nærmest.
- Gir rom for å snakke om det som er viktig for deltakerne.
- Bidrar til åpenhet.
- Henter fram ressurser og gir grunnlag for medvirkning.
- Skolerte møteledere bidrar til at selv om møtene kan være tøffe og det kan være vanskelig både for hovedperson og nettverket, så blir det satt i gang en prosess som bidrar til åpenhet og gjensidig forståelse.
- Hovedpersonen velger selv hvem som skal inviteres og hvor møtet skal være. Det er ofte flere møter, og så langt mulig er det de samme møtelederne.

Kilde: valdresviserveg.com

FELLESKAP: På nettverksmøtene deltar personer som betyr mye for ungdommen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

forutsetter da at det gjennom samtaler blir en positiv vekst og utvikling for ungdommen. Det er de følelsesmessige og praktiske forholdene som finnes mellom ungdommen og nettverket, som er viktig.

Gjennom å få frem alle deltakernes stemme og forskjellige perspektiver gir nettverksmøtet en mulighet til å skape en ny og felles forståelse mellom deltakerne (SeikkulaJ, 2002). Det er ikke alltid hensiktsmessig å arrangere de store møtene, men trekke inn og tenke relasjoner i møte med ungdommen (Seikkula & Arnkil, 2007). Jeg har erfart at det både praktisk og følelsesmessig kanskje er lettere håndterbart for ungdommen å forholde seg til færre av gangen. Ungdommen kan ha behov for å rydde opp i forhold til enkelte personer og kanskje utvide møtet en annen gang.

Vi forholder oss ulikt til de ulike systemer i nettverket (Klefbeck & Ogden, 2003; Kvello, 2007). Ungdom ferdes i ulike arenaer og kan ha ulike rolle i venneflokkene og hjemme hos familien eller i skolehverdagen. Disse ulike sidene kan komme fram i nettverksmøtet. Det er ungdommen selv som bestemmer hvem som er med. Dette inkluderer også venner.

Hovedparten av ungdom som utvikler psykiske plager kommer fra vanlige familier, viser undersøkelser blant annet utført av Folkehelseinstituttet (Helland & Mathiesen, 2009).

Det er klare sammenhenger med ungdommens psykiske helse og hvordan de har det i familien, på sko-

len og i fritida. Det blir da sentralt å se disse arenaer i sammenheng og hvordan disse systemene kjenner til hverandre. Hvordan er relasjonene ungdommen har til de ulike personer på de ulike arenaer? Dette kan være en innfallsvinkel til samtale med ungdom. ■

Referanser

- Andreassen, m.fl. (2001). Valdresprosjektet 1: Det er jo helt naturlig
- Andreassen, R. (2004). Nettverksmøter - en arena for lokalbasert helsearbeid. Tidsskrift for psykisk helsearbeid Nr 2.
- Andreassen, R. (2006). Valdres-Gjøvik prosjektet: Bruk av nettverksmøter som intervensjon og behandlingsform i ambulant virksomhet Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk helsevern.
- Antonovsky, A. (2000). Helbredets mysterium. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brottveit, Å. (2002). På pasientens premisser (Rep. No. 1). Diakonhjemmets høgskole.
- Fyrand, L. (1994). Sosialt nettverk. Teori og praksis. Otta: Tano.
- Helland, M. J. & Mathiesen, K. S. (2009). 13-15-åringer fra vanlige familier i Norge - hverdagsliv og psykisk helse (Rep. No. 2009:1). Folkehelseinstituttet.
- Klefbeck, J. & Ogden, T. (2003). Nettverk og økologi. Problemløsende arbeid med barn og unge. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. A. (2007). Nettverksdialoger. Oslo: Universitetsforlaget.
- SeikkulaJ (2002). Åpne samtaler. Oslo: Tano Aschehoug.

VALDRES VISER VEG

Valdres viser veg er ett prosjekt som kommunene i Valdres har startet. Prosjektet omhandler blant annet nettverksmøter som er blitt mye brukt i Valdres. Les mer på valdresviserveg.com.

Spesialistgodkjenning av helsesøstre

LaH NSF startet i februar 2010 et pilotprosjekt som har fått navnet pilot helsestasjon og skolehelsetjeneste. Prosjektet er en forlengelse av arbeidet med spesialistgodkjenning av helsesøstre, og er et samarbeid mellom NSF's fagpolitiske avdeling og LaH. NSF finansierer prosjektet, som videreføres i 2011 og 2012.

Tekst **Astrid Grydeland Ersvik**, leder LaH NSF/faglig ansvarlig og **Berit Berg**, prosjektleder NSF
Foto Eline Karlsdatter Fladseth

Hvorfor skal jeg ha spesialistgodkjenning? Det enkle og innlysende svaret er; for å sikre barn og unge gode og trygge helsetjenester. Vi ønsker å kvalitetssikre helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom å kvalitetssikre helsesøstre.

En spesialistgodkjenning gir myndigheten en mulighet til å kvalitetssikre yrkesutøvelsen og en metode for godkjenning av utenlandske søkere til helsesøsterstillinger. Den gir tittelbeskyttelse – i dag kan "alle" kalle seg helsesøstre. For helsesøstre innebærer

ordningen slik den er foreslått, et system for kontinuerlig oppdatering og dokumentasjon av fagkunnskap.

Holdningene til kompetansearbeid varierer i dag mye, både blant ledere og menige helsesøstre. Noen ser på kontinuerlig kompetansearbeid som en styrke for tjenesten, systematiserer og prioriterer dette.

Andre ser på det som en ekstra belastning i en allerede hektisk hverdag. Vår påstand er at kontinuerlig kompetansearbeid er nødvendig, utviklende og berikende – og at god læring ikke tar mer tid enn dårlig læring! Med det menes at kommunene/tjenesten må utarbeide planer for kompetansearbeidet, kartlegge eksisterende kompetanse opp mot myndighetskrav til tjenesten, og deretter prioritere tiltak ut fra hvor manglene påvises.

Helsesøstre og annet helsepersonell har i dag gjennom helsepersonelloven et ansvar for å være faglig oppdatert. Spesialistgodkjenningsprosjektet har utarbeidet kriterier for vedlikehold og faglig oppdatering av helsesøstres kompetanse. Dette vil bidra til økt pasi-



MYE KOMPETANSE: Helsesøstre har kompetanse på kartlegging, undersøkelser og oppfølging av funn.

entsikkerhet og sikre faglig forsvarlig yrkesutøvelse.

Læring skjer på mange måter og på ulike arenaer. Det er ikke sikkert at det trengs flere kurs om adferdsproblemer eller astma/allergi hvis fem av syv ansatte allerede er godt skolerte på dette.

Det er heller ikke slik at all læring skjer på kurs og konferanser. Tid til faglig refleksjon og faglig fordypning på arbeidsplassen, systematisk veiledning og hospitering er andre måter å lære på.

Både arbeidsgiver og arbeidstaker har et ansvar for kontinuerlig læring

Spesialistgodkjenning og klinisk spesialist – hva er forskjellen?

En myndighetsgodkjent spesialistgodkjenning av helsesøstre er en lovregulering av helsesøstres spesialistkompetanse, ansvar og funksjon. Dette innebærer å gi samfunnet en garanti for at en myndighetsgodkjent helsesøster innehar de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som myndighetene til en hver tid anser som påkrevd. Dette betyr å:

- Sikre befolkningen rett til forsvarlige og trygge helsefremmende og forebyggende helsetjenester
- Bidra til at befolkningen har tillit til helsepersonell og helsetjenesten
- Gjennom kvalifikasjonskrav og kontroll med yrkesutøvelsen, gi helsemyndighetene et redskap til å sikre kvalitet på helsetjenestene
- Gi arbeidsgiver et redskap til å sikre nødvendig og oppdatert kompetanse hos helsesøster
- Sikre helsesøsters plikt og rett til faglig oppdatering

Helsesøstre blir med en slik ordning myndighetsgodkjent spesialist innenfor helsesøsterfaget.

Helsesøster som klinisk spesialist i spesialsykepleie betyr at:

Norsk Sykepleierforbund (NSF), har

i dag en organisasjonsintern godkjenningsordning hvor man på bakgrunn av gitte kriterier, godkjenner fordypningsområder - for eksempel spiseforstyrrelser – som den enkelte helsesøster kan ha. NSF's godkjenningsordning er en modell for kompetanseutvikling som inneholder ulike komponenter som:

- Klinisk praksis
- Veiledning
- Teoretisk fordypning som kurs/hospitering
- Litteratur
- Faglig prosjekt (skriftlig arbeid, artikkel, video mv.)

En helsesøster blir NSF godkjent klinisk spesialist som helsesøster innenfor et avgrenset spesialistområde.

Hva skjer på myndighetsnivå?

Fra 1. oktober overtar Helsedirektoratet ansvaret for spesialistgodkjenningen for leger, tannleger og optikere. Tidligere har dette vært fagorganisasjonenes oppgave. Samtidig arbeider flere helseprofesjoner og deres organisasjoner med å få offentlig spesialistgodkjenning for sine grupper, eksempelvis fysioterapeutene, psykologene og sykepleierne.

Prosessen i forhold til andre helseprofesjoner stoppet opp i 2009, men er nå gjenopptatt. I januar i år hadde Erik Kreyberg Normann, avdelingsleder for sykehustjenester i Helsedirektoratet, møte med representanter for flere helseprofesjoner – blant annet Norsk Sykepleierforbund - i tillegg til de tre som har spesialistgodkjenning i dag. I mai i år fikk så Helsedirektoratet et oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet har ansatt en prosjektleder og skal lage en utredning som skal se på spesialisasjonsstrukturene og gjøre en generell vurdering av behovet for spesialisert helsefaglig kompetanse. Samhandlingsreformen, endret demografi og sykdomspanorama er blant årsakene til at Helsedirektoratet

LES BROSJYRENE

I august fikk alle medlemmer av LaH sammen med Sykepleien tilsendt brosjyren Spesialistgodkjenning av helsesøstre. Den er resultatet av flere års prosjektarbeid og gir en beskrivelse av helsesøsters kompetanse og ordningen med spesialistgodkjenning, slik vi foreslår den organisert for helsesøstre.

Vi har også utviklet en kortversjon: Helsesøsters kompetanse, som primært er tenkt benyttet overfor administrasjon, politikere og samarbeidspartnere. Begge brosjyrene kan bestilles via NSF's Fordelsbutikk.

Vi håper at du som helsesøster setter deg grundig inn i brosjyrene, slik at du med selvfølgelig trygghet kan formidle den kompetansen du besitter, og argumentere for hvorfor en spesialistgodkjenning er viktig og riktig.



nå har tatt opp igjen arbeidet. Tidsrammen for når arbeidet skal være avsluttet er ikke fastsatt.

LaHs pilotprosjekt - motoren for spesialistgodkjenning

Gjennom pilotprosjektet vårt i kommunene Austevoll i Hordaland, Sør-Varanger i Finnmark og bydel gamle Oslo prøver vi ut kriteriene for spesialistgodkjenning. Kommunene er i ferd med å utvikle sine kompetanseplaner og presenterte disse for LaHs lokale faggruppelidere og styre på samling i september. Medlemmene vil kunne

høre mer om dette arbeidet på Helsesøsterkongressen i Kragerø i april 2012.

Brosjyrene som vi omtaler i faktarammen, er utviklet gjennom prosjektet. Som et direkte resultat av piloten har LaH opprettet et utdanningsutvalg, som har levert en første rapport vedrørende dagens helsesøsterutdanning, etter- og videreutdanningstilbud og arbeidet med master for helsesøstre.

Denne ligger tilgjengelig på LaHs nettsider www.sykepleierforbundet.no/helsesostre under fanen Utdanning.

Kartleggingen som ble gjort blant helsesøstre i Hordaland, Finnmark

kan forsvare helsetilbudet for barn og ungdom i kommunen. Spørsmålene om yringsfrihet og ”munncurv” er aktualisert, blant annet i forbindelse med årets valgkamp. Dette vil derfor være sentrale tema i et foreslått etterutdanningstilbud, og i skoloring av lokale faggrupper.

Helsesøstre trenger også økt flerkulturell kompetanse. I et flerkulturelt samfunn er dette vesentlig kunnskap om vi skal kunne gi gode og likeverdige tilbud til alle brukere av vår tjeneste.

I fortsettelsen av prosjektet vil LaH utarbeide forslag til etterutdanningstilbud på disse områdene. Dette arbeidet er påbegynt og skjer i tett

«Helsesøstre er gode på det rent helsefaglige.»

og Oslo pekte på noen områder hvor helsesøstres kompetanse er mangelfull. Helsesøstre er gode på det rent helsefaglige, men ikke gode nok på rollen som samfunnsaktør og barns talsperson. Vi kan for lite om politiske og administrative system, både lokalt og på nasjonalt nivå. Dette bekreftes også av de mange henvendelsene LaH har fra helsesøstre, som er usikre på hvordan de best skal og

samarbeid mellom prosjektledelsen, sentral prosjektgruppe og utdanningsutvalget.

Stol på oss - vi er i front!

Kanskje tenker du at det blir krevende å være helsesøster om ordningen med myndighetsgodkjent spesialistgodkjenning etableres. Vi tenker at en slik godkjenningsordning først og fremst vil kreve en annen systematikk på og formalisering av kompetansearbeid enn i dag, og bidra til et helt nødvendig løft for helsesøstertjenesten, og for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Omfanget av helsesøstre med etter- og videreutdanninger i tillegg til helsesøsterutdanningen er stort. Det vitner om lærevillighet og kunnskapsrikhet. Vi tror helsesøstre vil ønske en slik ordning velkommen.

Utfordringen fremover blir å bygge kompetansen der den trengs, når den trengs og på kloke måter. I det arbeidet vil Landsgruppen av helsesøstre og Norsk Sykepleierforbund være i front! ■



VIKTIG OPPGAVE: En gutt får testet hørselen hos helsesøster.

Felles re

Foreldre blir tryggere og tydeligere etter foreldremøter med ØPP-presentasjon.

Tekst **Wenche Hennie Kristianslund**, ledende helsesøster i Etnedal kommune

Etnedal har vi innført ØPP. Det er en forskningsbasert foreldremøtemetode utviklet ved Universitetet i Ørebro i Sverige. Den har til hensikt å forebygge tidlig alkoholdebut og alkoholpåvirkning blant ungdom. Metoden er også effektiv når det gjelder å forebygge annen normbrytende atferd som skulking, naskeri og hærverk.

Metoden hadde gode resultater uten å kreve veldig mye planlegging av oss som instruktører. Vi ønsket å bruke dette til å forebygge tidlig alkoholdebut i vår kommune, og redusere annen normbrytende atferd.

Høsten 2008 hadde vi, to helsesøstre og en psykiatrisk sykepleier, to interessante kursdager der vi lærte om programmet og øvde oss som kursledere.

Vi startet opp med 8. og 9. trinn høsten 2009, og holdt våre presentasjoner på foreldremøter både høsten og våren.

Åtte moduler

På foreldremøter gjennomføres ØPP ved presentasjoner med enkelt budskap på 15-20 minutter. Det vises en gang hvert halvår i tilknytning til vanlige foreldremøter gjennom hele ungdomsskolen. Presentasjonen består av åtte ulike

regler for hele klassen

moduler. Den første er introduksjon og kort redegjørelse for formålet med presentasjonen. Andre modul er presentasjon av forskningsresultat rundt ungdom og alkohol, og faktorer som henger sammen med ungdom og alkohol.

Så presenteres hva foreldre kan gjøre, for eksempel betydningen av å innta en restriktiv holdning til ungdom og alkohol.

Fjerde modul er presentasjon av for-tjenestene med at foreldrene sammen setter opp felles regler og normer. Så er det en kort avslutning og oppsummering.

Avtaler

Foreldrene oppmuntres til å diskutere og komme fram til felles avtaler i klassen. Alle møtene har resultert i gode avtaler. Det kan ha vært avtaler som:

«I vår klasse er vi enige om at når mitt barn overnatter hos ditt barn, så er det min oppgave som gjestens foreldre å ringe vertens foreldre på forhånd og høre om jeg kan bidra med noe.»

Dette har ført til at foreldrene har oversikt over hvor barna virkelig er, at de ikke sier de skal overnatte hos hverandre og i virkeligheten er andre steder.

Andre eksempler på avtaler:

«I vår klasse er vi enige om at våre barn ikke skal være i byen kvelden før 1. mai.»

«Vi foreldre er enige om at våre ungdommer skal legge sin mobiltelefon på kjøkkenet om natten når de skal sove.»

Vi har oppfordret foreldrene til å lage få avtaler, kanskje bare én, slik at det blir lettere å holde oversikt. Skolehelsetjenesten har ofte fått tilbakemelding på de avtaler

foreldrene har inngått. Dette har vært nyttig slik at vi har kunnet støtte opp om avtaler.

Hensikten er at barn som omgås hverandre har nytte av å ha foreldre som har omtrent samme regler. Mange konflikter mellom foreldre og ungdommer har å gjøre med grensesetting.

Etter foreldremøtet

De to siste modulene består i at avtalen og oppsummering av presentasjonen sendes hjem til foreldrene. Dette er en påminnelse til de som har vært på foreldremøtet, og informasjon til de som ikke var til stede. Til slutt er det evaluering.

Vi opplever at foreldrene er veldig bevisste på å lage foreldreavtaler etter våre presentasjoner. Dette har hatt «smitteeffekt» nedover i yngre klassetrinn. Vi har fått henvendelse fra foreldre og skolens ansatte om å innføre ØPP i yngre alderstrinn. Siden det foreløpig ikke finnes materiell beregnet på yngre enn 8. trinn, har vi ikke kunnet gjøre det. Derimot har vi brukt foreldreavtaler på yngre trinn i foreldremøter når det har vært felles utfordringer foreldrene har tatt opp. Vi har da

henvist til ØPP sin bruk av foreldreavtaler og fortalt hvor nyttig det er med en foreldregruppe som står sammen og støtter hverandre i ulike utfordringer.

Vi har fått gode tilbakemeldinger fra foreldre som er med i programmet, de er nå kjent med programmet og er veldig deltakende når vi kommer på foreldremøter.

Årsaken til at programmet har så stor effekt på å forebygge og også annen normbrytende atferd, er trolig at foreldrene gjennom programmet blir tryggere og dermed tydeligere i sin foreldrerolle.

For ytterligere informasjon henvises til: <http://rus-ost.no> (rusrelatert arbeid, ØPP). ■

NEI, NEI GUTT: Ingen i klassen får lov å ta med seg mobiltelefon på soverommet om natten, så dette må bli slutt. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Fest i vest

Helsestasjonene i Kristiansund feiret 100-årsjubileet med både skjemt og alvor. Vi markerte oss overfor politikere, media og byens innbyggere.

Tekst Brynhild Hesthamar, helsesøster Kristiansund kommune

Ansatte ved helsestasjonene i Kristiansund brukte markeringen av 100-årsjubileet til å synliggjøre oss og hva vi står for ovenfor våre politikere og media.

Den lokale foreningen av Norske Kvinners Sanitetsforening var samarbeidspartner. De sponset oss med t-skjorter med trykk «Hva er vel livet uten oss?» og «Helsestasjonen i Norge 100 år».

Vi feiret dagen 1. september. Alle som jobber på helsestasjonen gikk i samlet tropp fra Helsestasjonen i sentrum, gjennom byen og til Rådhuset. Flere av Sanitetsforeningens medlemmer stilte også opp. Det var rene 17. mai stemningen, med sol fra blå himmel og taktfaste rop med slagordet «helsestasjonen, helsestasjonen, hei hei hei, hva er vel livet uten deg?»

Vi hadde på forhånd laget oss plakater med korte stikkord for å beskrive de ulike tjenestetilbud som finnes på helsestasjonen og også litt om det arbeidet Sanitetsforeningen har bidratt med i vår kommune. Vi hadde ballonger og plakater med «Helsestasjonen i Norge 100 år 2011». Bama, avdeling Kristiansund, hadde sponset oss med mye og flott frukt.

Politikere og media

Vi var en fargerik og flott gjeng som møtte ordfører og varaordfører i Kristiansund på Rådhustrappa. Her ble vi hilst velkommen av våre to ledende politikere mens lokalavisen og lokal-tv var til stede. NRK Møre og Romsdal møtte dessverre ikke opp.

Lederen i Sanitetsforeningen innledet med et historisk tilbakeblikk over foreningens innsats for helsestasjonen.

Astrid Grydeland Ersvik, leder i LaH NSF holdt appell hvor hun pekte på dagens utfordringer i tjenesten, og oppfordret politikere til konkret å prioritere tjenesten. Det er nødvendig skal man lykkes med Samhandlingsreformens utfordringer, å redusere antall barn i barnevernet og frafall i videregående skole.

Vi måtte også lage litt moro og målte hodeomkrets og livvidde på ordføreren, og delte ut veiekort, med tilbud om oppfølging i forhold til overvekt. For å stimulere til fysisk aktivitet fikk han spille badminton med ballonger.

Delte ut frukt

Etter dette delte vi oss opp i flere grupper, to grupper dro til hvert kjøpesenter i byen og stod der på «stand», mens



to andre grupper gikk rundt i byen og delte ut frukt og informerte om jubileet. På standene fikk publikum prøve enkle fysiske aktiviteter, hoppetau og badminton og vi delte ut frukt, ballonger og noe infomateriale.

Vår tjenesteleder ble intervjuet og fikk også fram hva vår tjeneste står for og kan bidra med, og også hvilke ressursmessige og faglige utfordringer vi står ovenfor i tiden framover.

Veien videre

Vi har tenkt å benytte t-skjortene under influensa vaksinasjonsdagene og flere helsesøstere bruker også t-skjorten på jobb. På veggen både inne på helsestasjonen og i gangen utenfor, henger plakaten som vi bestilte gjennom LaH NSF til jubileet. Vi planlegger å invitere oss inn til våre politikere med informasjon om den jobben vi gjør og den forskjell vi faktisk kan utgjøre for barn, unge og deres familier.

Til alle dere andre som også er en del av helsestasjonsarbeidet, gratulerer med 100 års jubileet! ■





GLADE JUBILANTER: Vi hadde samling på rådhustrappa etter toget, med plakater, frukt, ballonger og t-skorter med påskriften «Hva er vel livet uten oss?»

HELSESTASJONEN 100 ÅR

Den første helsestasjonen i Norge ble åpnet i 1911 av professor T.B.C. Frølich. Barnepleiestasjonen som den ble kalt, ble drevet av Tøyen menighet i Oslo. Målet var å oppmuntre mødre til å amme barna sine, og det ble utdelt tran og melk til mødrene.

Det ble gjort utprøving av modeller for helsestasjoner også før denne tid, og i 1914 åpnet Norske Kvinners Sanitetsforening sin første kontrollstasjon for mor og spedbarn i Oslo.

Kilder: Helsesøstertjenesten - fra menighets-
sykepleie til folkehelsevitenskap, Glavin og
Kvarme, Akribe 2003.
Undersøkelser i helsestasjons- og skole-
helsetjenesten, Statens helsetilsyn 1998.

Sammen for en tryggere familiehverdag

AV-OG-TIL inviterer alle helsesøstre til å bli med i kampanjen «Hvor mange glass tåler barnet ditt?». Sammen kan vi gi barn en tryggere hverdag.

Helsesøstre har som en del av det kommunale helsetilbudet jevnlig kontakt med småbarnsforeldre, og har med sin unike kompetanse, et godt utgangspunkt for samtaler om alkoholens skadevirkninger for foster, barn og familier. Forutsetningen er at informasjonen kommer frem til de som trenger den.

Forårsaker sykdom

Alkoholkonsumet i Norge har steget med 40 prosent de siste 15 årene. Det sies at våre vaner har blitt mer kontinentale, samtidig som vi har holdt fast på det norske drikkemønsteret med høyt alkoholkonsum i helgene. Alkohol er i dag det rusmidlet som forårsaker mest sykdom og ulykker i landet vårt. Hvert år fødes nærmere 200 barn med varige skader som følge av morens alkoholbruk under svangerskapet, og forskere anslår at mellom 50 og 150 000 barn bor sammen med personer med et risikofullt alkoholkonsum.

Mot alkohol

AV-OG-TIL har siden unnfangelsen på starten av 80-tallet vært en pådriver for en bred mobilisering mot alkoholens skadevirkninger i samfunnet. Utgangspunktet har vært å engasjere sentrale aktører nasjonalt og lokalt, gjennom kampanjer med budskap om å avstå fra bruk av alkohol i situasjoner der man vet at dette er forbundet med risiko. Selv om

alkoholfritt svangerskap i dag er norm for de fleste, har det ikke alltid vært slik, og vi kan heller ikke forvente at de gode holdningene holdes ved like uten at budskapet forsterkes gjennom videre tiltak.

Økt bevissthet

Opplysningstiltak gjennom frivilligheten og det offentlige, og ikke minst den direkte kontakten blant annet helsesøstre har hatt med foreldre, har bidratt til en økt bevissthet rundt bruk av alkohol under svangerskap og med små barn. Likevel vet alle som har forsøkt å nærme seg temaet, at alkohol er forbundet med tabu og gjerne skam. Ingen foreldre vil utsette sine barn for fare, og det som sies i beste mening, kan noen ganger ha motsatt effekt. God og oppdatert informasjonsmaterieell kan ofte være en fin måte å starte en prosess hos foreldre som er naturlig vitebegjærlige om sin nye livssituasjon.

Ny kampanje

Gjennom vår nye kampanje "Hvor mange glass tåler barnet ditt?" ønsker vi å bidra til økt refleksjon rundt bruk av alkohol, og redusere alkoholkonsumet i barns nærvær. Budskapet er rettet mot foreldre og voksne som omgås barn, og legger vekt på en åpen og spørrende tilnærming der den enkelte oppfordres til å ta et selvstendig valg, men samtidig gjør oppmerksom på at barn trives best med edru voksne og ønsker seg gode og trygge rammer. I dette

■ LITT OM AV-OG-TIL

AV-OG-TIL arbeider for godt alkoveit i hverdagen. Bak organisasjonen står politiske partier, offentlige virksomheter, faglige- og frivillige organisasjoner. Ved å sette fokus på situasjoner der alkohol utgjør en særlig risiko eller kan være til ulempe for andre, bidrar AV-OG-TIL til å redusere de uønskede følgerne av alkoholbruk i samfunnet og gjøre hverdagen tryggere for alle.



arbeidet ønsker vi å engasjere helsesøstre over hele landet, og oppfordre til samtaler både på helsestasjoner og i hjemmet om hvordan man skal forholde seg til alkohol når barn er en del av hverdagen.

De voksnes nytelse må ikke bli barnas last sies det ofte. Det er et godt ordtak. Vi vil med dette invitere helsesøstre over hele landet til å bli med i kampanjen og bidra til en tryggere familiehverdag for de mange som er berørt. Sammen kan vi gjøre en forskjell! ■



Tekst Kari Randen, daglig leder AV-OG-TIL

Informasjon fra valgkomiteen

Send forslag til kandidater til valget i 2012.



På Generalforsamlingen i april skal det velges nye medlemmer til LaH NSF's styre.

På GF i 2010 ble vedtektene endret slik at valgperioden for leder er 4 år, men med mulighet for å stille for 2 år, styre- og varamedlemmer velges for 2 år.

Valgkomiteens medlemmer velges også for 2 år.

Vi trenger gode kandidater!

Til valget i 2012 skal det foreslås kandidater til leder, 4 styremedlemmer og 3 varamedlemmer i LaHs styre, samt 3 medlemmer til valgkomiteen. Det er per i dag ikke klart hvem fra det sittende styre eller valgkomiteen som tar gjenvalg. Oppdatert informasjon om dette vil bli publisert i Medlemsbrev

og på våre nettsider. For å få reelle valg ønskes det uansett forslag til nye kandidater. ■

Vi ber om at forslag til kandidater sendes valgkomiteens leder Birgit Flåten på birgit.flaten@vkbb.no innen 1.januar 2012.

Tekst **Birgit Flåten**, leder i valgkomiteen