



Tidsskrift for helsesøstre

NR. 1-2012

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

Legemiddelverket:

**Velg p-piller
som gir lav risiko
for blodpropp**

Sykepleien



LEDER:
Astrid Grydeland Ersvik

Godt nytt år!

1. januar 2012 gikk startskuddet for Samhandlingsreformen. To nye helselover trådte i kraft; folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Disse er tenkt å være viktige bidrag for å lykkes med reformens intensjoner; mer forebygging og helhetlige og koordinerte tjenester.

Så langt har diskusjonen i kommuner og foretak handlet om de syke eldre og utskrivningsklare pasienter. Barn og unge nevnes knapt med et ord, verken av politikere eller beslutningstakere.

Betyr det at barn og unge ikke har noen plass i denne reformen, til tross for alle fagre ord om tidlig innsats og mer forebygging?

Sett i lys av siktemålet med reformen fremstår dette som underlig. Selv om forebygging og folkehelsestøtning skal gjennomføre all virksomhet i kommuner og helseforetak og gruppen eldre er sterkt økende, er målgruppen barn og unge helt sentral om vi skal oppnå en langsiktig effekt på folkehelsen. Vi vil få flere barn i Norge frem mot 2025, og dermed også flere foreldre som trenger tidlig innsats, bistand og veiledning fra helsetjenesten. Det er i denne gruppen det største forebyggingspotensialet ligger!

Enkelte mener at primærforebygging ikke er helsetjenestens ansvar og oppgave, det kan frivillige organisasjoner ta seg av. Landsgruppen av helsesøstre er dypt uenige i dette. Helsetjenesten har etter vårt syn et klart ansvar for å arbeide primærforebyggende, gjennom å bidra med vår kompetanse, initiere samarbeidsprosjekt med eks. frivillige organisasjoner, delta på foreldre- og folkemøter, i kampanjer, drive gruppevirksomhet,

barnevaksinasjonsprogram osv. Helsestasjons- og skolehelsetjenestens innsats skal i stor grad være befolkningsrettet og primærforebyggende – det ansvaret verken kan eller skal vi fraskrive oss i den nye reformens tid. Helsesøstre har et særlig ansvar for å bidra til kommunens oversikt over helsetilstanden blant barn og unge, og å sørge for at barn og ungdom ikke uteglemmes når samarbeidsavtaler skal inngås mellom kommune og helseforetak og tiltak planlegges. I en tid med økte behov og knappere ressurser, blir det en viktig og prinsipiell kamp å sørge for at den tidlige forebyggingen ikke taper til fordel for enda mer kurativ virksomhet og kun "forverringsforebygging".

I høst samarbeidet vi med helsedirektoratet om utlysning og vurdering av midler til antimobbebeid.

Svært mange av søknadene bar preg av at kommunene forsøker alle utveier for å skaffe midler til helt ordinær drift, pålagt og anbefalt gjennom forskrifter og veiledere. Ressursene er så knappe at håpet om noen tusen kroner til et prosjekt er det man klammer seg til for å få en noe mer levelig hverdag. En rekke medieoppslag forteller oss om manglende tilgjengelighet, spesielt i skolehelsetjenesten.

Tiden er overmoden for å omsette fagre ord om satsing på tjenesten til handling som monner. Opprett et nasjonalt kompetansesenter så vi får mer kunnskap om effektive tiltak og metoder, og sørg for en minstenorm for bemanning i helsestasjon og i skolehelsetjenesten som ivaretar barn og unges rettigheter! Det er mitt og Landsgruppen av helsesøstres nyttårsønske.

Astrid E. Grydeland Ersvik
LEDER AV LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

**TIDSSKRIFT FOR
HELSESØSTRE**

blir utgitt av Landsgruppen av
helsesøstre, Norsk Sykeplei-
erforbund, 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.sykepleierforbun-
det.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.nord-
strand@sykepleien.no

Hilde Rebaard Evensen
hilde.rebaard.even-
sen@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK:

Color Print AS

FORSIDEFOTO:

Colourbox

NESTE UTGAVE:

21. juni 2012



24 TRENGER KUNNSKAP: En undersøkelse tyder på at helse-
søstre har behov for mer kunnskap om fremmedkulturelle.



18 VIKTIG JOBB: Helsesøster Sissel Hartløff Helland
har fulgt opp ungdommer som var på Utøya 22. juli.

Innhold

NR. 1-2012



«Helsesøster skal være barn og unges talsperson.»

Astrid Grydeland Ersvik i Lederstafetten s. 14



30

ALKOHOLMISBRUK: Prosjektet Mor-Barn-Rus i Steinkjer skal avdekke rusproblem for å hjelpe mor og barn.

- **3** Leder
- **9** LaHs styre og lokale faggruppetledere
- **10** Hvilken p-pille bør være førstevalget?
- **18** Helsesøster i kriseteam
- **22** NY STUDIE: Liten i Norge
- **24** Behov for økt kompetanse
- **27** 100 år er verd å feire
- **28** Kurs for deprimert ungdom
- **30** Hjelp til barn av mødre med rusproblemer
- **37** Program for Helsesøsterkongressen 2012
- **41** Send forslag til Årets helsesøster og Den gyldne penn
- **42** Søk stipend
- **44** Barn i Gausdal har fått nytt tilbud
- **48** Lettere tilgang til BUP i Verdal og Levanger
- **54** Viktig å samarbeide om habilitering
- **60** Økt satsing på de minste i Øyer
- **62** Motiverende intervju kan endre vaner
- **68** KRONIKK: En liten stor tjeneste
- **72** Givende samarbeid om migrasjonshelse
- **74** Minneord
- **75** Bli medlem i Landsgruppen av Helsesøstre NSF
- **76** Bestill faglige veildere fra LaH

FASTE SPALTER

- **6** Smånytt
- **14** LEDERSTAFETTEN: Astrid Grydeland Ersvik
- **52** TILBAKEBLIKK: Pirquet i 1942
- **70** Aktuelle bøker

Tips politiet på nett

Politiet har et eget nettsted for tipsing om seksuelle overgrep mot barn, rasistiske ytringer på internett og menneskehandel. Nettstedet heter Kripos tipsmottak. Nettadressen er tips.kripos.no.

Tipsene som sendes inn på tips.kripos.no, gjennomgås av Kripos og oversendes i mange tilfeller til lokalt politi for nærmere undersøkelser og etterforskning. Tipseren kan være anonym, men for politiet er det en fordel at tipset er så konkret som mulig og inneholder mest mulig opplysninger. Selv om tipseren gis anledning til å være anonym, ønsker politiet fortrinnsvis at tipseren oppgir navn og kontaktinformasjon sammen med tipset. Tips og henvendelser til tips.kripos.no er ikke å regne som anmeldelser. Kilde: politi.no

Seriøst om sex

Det finnes mange nettsteder for ungdom som inneholder faktastoff om seksualitet, og som behandler temaet på en seriøs måte. Her er et lite utvalg nettsteder som skriver om prevensjon,

sex, kjønnssykdommer, homofili og mye mer: Sexogsamfunn.no, Ung.no, klara-klok.no, risikosex.no og skeivungdom.no.



SMÅNYTT



Unge velger bort bøker

Unge foretrekker nettmedier fremfor bøker, viser tall fra Statistisk sentralbyrå. I 1991

hadde 28 prosent i aldersgruppen 16 - 24 år lest bok i fritiden en gjennomsnittsdag. I 2010 var andelen sunket til 20 prosent. Samtidig er personer i denne aldersgruppen de ivrigste nettbrukerne i landet, med en daglig andel på 93 prosent.

Kilde: Forskning.no

«I leken får problemer vinger.»

Erik Lerdahl, forfatter og foredragsholder

Meslingeutbrudd i flere land

Utrydding av meslinger er høyt prioritert av Verdens helseorganisasjon (WHO). Organisasjonen hadde som mål at meslinger skulle være utryddet i Europa innen utgangen av 2010, men i løpet av 2010 og første del av 2011 oppstod det meslingeutbrudd i en rekke europeiske land som Tyskland, Frankrike, Spania, Storbritannia, Sverige, Danmark og Norge. Det har vært både små og store meslingeutbrudd, og noen har pågått over lang tid.

For å nå målet om et Europa fri for meslinger ber WHO landene i europaregionen om å gjøre mer for å oppnå denne målsetningen innen 2015. Dette krever at landene overvåker sykdomsforekomst og



gjennomfører gode vaksinasjonsprogrammer. Det viktigste tiltaket er å oppnå og opprettholde en vaksinasjonsdekning på 95 prosent. Den siste dekningsstatistikken fra det Nasjonale vaksinasjonsregisteret SYSVAK viser at 95 prosent av norske 16-åring er vaksinert mot meslinger.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Egg og melk gir oftest allergi

Egg og melk gir oftest allergireaksjoner hos barn, mens det hos voksne er nøtter og peanøtter. Det er også mange voksne som reagerer på hvete og skalldyr, mens det er få som reagerer på fisk. Dette kommer fram i rapporten fra Matallergiregisterets første ti år.

Matallergiregisteret er et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet, Mattilsynet og Veterinærinstituttet.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Nye nettsider for Statens Barnehus

Statens Barnehus har lansert nye nettsider: www.statensbarnehus.no.

Statens Barnehus er et tilbud til barn og ungdom som kan ha vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep, der det foreligger en politianmeldelse. Intensjonen med Statens Barnehus er at Tingrettene, politi, barnevern, og medisinsk helsepersonell kommer dit barnet er. Målet er å styrke barns rettssikkerhet og sørge for god ivaretagelse av barn og familier. Ansatte på Statens Barnehus tilbyr støtte, kartlegging oppfølging og behandling til målgruppen. Statens Barnehus gir råd og veiledning til privatpersoner og offentlige instanser i anonyme saker som er uavklarte. Statens Barnehus finnes i sju byer.

Følg Sykepleien på twitter



Både Sykepleien og Sykepleien Forskning er nå på twitter.

På @Sykepleien1, twitterer redaksjonens journalister. På @Sforskning, er det forskningsredaktør og redaksjonssekretær som twitterer.

For å kunne følge med på Twitter, må du melde deg inn på twitter.com.

Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Sykehusekspertenes 10 bud

En ekspertgruppe nedsatt av barneombudet har utarbeidet 10 bud for hvordan leger og andre fagpersoner skal snakke med barn på sykehus. Gruppen består av barn som har vært mye på sykehus.

1. Barn vil ha informasjon fra fagpersoner, ikke bare foreldrene sine.
2. Barn skal ha all informasjon, men ikke skrem dem.
3. Gi informasjon som også barnet forstår.
4. Spør, vær interessert og snakk hyggelig.
5. Ikke stress og ikke snakk så fort.
6. Vær positiv, rolig og vennlig.
7. Ikke bruk forkortelser.
8. Snakk kort og greit, men ikke latin.
9. La voksne også få høre det når barna får informasjon (så kanskje de også skjønner).
10. Ikke lov 100 % garanti, for det kan man ikke love.

Kilde: legeforeningen.no



Spre kunnskap om homofili

I november i fjor åpnet LHBT-senteret - Nasjonalt kunnskapssenter for seksuell orientering og kjønnsidentitet. Senteret er et kompetansesenter for kunnskap om seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Veiledning og rådgiving vil være en av funksjonene til senteret. Dette innebærer at folk kan henvende seg dit når de trenger bistand i helse spørsmål som gjelder lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Mer informasjon om LHBT-senteret finner du på denne linken: <http://www.bufetat.no/bufdir/lhbt-senteret/>

LaHs styre og lokale faggruppetledere 2011-2012



Det er valg på nytt styre under generalforsamlingen i Kragerø 25. april. I enkelte fylker velges det også nye ledere på årsmøtene i januar og februar. Oppdatert oversikt vil bli publisert på våre nettsider.



Leder:

Astrid Grydeland Ersvik
Jobb mobil: 98 85 34 96
E-post: lah@sykepleier.no



Nestleder:

Hilde Egge
Jobb: 67 10 29 50 / 67 83 23 40
Mobil: 95 12 80 42 / 41 00 71 28
E-post jobb: hilde.egge@baerum.kommune.no



Kasserer:

Astrid Seim Realfsen
Jobb: 55 56 13 48
Mobil: 99 53 25 24
Privat: 55 28 99 57
E-post privat: srastrid@online.no
E-post jobb: astrid.realfsen@bergen.kommune.no



Styremedlemmer:

Karen J. Jægtnes
Jobb: 77 02 71 35 / 77 02 71 40
Mobil: 91 81 59 69
E-post privat: karen.jaegtnes@hlink.no
E-post jobb: karen.jaegtnes@harstad.kommune.no



Eli Taranger Ljønes

Jobb: 75 55 57 80
Mobil: 974 71 756 / 952 40 328
E-post privat: eli.tl@online.no
E-post jobb: eli.taranger.ljones@bodo.kommune.no



Varamedlemmer:

Torun Rundhovde
Mørenskog
Jobb: 37 93 86 75
Mobil: 909 51 881 / 948 71 079
e-post privat: torun.morenskog@istorm.no



Nina Misvær

Jobb: 22 45 37 23
Tove Jansen. Hegreven 4, 4818 Færvik
E-post privat: nina.misvaer@broadpark.no
E-post jobb: nina.misvar@su.hioa.no



Signe Sæbjørnsdatter Myklebust
Mobil: 90 91 25 28
Privat: 61 25 02 85
E-post: signe.myklebust@enebo.no

OSLO

Kristin Sofie Waldum, Fururabben 5E,
1361 Østerås. j: 95 26 66 76 m: 41 22 09 77
E-post: kristin.waldum@hev.oslo.kommune.no kwaldum@online.no

ØSTFOLD

Anne Torhild Kopperud, Gunhildåsen 2,
1597 Moss. j: 69 28 91 75 m: 40 85 21 10
E-post: anne.kopperud@valer-of.kommune.no, an-koppe@online.no

AKERSHUS

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

HEDMARK

Margit Nordstoga, Krystallveien 3,
2322 Ridabu
j: 481 94 790. E-post: margit.nordstoga@hamar.kommune.no

OPPLAND

Ive Kristin Staune - Mittet,
Gneisen 22, 2611 Lillehammer
p: 612 63 220 m: 93 05 29 13
E-post: ivekristin@hotmail.com,
ive.staune-mittet@oyer.kommune.no

BUSKERUD

Unn Magda Espeseth, Bjørnedalsveien 4,
3442 Hyggen
j: 95 40 86 18 p: 31 28 65 39
E-post. unnmagda.espeseth@nedre-eiker.kommune.no

VESTFOLD

Nina Børnick, esterøyv.19e, 3235 Sandefjord
j: 41 54 46 84 p: 92 01 84 20
E-post: nina.bornick@sandefjord.kommune.no, helseoster.vestfold@gmail.com

TELEMARK

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

AUST-AGDER

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

VEST-AGDER

Kari Myglund Michaelsen, Lille Tømmerås 4,
4760 Birkeland. j: 38 13 74 15 m: 98 29
98 60 p: 37 27 82 11 m: 41 61 32 14

E-post: kari.myglund.michaelsen@vennesla.kommune.no

ROGALAND

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

HORDALAND

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

SOGN OG FJORDANE

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

MØRE OG ROMSDAL

Marit Kleven Holmeide, Kråknesveien 17,
6630 Tingvoll
j: 96226870 p: 91680394
E-post: mk-holm@online.no, lah.more.romsdal@gmail.com

SØR-TRØNDELAG

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

NORD-TRØNDELAG

Elin Duvsete, Sørsdagvn 7b, 7650 Verdal
m: 45614774 p: 740 40173
E-post: elinduvsete@ntebb.no, elin.duvsete@steinkjer.kommune.no

NORDLAND

Reidunn Storli, Bentevassveien 14, 8200 Fauske
j: 45 61 03 00 m: 97 98 29 16
E-post: reidunn.storli@fauske.kommune.no

TROMS

Åsa Karlsen, Rødsand 24, 9415 Harstad
m: 90 93 44 07 j: 77 02 71 40
E-post: asa.karlsen@harstad.kommune.no

FINNMARK

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

Hvilken p-pille bør være førstevalg?

Nesten halvparten av alle jenter som gikk til helsesøster for å få p-piller i 2010, fikk resept på Mercilon. Men med tanke på risiko for blodpropp, er Mercilon ikke det beste valget.

Foto Colourbox Produktbildene er fra Bayer HealthCare og Pfizer



Tekst **Sigurd Hortemo**, overlege
Statens legemiddelverk



Tekst **Steinar Madsen**, medisinsk
fagdirektør Statens legemiddelverk

Mange unge kvinner går til helsesøster når de skal begynne med hormonell prevensjon. I 2010 var det 19 000 norske jenter i alderen 16-19 år som fikk p-piller for første gang hos helsesøstre og leger. De siste årene er det kommet studier som viser at desogestrel- og drospirenonbaserte p-piller har en høyere risiko for blodpropp enn levonorgestrelbaserte.

Vi har sett nærmere på hvilke prevensjonsmidler som ble skrevet ut til jenter som skulle begynne med hormonell prevensjon.

Mer enn halvparten fikk kombinasjons-p-piller med uødig høy risiko for blodpropp.

10 000 unge førstegangsbrukere ble tilbudt en kombinasjonspille med klart større risiko for blodpropp enn de «snilleste» p-pillene. 8 000 fikk p-piller med østrogen og desogestrel (Marvelon eller Mercilon), mens 2 000 jenter

fikk resept på p-piller med østrogen og drospirenon (Yasmin, Yasminelle og Yaz).

7 000 fikk en kombinasjonspille med enten levonorgestrel eller noretisteron (Loette, Microgynon eller Synfase). Dette er kombinasjonspiller med lavest risiko for blodpropp.

Det var 2 000 som fikk resept på en minipille (Cerazette eller Concludag), som ikke gir økt risiko for blodpropp hos friske jenter. (Se tabell 1.)

Hvilke p-piller anbefaler helsesøster?

Av jenter som gikk til helsesøster, fikk nesten halvparten resept på Mercilon (Tabell 2). Denne prosentandelen er vesenlig høyere enn hos allmennleger og gynekologer.

Det er forståelig at det blir slik. Jentene ønsker en p-pille som er «gratis». De ønsker en p-pille som gjør det enkelt å utsette en blødning - og de ønsker 28 piller på brettet. Når dette er bestil-

lingen, er Mercilon svaret. Men med tanke på risiko for blodpropp, er Mercilon ikke det beste valget. (Se tabell 2.)

Hvor mange p-pillebrukere får blodpropp?

Blodpropp er heldigvis en sjelden lidelse hos unge jenter. Risikoen øker ved skader, operasjoner og ved langvarig sengeleie. Risikoen øker også ved arvelig blodpropptendens – og ved bruk av kombinasjons p-piller. Vi tror at om lag 100 p-pillebrukere får blodpropp hvert år. I gjennomsnitt dør én av disse av lungeemboli. For dem som rammes – og for familiene, er dette alvorlig.

Hvilke p-piller gir lavest risiko for blodpropp?

Da «pillen» kom på markedet i 1960, ble det raskt klart at den ga økt risiko for blodpropp. Det er østroget i kombinasjonspillene som gir økt risiko, mens progestogenet (det andre hormonet i kombinasjonspiller) i varierende



DEBUTANTER: I 2010 var det 19 000 norske jenter i alderen 16-19 år som fikk p-piller for første gang hos helsesøstre og leger.



FØRSTEVALG: Velg p-piller med laveste risiko for blodpropp. Førstevalget bør være en p-pille med etinyløstradiol og levonorgestrel (Loette eller Microgynon). Eller en minipille (Cerazette).

TABELL 1: P-piller utlevert til første gangsbrukere av p-piller i alderen 16-19 år i 2010. Tall fra Reseptregisteret.

P-pille	Progesterogen	16-19 år
Cerazette	Desogestrel (minipille)	1894
Conludag	Noretisteron (minipille)	51
Loette	EØ + levonorgestrel	3928
Microgynon	EØ + levonorgestrel	2760
Synfase	EØ + noretisteron	338
Marvelon	EØ + desogestrel	82
Mercilon	EØ + desogestrel	8012
Yasmin	EØ + drospirenon	1176
Yasminelle	EØ + drospirenon	938
Yaz	EØ + drospirenon	28
Qlaira	Østradiolvalerat + dienogest	54

TABELL 2: Fordeling av pasienter innen forskriversgrupper og prevensjonstyper. Gjelder kvinner som fikk p-piller for første gang andre halvår 2010. Tall fra Reseptregisteret.

	Progesterogen-piller (Cerazette, Conludag)	Østrogen + levonorgestrel (Loette, Microgynon)	Østrogen + desogestrel (Marvelon, Mercilon)	Østrogen + drospirenon (Yasmin, Yaz, Yasminelle)	Andre piller (Synfase, Qlaira)
Fordeling innen hver gruppe av forskrivere					
Jordmødre, helsesøstre	7%	39%	48%	4%	1%
Gynekologer	37%	20%	14%	24%	5%
Andre leger	29%	28%	21%	19%	3%
Samlet antall pasienter					
	1945	6688	8094	2142	392

grad kan redusere faren. Alle p-piller på det norske markedet regnes som lavdoserte med østrogen dose 20 – 35 mikrogram. Forekomsten av blodpropp kan være knyttet til mengden av østrogen, typen av progesterogen og balansen mellom østrogen og progesterogen.

Ny kunnskap om risiko for blodpropp ved p-pillebruk

Det vi vet om risiko for blodpropp og p-piller, kommer fra tre kilder:

1. Kliniske studier. Før en ny p-pille kommer på markedet, må firmaet vise at risikoen for blodpropp er omtrent som for de p-pillene som

allerede er på markedet. Firmaene blir ofte pålagt å utføre ytterligere studier etter at legemidlet er kommet på markedet, og det kan ta noen år før risikoen for blodpropp med en ny p-pille er nøyaktig kjent.

2. Bivirkningsmeldinger. Slike meldinger kan gi noe kunnskap, men tallene må tolkes med varsomhet. Ikke alle bivirkninger blir meldt – og det kan være økt oppmerksomhet om enkelte (ofte nye) p-piller.
3. Epidemiologiske studier. Slike studier kan gi kunnskap om risiko i store befolkningsgrupper. Allerede i 1995 ble det klart at p-piller

med østrogen og desogestrel (Marvelon) ga høyere risiko for blodpropp enn p-piller med levonorgestrel (Microgynon og Loette). Dette er senere bekreftet i flere studier.

I Norge har det i flere år vært uforholdsmessig mange meldinger om blodpropp blant jenter som bruker Yasmin sammenlignet med jenter som bruker p-piller med levonorgestrel. Lenge var det likevel usikkert om dette var uttrykk for en reell forskjell mellom disse p-pillene.

I 2009 og 2011 er det publisert flere vitenskapelige studier som med stor sannsynlighet har vist at det er høyere

risiko med drospirenon-baserte p-piller (Yasmin, Yasminelle, Yaz) enn med levonorgestrel-baserte p-piller (Loette, Microgynon). Eksempler på slike studier er en kohortstudie fra Danmark (Øjvind Lidegaard et al, BMJ, 2009) og en case kontroll studie fra Nederland (A van Hylckama Vlieg et al, BMJ, 2009). Dette kan forklare den høye forekomsten av bivirkningsmeldinger hos Yasmin-brukere.

De europeiske legemiddelmyndighetene (EMA) har tatt advarslene om økt risiko for blodpropp inn i preparatomtalen for p-piller med desogestrel (Marvelon og Mercilon) og drospirenon (Yasmin, Yasminelle og Yaz). (Se tabell 3.)

Risikoreduksjon

Velg p-piller med lavest risiko for blodpropp

Førstevalget bør være en p-pille med etinyløstradiol og levonorgestrel (Loette eller Microgynon). Eller en minipille (Cerazette).

Kombinasjonspiller med levonorgestrel (Loette og Microgynon) har lavest risiko for blodpropp og bør derfor være naturlig førstevalg. Andre effekter av p-piller som vektoppgang, vektnedgang eller antiandrogen effekt bør ikke være utslagsgivende for valg av p-pille hos førstegangsbrukere. Dersom kvinnen ikke er fornøyd med en levonorgestrelbasert p-pille, kan hun gå over til andre p-piller eller andre former for hormonell prevensjon.

Minipiller (Cerazette) gir ikke økt

risiko for blodpropp hos friske jenter, men kan gi mer blødningsforstyrrelser.

Anbefal sammenhengende behandling for å unngå blodpropp og uønsket svangerskap.

Risikoen for blodpropp er størst de første 6-12 måneder av behandlingen. Sammenhengende behandling bør være regelen («Ikke slutt med p-piller selv om det blir slutt med kjæresten»).

Skifte av p-pille bør bare skje når det foreligger en god grunn til det. Det er rimelig at jenta bruker en p-pille i tre måneder før en vurderer bytte dersom jenta ikke er fornøyd.

Informere om symptomer på blodpropp.

Mange jenter kjenner ikke symptomene på blodpropp. Be dem lese pakningsvedlegget og fortell at de må oppsøke lege dersom de merker plager som kan tyde på blodpropp:

- Hevelse i et ben eller en arm.
- Smerter i brystet.
- Tungpust, hjertebank.
- Lammelser eller nedsatt førlighet.

Bidra til rask diagnose og behandling av blodpropp

Diagnosen kan være vanskelig. Kvinner som bruker p-piller og har plager som kan tyde på blodpropp, har blodpropp inntil det motsatte er bevist.

Arteriell blodpropp er langt sjeldnere enn venøs blodpropp og rammer særlig eldre kvinner. Røyking er risikofaktor for arteriell blodpropp.

Pris kan være avgjørende når unge jenter skal velge p-pille.

Det offentlige gir bidrag til prevensjonsmidler til jenter i alderen 16-19 år på inntil 100 kroner hver tredje måned. Mange har påpekt at det bør være bedre samsvar mellom de faglige rådene Legemiddelverket gir og refusjonsordningen for p-piller.

Legemiddelverket anbefaler at man starter med enten Loette, Microgynon eller Cerazette når unge jenter ønsker p-pille. Av disse er det bare Microgynon som dekkes fullt ut av refusjonsordningen. Microgynon er et godt valg, men mange jenter ønsker ikke en variant med 21 piller på brettet – de vil ha 28.

Legemiddelverket erkjenner at dagens refusjonsordning trolig bidrar til uheldig forskrivning av p-piller ved at halvparten av de aller yngste brukerne får Mercilon som første p-pille. Legemiddelverket vil arbeide for å forbedre bidragsordningen slik at jentene lettere kan få midler med lavest risiko for alvorlige bivirkninger. ■

Referanser for videre lesning:

1. Lidegaard Ø et al. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ* 2009; 339: b2890
2. van Hylckama Vlieg A et al. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestagen type: results of the MEGA casecontrol study. *BMJ* 2009; 339: b2921.
3. Jick SS et al. Risk of non-fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives containing drospirenone compared with women using oral contraceptives containing levonorgestrel: casecontrol study using United States claims data. *BMJ* 2011; 342: d2151.
4. Parkin L et al. Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. *BMJ*; 342: d2139.
5. Seeger JD et al. Risk of thromboembolism in women taking ethinylestradiol/drospirenone and other oral contraceptives. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 587-93.
6. Dinger JC et al. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception* 2007; 75: 344-54
7. Dinger J et al. Risk of venous thromboembolism and the use of dienogest- and drospirenone-containing oral contraceptives: Results from a German casecontrol study. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2010; 36: 123-9.

TABELL 3: Risiko for venøs blodpropp.

Friske kvinner som ikke bruker p-piller Minipiller (Cerazette og Concludag)	0,5-1 per 10 000 kvinneår 0,5-1 per 10 000 kvinneår
P-piller med østrogen og levonorgestrel (Loette og Microgynon) P-piller med østrogen og noretisteron (Synfase)	2 per 10 000 kvinneår 2 per 10 000 kvinneår
P-piller med østrogen og drospirenon (Yasmin, Yasminelle og Yaz) P-piller med desogestrel (Marvelon og Mercilon)	3-4 per 10 000 kvinneår 3-4 per 10 000 kvinneår
P-plaster og p-ring: P-pille med østrogen og dienogest (Qlaira)	Nøyaktig risiko ikke kjent Nøyaktig risiko ikke kjent

Vi skal tale barn og un

LEDERSTAFETTEN

Helsesøster skal være barn og unges talsperson i lokalsamfunnet. Er vi det?

Helsesøstre har jevnlig kontakt med alle barn og unge i Norge. I praksis betyr dette tett opp mot 1,2 millioner barn og ungdommer – nesten en firedel av landets befolkning. Noen får kun de lovpålagte tilbudene fra helsestasjonen og skolehelsetjenesten, andre får langt hyppigere og omfattende oppfølging. Ganske mange får faktisk mindre enn de har krav på, på grunn av kommunal nedprioritering av tjenestetilbudet. Denne nedprioriteringen skjer som resultat av mer eller mindre systematisk oversikt og vurdering av faktiske behov i målgruppen. Helsesøster har uansett en sentral funksjon og kompetanse i forhold til å bidra til best mulig helse og oppvekstvilkår for våre barn og ungdommer.

Gjennom LaH og NSF's pilotprosjekt (1) foretok vi en kartlegging i tre fylker av helsesøsters kompetanse. Resultatene viser at helsesøster har en lavere

«Vi skal fungere som lokale barneombud!»

egenvurdering av kompetanse – både hva gjelder kunnskaper og ferdigheter når det gjelder å være premissleverandør i den helsepolitiske debatten. Kartleggingen gir oss klare indikasjoner på at helsesøstre har mangelfull kunnskap om og trygghet på å agere politisk og overfor media. Dette funnet gjelder både menige helsesøstre og ledere, selv om ledere som forventet scorer noe høyere enn sine ansatte. Vi er i beskjeden

grad den samfunnsaktøren vi bør og skal være.

Føringer

Den nye folkehelseloven (2) som trådte i kraft fra 1.januar 2012 legger ansvaret for oversikt over barn og unges helsetilstand på kommunen. Dette er gjort for å tydeliggjøre alle underliggende etaters ansvar for folkehelse. Imidlertid gjelder fortsatt forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (3), som i paragraf 2-2 sier at «helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal bidra til kommunens oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen til barn og ungdom, og til gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjonen». I merknadene til paragrafen presiseres at oversikten skal være «... på gruppenivå gjennom tilgjengelig statistikk om helsetilstand og lokale erfaringer fra tjenesten. Det bør legges vekt på å få frem særskilte grupper behov». Som den profesjonen som utgjør hovedtyngden av bemanning innenfor tjenesten, påligger det helsesøstre generelt og helsesøstre som ledere et spesielt ansvar å følge opp dette.

Kravene til internkontroll og journalføring underbygger denne bestemmelsen. I forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (4) beskrives noen grunnleggende elementer som må være på plass for at virksomheten skal ha tilstrekkelig internkontroll. I dette inngår også forhold som omhandler vår rolle som samfunnsaktører, og lederens særegne ansvar. Blant annet skal leder av virksomheten:

- Sørgje for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.
- Gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/ tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten.
- Skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

NSF's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (5) har flere punkt som omhandler vår rolle som premissleverandør. De beskriver sykepleierens plikt til å melde fra eller varsle når pasienter utsettes for kritikkverdige eller uforsvarlige forhold. Lojalitet til arbeidsstedet skal ikke hindre dette.

Videre sier de at sykepleieren engasjerer seg i den sosiale og helsepolitiske utvikling både lokalt, nasjonalt og internasjonalt, og bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare grupper særskilte behov for helse- og omsorgstjenester.

Helsesøstre har med andre ord både en lovmessig og yrkesetisk plikt til å ha oversikt og å formidle denne oversikten på riktig måte og i de rette fora.

Hvorfor da så tause?

Helsesøster er den eneste profesjonen som har en videreutdanning spesifikt rettet mot målgruppen barn og unge 0 – 20 år, i forhold til fagområdet helsefremmende og forebyggende arbeid på arenaen helsestasjon og skolehelsetjenesten. Dette sammenholdt med vår plikt til oversikt gir oss et spesielt ansvar for å være samfunnsaktør, og en særegen funksjon som barn og unges talsperson

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



■ Av Astrid Grydeland Ersvik

Leder Landsgruppen av helsesøstre NSF

– vi skal fungere som lokale barneombud! Gjennom daglige presseklipp ser jeg at mange helsesøstre forteller om positive tiltak, men ikke minst mangler i tjenesten. Noen underbygger med fakta og dokumentasjon, andre mener, synes og føler mest. Alle skal ha honnør for at de i det hele tatt stikker hodet frem og uttaler seg til media eller overfor politisk ledelse lokalt! Det krever både tid, forberedelser og mot.

Det store flertallet av oss er imidlertid tause og lite systematiske og målrettede i vår beskrivelse av utfordringer og muligheter. Det må vi gjøre noe med!

Landsgruppen av helsesøstre har vektlagt og vil fortsatt vektlegge denne tematikken på våre nasjonale kongresser. I Kragerø i april kan du delta på paralleller som omhandler nettopp samfunnsaktørrollen politisk eller overfor media, og vi tilbyr en egen workshop for ledere i forhold til kompetanseplaner. Vi jobber også for å få etablert et etterutdanningstilbud i forhold til helsesøstre som samfunnsaktør.

Det er imidlertid ute på den enkelte arbeidsplass man først og fremst må gjøre en innsats for å snu inntrykket av helsesøstre som snille, tause og «meningsløse». I dette har lederne et tydelig ansvar!

Dokumentere

Når jeg i foredrag peker på føringene i veiledning i journalføring (6) om systematisk å benytte oppfølgingsgrupper (side 29 i veilederen), er det ukjent for mange helsesøstre. Direktoratet sier i veilederen at «Oppfølgingsgrupper som kriteriesystem kan gi nødvendig



SI IFRA: Vi må være aktive, passe pågående og i forkant, sier Astrid Grydeland Ersvik. Foto: Marit Fonn.

dokumentasjon for å synliggjøre for kommunens administrasjon og politikere i hvilken grad barn fra 0 til 20 år har behov for ulike hjelpe- og støttetiltak». Allikevel er det altså få som benytter det systematisk. Det er flere grunner til dette og flere som har et ansvar for at det ikke fungerer godt nok. Lokale ledere må imidlertid ta sin del av dette ansvaret.

Det samme gjelder utvikling av lokal statistikk, som igjen kan bidra til bedre målstyring av tjenesten, et bedret og mer tilpasset tilbud for brukerne og bedre ressursutnyttelse. Det er med andre ord mye å hente på systematisk dokumentasjon. Statistikk kan utvikles gjennom å sikre at korrekt og standardisert

informasjon «mates inn i» datasystemet, og deretter hentes ut, eksempelvis ved årets slutt. Har man mange barn og unge i oppfølgingsgruppe 3 og 4, sier det mye om behovet for ressurser til det enkelte barn eller ungdom, og til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Hvor mange får faktisk hjembesøk (ikke hjembesøkskonsultasjon gjennomført på helsestasjonen), og hvem er de som ikke får dette tilbudet? Har man et stort antall ekstrakonsultasjoner er det verdt å se nærmere på årsaken til dette – skyldes det et for dårlig tilbud om faste konsultasjoner, spesielle problemstillinger eller andre forhold? Vet man hvor mange barn som utsettes for mobbing, som røyker, som er

«Våre funn må formidles – det skjer lite endring om vi holder de for oss selv!»

LEDERSTAFETTEN

overvektige og trenger oppfølging, som har psykiske helseproblemer og så videre?

Man kan gjennom systematiske kartlegginger og brukerundersøkelser få signal på både helseutfordringer og forbedringspotensialet i tjenesten. Landsgruppen av helsesøstre NSF er opptatt av at sentrale helsemyndigheter i større grad enn i dag må bistå kommunene i utvikling av denne type statistikk og system, men mye kan også utvikles lokalt.

Formidle

Våre funn må formidles – det skjer lite endring om vi holder de for oss selv!

Mange helsesøstre har beklaget seg over at de ikke trekkes med i kommunens planlegging av samhandlingsreformen, i det løpende planarbeidet eller blir kontaktet av media. Media tar gjerne kontakt om de værer en konflikt eller en spennende vinkling. Tar du selv kontakt, kan du i langt større grad være med og legge premisser for vinklingen av saken. Og det er ikke bare problemer og mangler man kan fortelle om – det er lov å trekke frem de gode eksemplene! Vi må heller ikke bli for «korrekte» og kjedelige, men våge å spissformulere og være tydelige i budskapet. Når vi skal ytre oss i media, er det ulike kjøreregler å ta hensyn til. Dette vil vi komme tilbake til i en egen artikkel.

Overfor politikere og administrasjon kan vi velge en strategi der vi beklager oss i etterkant over at vi ikke ble spurt om å delta. Vi kan skape fiendebilder av administrasjon og politikere og velge å se på de som motparter, der vi er de som virkelig kjenner behovene og taler brukernes sak, mens de kun er opptatt av andre tjenester eller å spare penger. Sannheten er at begge parter ønsker å tilby kommunens innbyggere best mulig tjenester. Vi kan ikke forvente at en rådmann skal ha førstehåndskunnskap om vår tjeneste hvis vi ikke forteller hva den

er og hva den skal være, og hva vi kan tilby av kompetanse. En rådmann skal styre over alt fra vei, vann og avløp til helse, og er helt avhengig av at vi som besitter førstehåndskunnskap om brukere, tjenesten og behovene deler denne.

En langt mer offensiv og hensiktsmessig strategi er selv å invitere seg med i prosessene ved å peke på hva man kan bidra med, og hva man faktisk har plikt til å bidra med. Vi ønsker jo ikke å delta bare for å få sitte i enda flere møter, men fordi det er vesentlig at noen som jobber tett på barn og ungdom og deres foreldre, og som har kompetanse på folkehelse, bidrar.

Vår pilotkartlegging viser at lokale politikere og administrativ ledelse ønsker å høre fra oss, de vil ha del i den kunnskapen vi besitter og de trenger den for å styre på en best mulig måte.

Skal vi bidra med vår kunnskap og dokumentasjon, må vi kjenne de politiske og administrative prosessene. Vi må være på banen til rett tid, det nytter lite å komme med gode forslag eller klage etter at budsjettet er vedtatt. Her har mange helsesøstre – også ledere – et klart potensial for forbedring!

Vi må være aktive, passe pågående og i forkant, og ikke kun agere på forespørsel – det kan være at den forespørselen vi venter på aldri kommer.

Anders Aasheim, seniorrådgiver hos Fylkesmannen i Troms utfordret nylig helsesøstre i Troms på disse spørsmålstillingene, i forbindelse med et innlegg om helsesøsters rolle i Samhandlingsreformen. Han utfordret oss til å kartlegge og dokumentere:

- Hvilke forhold i din kommune har så stor betydning for befolkningens helse at de utgjør sentrale utfordringer for kommunen?
- Hva beskytter og bygger opp helsa?
- Hva truer eller svekker helsa?
- På hvilken måte formidler dere deres

kunnskap innad i kommunen om helseutfordringer i befolkningen – slik at det kan være en ressurs i kommunens planlegging?

- Hvem formidler dere kunnskapen til?
- På hvilken måte? Muntlig eller skriftlig? Formelt eller uformelt?

Videre ga han et konkret råd til hvordan vi kan kontakte kommunale planleggere. Ta en telefon eller møt opp og si: «Jeg er helsesøster. Jeg har mye kunnskap om hva som er viktige utfordringer for befolkningens helse i kommunen, særlig det som gjelder barn, unge, gravide og småbarnsforeldre. Jeg vil være med på å lage en oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Her har du mitt telefonnummer og min e-postadresse. Da kontakter du meg når vi skal sette i gang? Det blir supert!»

Jeg kan bare slutte meg til Aasheims' oppfordring, og retter den spesielt mot deg som er leder – enten det er som virksomhetsleder eller fagleder. Prioriter å dokumentere og formidle den kunnskapen du og dere som helsesøstre sitter med. Unnskyldningen med at vi har det for travelt, holder ikke. Alle har for liten tid. Vi har ikke råd til å la være å gjøre en god jobb på dette området – uten tydelige ledere som taler barn og ungdoms sak, vil tjenesten ikke løfte seg!

Kilder:

1. Spesialistgodkjenning av helsesøstre. LaH NSF 2011. www.sykepleierforbundet.no/helsesostre
2. www.lovdatab.no
3. IS-1154 Veileder til forskrift nr. 450 Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet 2004
4. IS-1183 Veileder til forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten, Sosial- og helsedirektoratet 2004
5. <https://www.sykepleierforbundet.no/fag/etikkk>
6. IS-2700 Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet 2004

Helsesøster i kriseteam

– Det var både godt og vondt å være sammen med ungdommene etter at de kom hjem fra Utøya, sier helsesøster Sidsel Hartløff Helland, som har vært med i arbeidet siden 23. juli i fjor.

Tekst Johan Alvik
Foto Åsmund Bryggfeld/Levanger kommune, Colourbox og Scanpix
(Mimsy Møller/Dagsavisen/Samfoto)

Den 22. juli 2011. Helsesøster Sidsel Hartløff Hovind er hos frisøren. Radioen står på. Plutselig kommer en nyhetsmelding:

«Det har vært en stor eksplosjon i Regjeringskvartalet i Oslo. Flere er omkommet og mange er skadd.»

– Det første jeg tenkte på var mine to barn med samboere og barnebarnet mitt som bor i Oslo, sier Sidsel Hartløff Helland.

Situasjonen blir verre. Skudd på Utøya. Helland får en følelse av uvirkelighet. Hun er engstelig. Noe som ikke

skulle kunne skje, har skjedd. Hun blir trist, hun blir sint.

– *Hva husker du best fra den dagen.*

– Bildene fra tv, og da jeg etter hvert ble klar over at det var mange ungdommer fra Levanger som var på Utøya, sier hun.

Allerede dagen etter blir Sidsel Hartløff Helland involvert i arbeidet med de overlevende, som en del av kriseteamet i Levanger i Nord-Trøndelag.

Ble innkalt

Levanger kommune har et overordnet kriseteam som består av ledere fra flere etater. I tillegg har kommunen et Barn i krise-team i avdeling Barn og familie (BAFA).

– På formiddagen lørdag 23. juli ble jeg oppringt av leder i BAFA og spurt om å komme på jobb. Jeg er helsesøster både på ungdomsskole og videregående skole i Levanger, og de fleste av de overlevende etter Utøya fra vår kommune var elever ved en av skolene, sier Helland.

Det første møtet i psykososialt kriseteam startet lørdag 23. juli klokken 11.15 på Levanger Rådhus. Det

ble ledet av enhetsleder for Helse-rehabilitering. Til stede var enhetsleder for BAFA, barnevernsleder, fungerende rådmann, prost, leder for Arbeiderpartiet i Levanger, fungerende ordfører og hun selv. Da Levanger er samkommune med Verdal, og de også



LEVANGER KOMMUNE

- Kommune i Nord-Trøndelag.
- Antall innbyggere var 18 890 pr. 01.10.11.
- Kommunesenteret Levanger by ligger ved Trondheimsfjorden.
- Avstanden fra bysenteret til Trondheim er 8 mil.
- Sykehuset Levanger er den største arbeidsplassen i kommunen med cirka 1000 årsverk.

Kilde: Levanger.kommune.no

Alder: 57 år

Stilling: Helsesøster i Levanger kommune.

Bakgrunn: Utdannet sykepleier i 1975. Hun har jobbet i hjemmesykepleie, sykehus og sykehjem. Startet å jobbe som helsesøster i 1987. Tok helsesøsterutdanning i 1991. Hun har siden tatt videreutdanning i blant annet psykisk helsearbeid.



FØLGER OPP FAMILIENE: - Det føles godt å hjelpe ungdommene og familiene deres, sier helsesøster Sidsel Hartløff Helland.

hadde ungdommer på Utøya, var også kommunalsjef Helse i Verdal til stede.

Arbeidsoppgaver ble fordelt, og utover dagen ble teamet utvidet med flere fagpersoner, blant andre psykolog fra kommunen, psykiater fra BUP, rektor fra ungdomskolen og stedfortreder for rektor på videregående skole.

Kriseteamet hadde fortløpende kontakt med politiet. Det ble jobbet med å kartlegge hvilke ungdommer fra Levanger og Verdal som hadde vært på Utøya.

- Det var til sammen 16 ungdommer; 13 fra Levanger og tre fra Verdal, sier Helland.

Planer ble lagt for oppfølging av familiene. Det ble bestemt å ha et åpent møte på Rådhuset neste dag, der ungdommene, deres familier og venner kunne delta. På møtet skulle det gis informasjon, og de som ønsket å snakke med noen i hjelpeapparatet skulle få tilbud om det.

Kontaktet familiene

- Vi ringte alle familiene lørdag 23. juli og tilbød dem individuell bistand. De fikk orientering om møtet som skulle være på

Rådhuset. Vi fortalte dem at det skulle opprettes foreldregruppe, ungdomsgruppe og søskengruppe, med oppstart tirsdag 26. juli, sier Hartløff Helland.

I tillegg ble det lagt ut pressemelding på kommunens hjemmeside, Facebook og Twitter, og det ble opprettet en telefonsvartjeneste.

- *Hvordan var det å være på arbeid blant de overlevende så raskt etter massakren?*

- Det var både godt og vondt å være til stede sammen med ungdommene, deres pårørende og venner. Jeg kjenner flere av dem gjennom jobben som helsesøster. Det var fint å se hvordan venner støttet hverandre. En del hadde mistet nære venner fra andre steder i landet. Det var mye sorg. Jeg kjente på hjelpeløshet og maktesløshet. Jeg skulle så gjerne ha befridd disse ungdommene for smerten de kjente, men det kunne jeg jo ikke. Det var sterke historier om de grusomme opplevelsene de hadde hatt på øya, men også om den hjelpen de hadde fått av frivillige som hadde plukket dem opp i båtene sine, gitt dem klær og omsorg, sier Helland.



ROSETOGET: Mange mennesker møtte opp på Rådhusplassen i Oslo med roser 25. juli.



SISTE HILSEN: Tusenvis av mennesker fant veien til Oslo Dom

En av ungdommene fra Levanger kom ikke hjem fra Utøya.

– Den savnede, som seinere ble bekreftet omkommet, kjente jeg også gjennom tennis der han var en ivrig spiller, sier Helland.

Alle får hjelp

– Det ble raskt etablert to kommunale kontaktpersoner til hver familie. Jeg har to familier jeg følger opp. En av de første oppgavene mine som kontaktperson var å kartlegge hvilken støtte ungdommen, foresatte og søsken trengte. Og å sette i verk tiltak ut fra behov, sier Helland.

Familiekontaktene har jevnlig kontakt med ungdommene og familiene deres. Kontaktene møtes i nettverksamling en gang i måneden for oppdateringer og generelle drøftinger.

Fra sentralt hold er det laget spørreskjema til ungdommene for å kartlegge hvordan de har det. De to første spørreskjemaene ble besvart seks uker og tre måneder etter 22. juli. Det neste skal

de svare på ett år etter massakren. Hensikten er å fange opp om ungdommen får den hjelpen de trenger og hvordan symptomene etter opplevelsene på Utøya utvikler seg.

– Siden jeg er helsesøster på skolen der de fleste ungdommene er elever, har ungdommene fylt ut skjemaet på mitt kontor på skolen. Psykolog fra kommunen og BUP går i gjennom skjemaene og tilbyr ungdommene hjelp ved behov, sier Helland.

Helland forteller at både barne- og ungdomspsykiatrien BUP og voksenpsykiatrien har vært på banen hele tiden. Den første tiden fikk alle time hos psykolog eller psykiater, hvis de ønsket det. Ungdommene har fremdeles «åpen dør» inn til BUP gjennom prosjektet «utvidet skolehelsetjeneste» i videregående skole.

– En del foreldre og ungdommer takket ja til tilbudet i andrelinjetjenesten. Andre har hatt kontakt med sin fastlege eller andre hjelpeinstanser. Noen har fremdeles oppfølging, sier Helland.

– Hvilke andre tilbud får ungdommene?

– Ungdommene har møttes i gruppe på ettermiddagstid en gang i måneden, siste samling var i januar. Tema i gruppen har vært ut fra ungdommenes behov. Gruppene har hatt et mestringsfokus. Selv om de har strevd med ulike reaksjoner, er prognosen på sikt god. Symptomtrykket har gått ned fra første møte

frem til i dag, sier Hartløff Helland.

Gruppen har vært ledet av kommunepsykolog fra Verdal. Helland har også deltatt, sammen med prest og avdelingsleder for ungdomsposten på BUP.

Sidsel Hartløff Helland forteller at foreldrene også hadde et gruppetilbud en gang i måneden frem til jul. Gruppedere var kommunepsykolog fra Levanger og psykolog fra voksenpsykiatrien ved Levanger sykehus. I starten var det tilbud om søskengruppe, men da søsken var i ulik alder har hjelpen de har fått vært individuell.

Sterke historier

– Alle ungdommene jeg har jobbet med som var på Utøya har sterke historier å fortelle. Noen så at andre ble skutt. Noen ble siktet på. Andre ble beskyttet uten å bli skadet. Noen glemte seg og opplevde at gjerningsmannen passerte like ved, andre svømte fra øya og ble plukket opp i båter. Alle kjente gutten fra Levanger som døde. Noen var svært nær venn av han, sier Helland.

Hun forteller at ungdommene er i alderen 16 til 18 år. De har taklet traumene etter Utøya massakren forskjellig.

– Noen har vært åpne og fortalt om sine opplevelser, andre har fortalt mindre. Reaksjonene har vært ulike. Noen har hatt sterke reaksjoner som har gjort hverdagen deres vanskelig.

DREPTE OG SKADDE

- 77 mennesker ble drept 22. juli. 69 av dem på Utøya, 8 i Regjeringskvartalet.
- 158 ble skadet. 60 på Utøya, 98 i Regjeringskvartalet.

Kilde: VG



kirke og la ned blomster og hilsener etter 22. juli.



ÅSTEDET: Hovedhuset på Utøya hvor de første ofrene ble drept 22. juli i fjor.

– *Hvordan går det med dem nå?*
– Noen sliter mer enn andre. Enkelte plages med mareritt, utrygghet, frykt for å gå ute i mørket, skvettenhet ved høye lyder – for å nevne noe. Opplevelsene vil være med dem bestandig, det må de leve med. Noen må kanskje bruke lengre tid på å nå målene sine enn de ville ha brukt uten opplevelsene på Utøya. Men generelt går det bra med dem. Alle har vist vilje til å stå på, sier Helland.

– *Klarer de å fungere på skolen?*
– Alle har konsentrasjonsvansker i større eller mindre grad. Noen har tatt bort fag eller delt opp skoleåret over to år. Skolen har hjulpet mye med tilrettelegging, sier Sidsel Hartløff Helland.

Skolens rolle

Videregående skole ble med i oppfølging fra første dag, ifølge Helland. De var med på samlingen i Rådhuset den 24. juli. Skolen tok initiativ til å treffe foreldrene og ungdommene, og har hatt møter med dem etter behov. Elevene fikk snakke med den som skulle være hans eller hennes lærer. Elever som har hatt behov for kontakt med «BUP i skolen» har fått det.

I en situasjon der så mange rammes av en tragedie samtidig, kan man risikere at det går ut over andre som også har behov for hjelp. Helland har vært veldig bevisst på at det ikke skal skje.

– Det er andre elever i skolen som har hatt store traumer i livene sine. Ungdommer som har opplevd overgrep, mishandling, omsorgsvikt, mistet omsorgspersoner og annet. De har samme rett til å bli sett og til å få hjelp som ungdommene som var på Utøya, sier Helland.

Hun sier at en del av symptomene som ungdommene fra Utøya sliter med

«Jeg har noen ganger tenkt på om jeg gjorde og sa det som var rett.»

er vanlige ungdomsproblem som søvnvansker, konsentrasjonsvansker, problem med å stå opp om morgenen, slitenhet. Noen ungdommer hadde problem før de dro til Utøya.

– Vi gjør ungdommene en bjørnetjeneste dersom vi behandler dem annerledes enn de andre ungdommene på skolen. Alle som trenger hjelp må tilbys hjelp uavhengig av årsak til problemene, sier Helland.

Givende arbeid

Helland har tenkt mye på ungdommene og familiene deres etter 22. juli.

– Det har vært givende å jobbe så tett på ungdommene. Se hvordan de støtter hverandre, tar i bruk egne ressurser og tar «livet sitt tilbake». De tar opp igjen

fritidsaktiviteter og utfordrer seg selv på å mestre. Det er godt å se at utviklingen går i positiv retning for de fleste, sier Helland.

Men hun understreker at det har vært en stor utfordring, både faglig og personlig.

– Selv om jeg har jobbet i mange år har dette vært krevende. Jeg har noen ganger tenkt på om jeg gjorde og sa det

som var rett. Om jeg burde gjort mer. Om jeg burde ha gjort noe annerledes, sier hun.

Helland sier at det har vært stressende i den forstand at andre oppgaver har blitt satt på vent.

– Men slik er det å jobbe som helse-søster. Vi er et lavterskeltilbud som må «ta det som kommer inn døra». Så det å måtte omprioritere dagen og rekkefølgen på oppgavene er vi vant til. Også følelsen av ikke å strekke til.

– *Hvor lenge skal du følge dem opp?*

– Oppfølgingen har et tidsperspektiv på ett år. Men dersom det er behov er jeg tilgjengelig så lenge de er elever i videregående skole. Målet med oppfølgingen er å støtte ungdommene ut fra de behovene de har. ■

Skal finne ut mye nytt om norske barn

Liten i Norge er en studie av hvilke faktorer som er med og påvirker barns utvikling fra svangerskapet og fram til 18-månedersalder. Studien vil gi oss mange nye svar på «hvorfør barn blir som de blir».



Foto: Privat

Av Unni Vannebo Tranaas, nasjonal prosjektleder for Liten i Norge/helsesøster

Hovedhensikten med Liten i Norge (LIN-studien) er å få mer kunnskap om variasjonen i norske barns tidlige utvikling, og hvilke forhold som fører til at barn slår inn på forskjellige utviklingsveier. Når vi får mer kunnskap, håper vi at det vil fremme tidlige tiltak, slik at når barn og foreldre trenger hjelp, vil de få det på et tidligere tidspunkt og at hjelpen er mer tilpasset den enkelte familie enn det som er tilfellet i dag.

Vitenskapelige ledere av studien er professor Lars Smith og dr. psychol Vibeke Moe. Undertegnede er nasjonal koordinator for undersøkelsen.

Mye skal undersøkes

Vi vet at det er mange faktorer i svangerskapet som kan være med å påvirke barnets utvikling. Mødres kosthold, psykiske helse og hvordan de har det i sitt parforhold i svangerskapet, er eksempler på noe av det vi ønsker svar på. Vi vil også se på om og hvordan, foreldres mulige vonde barndomsopplevelser kan virke inn på deres barns utvikling.

Vi vet også for lite om hvordan barns eventuelle psykiske vansker kan komme til syne tidlig i spedbarnsalder, og derfor er dette et viktig fokus i LIN-studien. Manglende kunnskap kan føre til at fagpersoner blir usikre på hva de skal se etter og når de skal agere, noe som igjen kan gjøre at barn i risikogrupper ikke får hjelp tidlig nok.

For at henvisningene til andre fagpersoner skal bli mer presise (noe som

etterspørres i spesialisthelsetjenesten), trengs det altså mer kunnskap om hvordan små barn utvikler seg over tid. I tillegg trengs det flere systematiske metoder som kan hjelpe helsesøstre med å sette fokus på hva som er viktige områder i barnets utvikling, slik at eventuell skjevutvikling kan beskrives mer presist. Dette vil igjen føre til at barn som trenger det vil kunne få hjelp tidligere; mange henvisninger i dag blir avslått på grunn av at de er mangelfullt beskrevet.

Forskningsassistenter

I studien møter familien den samme forskningsassistenten ved alle undersøkelsestidspunktene. Forskningsassistentene er helsesøstre som er betalt av prosjektet. I de tilfellene hvor familien rekrutteres tidlig i svangerskapet, vil forskningsassistenten møte mor og far to ganger i svangerskapet (ved svangerskapsuke 16 og 26). I tillegg får foreldrene tilsendt spørreskjema hjemme på mail tre ganger i svangerskapet (ved svangerskapsuke 20,32 og 36).

Fedrenes rolle

Far er i dagens samfunn en viktig person i barnets hverdag. Til tross for det, mangler vi studier om fedrenes rolle og betydning for barns utvikling. I LIN-studien legger vi opp til at fedrene deltar på alle tidspunktene på lik linje med mødrene i den grad det er praktisk mulig å få til.

Etter at barnet er født, møter forskningsassisten-



Foto: Colourbox

ten familien ved 6 uker, og igjen ved 6, 12 og 18 måneder. Det gjøres blant video-opptak av samspill mellom foreldre og barn.

Kosthold

En annen viktig del av studien er å kartlegge kostholdet. Vi vet at det har stor betydning for barnet hva mor spiser og drikker i svangerskapet, men også dette vet vi ennå for lite om. Vi ønsker å se på om mors kosthold i svangerskapet og etter at barnet er født kan påvirke hennes psykiske helse og barnets utvikling. Denne delen av studien foregår gjennom et samarbeid med Nasjonalt institutt for ernærings- og sjømatforskning (NIFES) i Bergen.

Det er befolkningsstudier som har antydnet at sjømat beskytter mot fødselsdepresjon. Dette ønsker vi mer kunnskap om. I tillegg skal vi se på den mulige betydning av sjømat for barnets sosiale og kognitive utvikling. Sjømat er en god kilde til marine omega 3-fettsyrer, vitamin D, jod og vitamin B12. Ved at vi møter familiene flere ganger, gjør kartlegging av både mor, far og barn, og foretar observasjoner av utvikling og samspill, får vi en god dybde og bredde i studien.

Gjennomføring

Studien skal gjennomføres ved ni helsestasjoner i Norge. Disse er Tromsø, Høylandet, Namsos, Østbyen bydel i Trondheim, Ulset bydel i Bergen, Straume helsestasjon i Fjell kommune, Frogner og Østensjø bydel i Oslo og Lørenskog. Jordmødre rekrutter gravide de møter til første undersøkelse i svangerskapet, deler ut en brosjyre og gir informasjon til forskningsassistentene om gravide som ønsker å delta i studien.

I skrivende stund er over 390 gravide mødre og kommende barn inkludert i studien og rekrutteringen skal holde fram til 1. september 2012. De første barna er født og har allerede rukket å bli 6 uker. Familier som deltar vil hjelpe til med å skaffe fram viktig kunnskap om hva som påvirker barnets



SUNN BABY: Mors kosthold etter at barnet er født kan ha betydning for både mors og juniors helse. Foto: Colourbox.

utvikling. De vil samtidig få en ekstra tett og god oppfølging gjennom svangerskap og fram til studien er gjennomført. Det som skiller LIN-studien fra andre store oppfølgingsundersøkelser, som stort sett bare er basert på spørreskjema-data, er at vi i LIN også foretar direkte observasjon og testing av barna, med blant annet gjentatt observasjon av samspill mellom foreldre og barn.

Alle data legges direkte inn på en sikker sone ved hjelp av et datasystem utviklet av datafirmaet Conformat. På den måten har vi mulighet til å se på resultater fortløpende gjennom hele prosjektperioden.

Studien finner sted i alle fire helseregioner. Den foregår i regi av Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse. Studien er støttet av Norges Forskningsråd. Både norske og internasjonale samarbeidspartnere er knyttet til studien.

Det er stor interesse knyttet til denne undersøkelsen, og vi vil komme tilbake med mer informasjon etter hvert. ■

Behov for økt kompetanse

En kompetansekartlegging i tre kommuner tyder på at helsesøstre ikke er trygge nok i rollen som samfunnsaktører og at vi trenger økt flerkulturell kompetanse.

Tekst Astrid Grydland Ersvik, leder LaH NSF/faglig ansvarlig og Liv Østli, Athenae
Foto Eline Karlsdatter Fladseth

I tidligere nummer av Tidsskrift for helsesøstre, senest i nummer 3-2011 har vi presentert LaH og NSF's pilot-prosjekt for spesialistgodkjenning av helsesøstre.

Det er utarbeidet en halvveis-evaluering, som vil inngå som en del av sluttrapporten. Denne vil være klar i 2013.

Vi presenterer her et sammendrag av funnene fra den første kompetansekartleggingen som ble foretatt blant

helsesøstre i prosjektfylkene Finnmark, Hordaland og Oslo.

Spesialistgodkjenning

Spesialistgodkjenning av helsesøstre har som mål å gi brukere/pasienter «garanti for at en myndighetsgodkjent helsesøster til enhver tid innehar de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som myndighetene anser som påkrevd.»

Helsesøsters kompetanse varierer i forhold til utdanningsinstitusjon og nasjonalitet, systemer for fagutvikling i de ulike kommunene og den enkeltes holdning og engasjement knyttet til faglig oppdatering.

Målet med myndighetsgodkjenningen er å sikre brukere /pasienter og pårørende et faglig forsvarlig helse-tilbud. Helsesøstre er den eneste profesjonen som har en videreutdanning spesifikt rettet mot målgruppen barn og unge 0 – 20 år, i forhold til fagområdet helsefremmende og forebyggende arbeid på arenaen helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Siden dette er den eneste profesjonen som jobber spesifikt på dette

området er det spesielt viktig at kompetansearbeidet er målrettet, profesjonelt og tilpasset brukerens behov. Hovedfokus i startkartleggingen har vært helsesøsters vurdering av ulike sider ved kompetansearbeidet.

Problemstillinger

Evalueringen av helsesøstre og arbeidsgivers planlegging og gjennomføring av kompetanseutvikling skulle gi svar på følgende problemstillinger:

- I hvilken grad helsesøsters kompetansearbeid er målrettet og kvalitetssikret slik at målsettingen for en spesialistgodkjenning kan innfris.
- Kartlegge helsesøsters egen vurdering av kompetanse relatert til utvalgte kunnskapsområder.
- Kartlegge helsesøsters deltakelse i ulike former for kompetanseutviklingstiltak.
- Kartlegge og vurdere arbeidsgiverrollen knyttet til kompetansearbeid.

Startkartlegging

En elektronisk startkartlegging er gjennomført i tre fylker; Finnmark, Oslo og

OM PROSJEKTET

LaH NSF har i samarbeid med fagpolitisk avdeling i NSF etablert et prosjekt med pilot helsestasjon og skolehelsetjeneste. Prosjektet er en direkte oppfølging av arbeidet med spesialistgodkjenning.

Det overordnede målet med prosjektet er å oppnå en spesialistgodkjenning av helsesøstre, for gjennom den å gi økt pasientsikkerhet for barn, unge og deres familier.

En spesialistgodkjenning skal gi samfunnet en garanti for at en myndighetsgodkjent helsesøster innehar de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som myndighetene til enhver tid anser som påkrevd.



TRENGER KUNNSKAP: Helsesøster vurderer egen kompetanse i forhold til arbeid med flyktninger som relativt lav.

Hordaland. I hvert fylke er det valgt ut en pilotkommune/helsestasjon. Del-takende kommuner er: Sør-Varanger, Bydel Gamle Oslo og Austevoll. Den elektroniske kartleggingen er supplert med dybdeintervjuer av helsesøster og representant for arbeidsgiver.

Helsesøsters egen vurdering av kompetanse på sentrale områder viser at helsesøster har solide kunnskaper i forhold til primærforebyggende arbeid; styrke helse og hindre utvikling av sykdom.

Med utgangspunkt i resultatene fra startkartleggingen er det særlig tre forhold som peker seg ut som utfordrende:

1. Helsesøster har et ansvar innenfor folkehelsearbeidet - blant annet gjennom å satse på barn og unges fysiske

og psykiske helse gjennom å bidra til gode levevaner og levekår. Helsesøster skal være en premissleverandør i den helsepolitiske debatten. Dette er områder der helsesøster har en lavere egenvurdering ifht. kompetanse – både hva gjelder kunnskaper og ferdigheter.

2. Kompetansearbeidet for helsesøster er i liten grad forankret i strategiske planer – og bærer preg av liten struktur og planmessighet. Både den elektroniske kartleggingen og dybdeintervjuene har avdekket manglende planverk, manglende kompetanse knyttet til roller og ansvar og manglende kommunikasjon på viktige områder.

3. Helsesøster vurderer egen kompetanse i forhold til arbeid med flyktning-

er /asylanter som relativt lav. Dette er også et område der opplærings-tiltakene ikke er like tilgjengelige. De komplekse utfordringene mange møter på dette området fordrer at det også utvikles tiltak som møter disse utfordringene. Denne brukergruppen kan være mer sårbar- og garantien om et gitt kompetansenivå blir spesielt utfordret på et område som fortsatt er ukjent for en del.

Med utgangspunkt i disse funnene er ulike tiltak under utvikling og utprøving ved pilothelsestasjonene. Sluttevalueringen vil kunne gi svar på om dette er en hensiktsmessig tilnærming for å sikre strukturert kompetanse i tråd med intensjonen for spesialistgodkjenning. ■

FESTAFTEN I OPERAEN: 24. september i år er det stor jubileumsfest i Den Norske Opera og Ballett i Oslo. Foto: Yaymicro.com



100 år er verdt å feire

Vi feirer 100 år fordi vi har mange viktige seire – og fordi vi trenger å samles i felleskap og tenke fremover.

Den 24.9.2012 er det 100 år siden Bergljot Larsson ba 44 utvalgte søstre om å delta på det som skulle komme til å bli Norsk Sykepleierforbunds første generalforsamling. Organisasjonen fikk sin logo og den aller første utgaven av tidsskriftet Sykepleien ble utgitt. Navnet på den nystiftede organisasjonen ble Norsk Sykepleierskeforbund – og det var kun ugifte søstre som kunne bli medlem. Noe har endret seg i årene som har gått, men mange saker som var viktige for 100 år siden er det også i dag. Kvalitet i helse-tjenesten var fundamentet til stiftelsen, og sykepleiere med 3-årig utdanning ble invitert til å bli medlem – hvor nålen med logoen ble kvalitetsbeviset.

Mye å oppleve

Gjennom hele 2012 – og over hele landet – feirer vi vår felles innsats for god sykepleie og viktige seire fagpolitisk, interessepolitisk og samfunnspolitisk. Du kan blant annet oppleve:

- **11. mai:** feiring av den internasjonale sykepleierdagen.
- **11. mai:** Festkonferanse i Tromsø for medlemmer i region Nord.
- **17. august:** Festkonferanse i Trondheim for medlemmer i Region Midt
- **7. september:** Festkonferanse i Kristiansand for medlemmer i Region Sør
- **22. september:** Festkonferanse i Bergen for medlemmer i Region Vest
- **24. september:** Den store jubileumsfesten i Den Norske Opera og Ballett – Oslo
- **25-26. september:** Sykepleierkongressen.

- **25. september:** Avrunding av jubileet med festmiddag.

En vandreutstillingen gir deg kjennskap til både historie og framtidssjonyer både i inn- og utland. Den er fremstilt gjennom aktivt arbeid over hele landet og viser ulike historiske og faglige saker. Vi gleder oss til å vise den frem, til gjensidig historiefortelling over en kopp solidarisk kaffe fra vår kaffebonde i Guatemala.

Fag og fest

En av Norsk Sykepleierforbunds store styrker er faggruppens innsats i organisasjonen, med blant annet faglige diskusjoner og argumenter gitt til politiske høringer og innspill. Helsesøstre er en stor og levende faggruppe og gjør en særdeles god jobb for hele organisasjonen.

Norsk Sykepleierforbund har alltid vært opptatt av faglige diskusjoner for å fremme kvalitet. Dette gjør vi fortsatt og vi vil ha din stemme til dette gjennom de ulike regionale festkonferanser i tillegg til sykepleierkongressen. Her kan du høre nasjonale og internasjonale foredragsholdere – og i tillegg kunne diskutere i dybden ulike tema av særlig interesse for deg.

Et jubileum er også fest – det er rød løper og glamour. De regionale konferansene gir en smakebit både faglig, kulturelt og for smaksløker. På den store bursdagsfesten 24. september kommer representanter fra kongehus og regjering, internasjonale gjester og de viktigste av alle – våre medlemmer.

På alle disse arrangementene ønsker vi helsesøstre velkommen. Helsesøstre, eller distriktssøstre som de het den gang,



PÅ HJEMMEBESØK: Distriktssøster Solveig Lier på hjemmebesøk hos en familie i Vestfold tidlig på 1920-tallet. Foto: Privat/NSF.

var viktig for Bergljot Larsson. At helsesøstre har 3-årig utdanning som sykepleier i bunn er en viktig seier å feire. Mange mente at distriktssykepleiere kun trengte 1 1/2 års utdanning. Bergljot Larsson fremsto som en sterk og synlig leder i sitt krav til både offentlige myndigheter og Den norske lægeforsening også i denne utdanningskampen. Vår tids forbundsledere kjemper i dag for at helsesøsterutdanningen skal være en masterutdanning og belønnes både med faglig posisjon og lønn.

100 år er verdt å feire. Jubileets budskap er å bruke historien til å se fremover, til å skape nye diskusjoner og ikke minst handlinger. Meld deg på!

For mer informasjon ta kontakt med en av våre prosjektansatte eller se på www.sykepleierforbundet.no/100-aarsjubileet ■



Tekst Lill Sverresdatter Larsen, prosjektkoordinator «NSF 100 år»

Nytt tilbud til deprimert ungdom

Ungdom i Levanger får tilbud om å være med på et kurs som skal hjelpe dem å mestre nedstemthet og depresjon.

Levanger kommune planlegger å starte kurs i depresjonsmestring for ungdom (DU) våren 2012. Målgruppen er ungdom i alderen fra 14 til cirka 20 år som har, eller har hatt, subkliniske depresjonstilstander eller milde til moderate depresjoner. Kurset vil være gratis, og kurssted vil være Levanger videregående skole. Kurset er manualbasert og bygger på kognitiv/atferdsteoretisk forståelse av depresjon, og inneholder ulike tilnærminger og metoder. DU bygger på KID-kurs i depresjonsmestring for voksne, men er tilpasset ungdom.

■ KURSLEDERNE

Kursledere for de planlagte DU-kursene i Levanger er helsesøster Sidsel Hartløff Helland og miljøterapeut/miljøarbeider Mariann Hyndøy. Vi tok høsten 2010 kurslederkurs KID. Våren 2011 tok vi kurslederkurs DU. Vi er begge ansatt i Levanger kommune.

Mariann er ansatt i Helse/Rehab, Psykiatri og oppfølgingstjenesten. Sidsel er ansatt i Barn og Familie (BAFA) Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Begge har vi en del av stillingene våre knyttet opp mot videregående skole i Levanger. Skolen har vel 800 elever, fordelt på allmennfaglig og yrkesfaglig retning.

Målet med kurset

Når en nedstemthet har vart så lenge at det påvirker hvordan en fungerer følelsesmessig, sosialt og praktisk slik at livskvaliteten svekkes, kan det kalles en depresjon.

Hos ungdom kommer nedstemthet ofte til uttrykk i form av at de strever med skolearbeidet, karakterene blir dårligere og de isolerer seg fra andre.

Andre tegn på nedstemthet og depresjon:

- Fravær av glede.
- Tristhet.
- Tilbaketrekking.
- Søvnproblemer.
- Uro.
- Lite tiltakslyst.
- Grubling.
- Irritabilitet.
- Konsentrasjonsvansker.
- Dårlig appetitt, eventuelt økt appetitt (trøstespising.)

Målet med kurset:

- Å utvikle ungdommens egen forståelse av hvordan følelser oppstår.
- Å redusere intensiteten i, og gjøre graden av nedstemthet/depresjon mindre.

- Å korte ned varigheten av depresjon.
- Å gjøre de negative følgene av depresjon mindre.
- Forebygge nye episoder av depresjon.

Hva går kurset ut på:

På kurset læres en måte å forstå hva som skaper følelser knyttet til nedstemthet. Når en vet hva som skaper tristhet (hvilke tanker og situasjoner), kan en lære metoder for bedre å kontrollere, motvirke og mestre nedstemthet.

Kursdeltakerne får ei arbeidsbok som brukes under og etter kurset. Det gis hjemmeoppgaver som det skal jobbes med til neste kursdag.

Det beregnes 8-12 deltagere på hvert kurs.

Kurset er ukentlig over åtte ganger, deretter to ganger med tre til fire ukers mellomrom. Varighet er cirka to timer med en til to pauser innlagt.

Vi tenker å starte rett etter skoletid og håper å få til et samarbeid med skolen slik at ungdommene får tilbud om mat før oppstart.

Foreldrene får informasjon

I forkant av kurset vil vi foreta intervju/samtale med ungdommen der også BDI 2-skjema vil bli benyttet. Intervju/

kartlegging gjøres for å bli kjent med ungdommen, og for å vurdere sammenheng på gruppa.

Dersom ungdommen samtykker (de som er over 16 år) vil skolen og foreldrene motta informasjon om at ungdommen deltar på kurset. De vil også få et hefte om hvordan de kan støtte ungdommen. Hftet gir informasjon om hva depresjon er, tegn på depresjon, hvorfor noen blir deprimert og om behandling. Det inneholder oversikt over det teoretiske grunnlaget, tema de ti kursdagene og arbeidsoppgaver. Det inneholder også informasjon om og forslag til hvordan foreldrene kan bidra i bedringsprosessen til ungdommen.

Hftet til skole/arbeidsplass inneholder informasjon om kurset, det teoretiske grunnlaget, tema og øvelser

som ungdommene får på kurset. Det er forslag til tilrettelegging, samtalepunkter (klasse og individuelt) for å integrere forståelse og understøttelse av ungdommene.

Henvisning til kurs:

Vi har gitt legene i Levanger kommune muntlig og skriftlig informasjon om kursene.

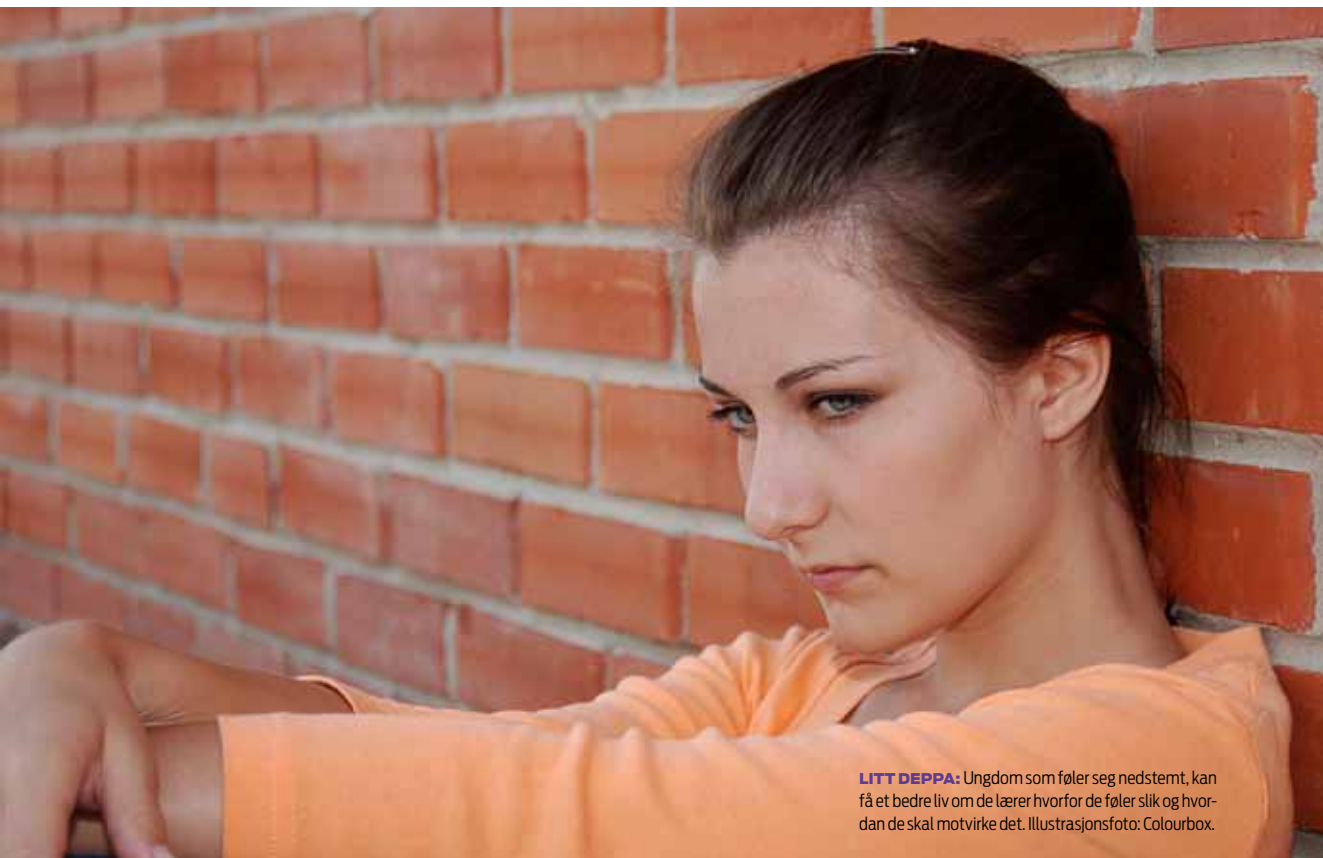
På videregående skole i Levanger pågår det nå et prosjekt «Utvidet skolehelsetjeneste» der psykiater og psykolog er på skolen to dager i uka. De er også informert om DU. ■



Tekst **Sidsel Hartløff Helland**, helsesøster Levanger kommune

■ KID OG DU

- KID-kurs i depresjonsmestring for voksne har vært drevet av personell fra Helse/rehab, Psykiatri og oppfølgingstjenesten i Levanger kommune i noen år.
- Kurslederkurs og materiell til KID er utarbeidet av psykolog Trygve Børve, psykiatrisk sykepleier Anne Nævra og professor dr. med Odd Steffen Dalgard.
- DU-depresjonsmestringskurs for ungdom bygger på KID, men er tilpasset ungdom.
- Internasjonal forskning har vist at slike kurs basert på kognitiv teori har effekt. (Folkehelseinstituttets rapport 2011:1) I Norge pågår en evalueringstudie i regi av Universitetet i Stavanger for å sikre at denne type kurs også er virksomme i Norge.



LITT DEPPEA: Ungdom som føler seg nedstemt, kan få et bedre liv om de lærer hvorfor de føler slik og hvordan de skal motvirke det. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Bedre hjelp til barn av mødre med rusproblemer

Ofte blir rusmisbruk først oppdaget når noe er alvorlig galt. Gjennom prosjektet «Mor-barn-rus» i Steinkjer er målet å avdekke problemet mye tidligere, for å hjelpe mor og barn.



Foto: Privat

Av Vigdis Wibe Henriksen, helsesøster og prosjektansvarlig

Helsesøstre i helsestasjonstjenesten i Norge har en unik mulighet til å kunne avdekke rusproblematikk gjennom tilnærmet 100 prosent opplutning om helsestasjonstilbudet. Likevel erfarer helsesøstre i Steinkjer kommune at antallet saker som avdekkes er få, og oppdages først når barnet og familien begynner å vise signaler på at noe er galt. Steinkjer kommune har satt i verk flere tiltak for å endre på dette. Et av tiltakene er prosjektet «Mor-barn-rus» i helsestasjonen. Hovedmålsettingen er å avdekke rusproblematikk tidligere, og bidra til riktig og nødvendig hjelp.

Bakgrunn for prosjektet

Steinkjer kommune har, blant annet gjennom Modellkommuneforsøket «Barn av foreldre med psykiske – og eller rusproblemer 0 – 6 år», gjennomført kartlegginger som viser at det er behov for å sette et sterkere fokus på rus, innenfor forebyggende innsats for barn og unge i helsestasjonen.

Tidlig intervensjon på rusområdet er et prioritert satsningsområde i regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet (St.prp.nr.1 (2007-2008)). Viktigheten av gode oppvekstmiljøer fremheves i rundskriv Q-16/2007, «Forebyggende innsats for barn og unge», og at det er viktig å gripe tidlig inn i en problemutvikling. Målet med tidlig intervensjon er å identifisere og håndtere et problem så tidlig at problemet forsvinner eller blir redusert med begrenset innsats.

For at dette skal være mulig, må personer og fagfolk kunne gjenkjenne tegn på et rusrelatert problem på et tidlig stadium. De som skal gjenkjenne tidlige tegn og symptomer, må ha tilstrekkelig med kunnskap om risikofaktorer og symptomer, samt ha mot

til å handle på grunn av bekymring eller vite hva de skal gjøre og hvor de skal henvende seg. Det kan i mange tilfeller være nødvendig med henvisning til en annen faginstans eller å starte et samarbeid med andre fagpersoner i den enkelte sak.

Helsestasjonen er en viktig arena der barn og foreldre ferdes, og vil være en viktig arena for tidlig identifikasjon og intervensjon. Det er fire helsestasjoner i Steinkjer kommune: Steinkjer helsestasjon, Egge helsestasjon, Mære helsestasjon og Beitstad helsestasjon. Det fødes rundt 250 barn i Steinkjer årlig. Per 01.01.11 var det 1474 barn i aldersgruppen 0-5 år. I 2010 hadde helsestasjonene 5847 kontakter med barn mellom 0 og 6 år. Det vil si at helsestasjonen er en arena der man treffer så godt som alle barna i aldersgruppen, og er dermed en svært viktig tjeneste for å fange opp barn av rusavhengige mødre.

Prosjektet startet i august 2009, med ei helsesøster i 50 prosent stilling. Arbeidet retter seg mot barn mellom 0 og 6 år og mødre med rusrelaterte utfordringer, som er brukere av helsestasjonene i Steinkjer kommune. Hovedfokus i prosjektet er å arbeide mot bedre samhandling med andre aktører som jobber med målgruppen mødre med rusrelaterte utfordringer og deres barn. Vi vil også videreutvikle tiltak, som forebygger skader og omsorgssvikt på barn med mor som ruser seg.

Mål med prosjektet

1. Helsesøstrene får kunnskap og rutiner for å ivareta barnas behov. Man styrker kompetansen blant helsesøstrene som jobber på helsestasjonen. Fokus på tidlig intervensjon og implementering av barneperspektivet. Systematisere og forbedre det



SKADER BARNET: Mors rusproblem kan bli en så stor belastning for barnet at det fører til en sårbarhet i sped- og småbarnsalderen og til problemer for barnet senere i livet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

forebyggende arbeidet som finnes på helsestasjonen, som retter seg mot målgruppa. Identifisere mangler og videreutvikle tilbudet.

2. Etablere og forbedre strukturer for samhandling mellom de aktuelle aktører som jobber med målgruppen.

Etablere og forbedre samarbeidsrutiner mellom helsestasjonene og de ulike samarbeidspartnere både internt i kommunen og med ulike samarbeidspartnere innenfor spesialisthelsetjeneste og med eventuelle frivillige/humanitære organisasjoner. Det må innføres rutiner for samhandling, og handlingsplaner for ulike problemstillinger. Fokus i arbeidet skal være tidlig intervensjon.

3. Mor får bedre innsikt og kunnskap om hvordan hun kan ivareta barnas behov gjennom samtale.

Etablere rutiner på «Forsterket helsestasjon», der mor får oppfølging gjennom samtaler om barnets behov og gjennom veiledning og rådgiving om tilgjengelige tiltak.

Sped- og småbarn i risiko

Ifølge en fersk rapport fra Folkehelseinstituttet, rapport 2011: 4, «Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk», viser at 450 000 barn i Norge tilhører familier hvor minst en av foreldrene har psykiske lidelser eller misbruker alkohol. I løpet av det siste året hadde 90 000 barn minst en forelder som misbrukte alkohol. Rapporten viser at det er en dob-

ling i risiko for alvorlige konsekvenser, som mishandling, overgrep og omsorgssvikt, tidlig død og psykiske lidelser i barndom og ungdom. Den forhøyete risikoen skyldes både genetiske og miljømessige forhold.

Årlig statistikk fra SSB viser at det er få meldinger til barneverntjenesten fra voksenpsykiatrien, barnehager, helsestasjoner, fastleger og rusomsorg. Kvello (2007) fastslår at barna som lider under foreldrenes psykiske sykdom eller rusproblemer bare oppdages i svært varierende grad, og det er betenkelig at det er så få bekymringsmeldinger til barneverntjenesten, da barna er mest utsatt i den perioden de er under oppfølging av helsestasjon og barnehage. Man venter ofte til man ser symptomer hos barna før man handler.

Forebyggende arbeid for barn og unge og deres familier er først og fremst et kommunalt ansvar. Dette presiseres i R-skriv Q-16/2007; Forebyggende innsats for barn og unge:

«... basert på kunnskap fra utviklingsarbeid og forskning kan imidlertid tidlig intervensjon, tiltak basert på kunnskap og samordning og samarbeid, trekkes frem som prinsipper som bør vektlegges i det forebyggende arbeidet.»

Tidlig intervensjon overfor barn dreier seg ofte om å intervenere overfor foreldrene til barnet. (fra: «Bekymring til handling», en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet). Det er den gravide og foreldrene som har rusproblemene. Den gravide eller

EN AV MANGE: 450 000 barn i Norge tilhører familier hvor minst en av foreldrene har psykiske lidelser eller misbruker alkohol. (Illustrasjonsfoto: Colourbox)

foreldrenes rusproblemer kan bli en så stor belastning for barnet, at det fører til en sårbarhet i sped- og småbarnsalderen og til problemer for barnet senere i livet. Foreldrenes manglende sensitivitet i samspillet med barna og uforutsigbarheten kan føre til alvorlige konsekvenser for barn; psykiske vansker, atferdsproblemer, skoleproblemer og etter hvert egne rusproblemer. Det er ofte forstyrrelsen i samspillet mellom foreldre og barn som oppdages og samspillet karakter kan gi forklaringer på barns psykiske problemer.

Til tross for vanskelige oppvekstvilkår vil det alltid være barn som klarer seg relativt bra. Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer må derfor sees i sammenheng. Alle mennesker utsettes for både risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer, men jo flere belastninger barn og unge utsettes for, desto sterkere er intensiteten til risikofaktorene. Og jo lengre de varer, desto mer øker sannsynligheten for et komplisert liv. I arbeidet med tidlig intervensjon på rusområdet, er målet å styrke beskyttelsesfaktorene, for å minske den totale belastningen på den enkelte.

En risikofaktor kan defineres som «en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden.»

En beskyttelsesfaktor er «en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med redusert sannsynlighet for fremtidig negativ psykososial utvikling». (fra «Bekymring til handling», en veileder på tidlig intervensjon på rusområdet.)

Ved tidlig å skaffe oversikt over barns risiko og beskyttelsesfaktorer, kan det være mulig å identifisere barn med høyere risiko, før barn og voksne viser signaler. Dette vil igjen føre til tidligere intervensjon i familier med gode forebyggende tiltak som blir iverksatt for å hindre negativ psykososial utvikling.

Fornyng av verktøy i helsestasjonen

Det ble tidlig klart at det var behov for fornyng av de rutinene og brosjyremateriell som ble brukt i helsestasjonsarbeidet. Helsestasjonen har brukt Ruspermen – Forebyggende rusmiddelarbeid i helsestasjonen, som ble utarbeidet av Helga Melkeraaen med flere i 1996 med støtte fra Sosial og helsedepartementet, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Fylkeslegen og fylkesmannen i Nord-Trøndelag. Etter års bruk, så vi at en fornyng av materiell og et fornyet fokus på temaet rus ville styrke helsesøster i det rusforebyggende arbeidet.

Å snakke om bruk av alkohol og/eller andre rus-

midler er ikke alltid like enkelt for foreldrene, og utfordrer også mange fagfolk. En del helsesøstre gir uttrykk for at det er vanskelig å ta opp dette temaet i samtalen, og noen er for eksempel redde for foreldrenes reaksjoner og at de moraliserer for mye. Det er viktig å bli bevisst sine egne barrierer i forhold til rus, tenke gjennom egne holdninger og erfaringer, og passe på og forholde seg til fakta og kunnskap på temaet. Gode rutiner og brosjyrer med faktakunnskap er god hjelp til åpenhet og trygghet i samtalen. Det å våge å ta opp rus som tema i samtalen, gjør at helsesøster er i bedre stand til å avdekke rusproblematikk tidligere, slik at foreldre og barn får riktig og nødvendig hjelp. Helsesøster har fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid, i dette tilfellet å informere og bevisstgjøre foreldre på eget forbruk i samvær med barn. Målet er å bidra til at foreldre blir mer bevisst i sin foreldrerolle og mer motivert for å endre på sine rusvaner. I kommunikasjonen med foreldre, har helsesøster mulighet til å motivere til endring hos den enkelte. Helsesøster må åpne opp for dialog med foreldre. Foreldre skal føle at de blir forstått i samtalen, slik at de blir trygge nok til å fortelle om sine rusvaner. Felles refleksjon og undring med foreldrene vil bidra til at de selv tenker gjennom sine rusvaner og selv finner frem til alternative handlingsmåter. Foreldrenes refleksjon og analyse av egen atferd skaper bevissthet om hvor de selv står og om eventuell egen ambivalens. Dette kan føre til at foreldrene tenker mer over sine rusvaner og blir mer motivert for endring hvis det er behov for det.

Rutiner for helsesøstertjenesten i sped- og småbarnskonsultasjoner:

Hensikten med fornyng av rutinebeskrivelser og materiell for helsesøstrene er:

- I Steinkjer kommune ønsker vi å forebygge bruk av alkohol, som kan føre til uheldige opplevelser og utrygghet for barn. Og helsesøster er i en unik posisjon gjennom å møte alle familiene og ta opp rus som et tema på lik linje med andre viktige tema.
- I Steinkjer kommune ønsker vi at foreldre skal få et balansert forhold til bruk av alkohol, slik at det ikke representerer vansker for barn.
- Helsesøstrene i Steinkjer kommune skal ha kunnskap og rutiner for å identifisere og henvise ved mistanke om medfødte alkoholskader og/eller andre rusrelaterte skader.
- Helsesøstrene i Steinkjer skal bidra til at familien får helhetlig hjelp når det er erkjent problematisk bruk av alkohol/andre rusmidler i familien, eller mistanke om det. Dette kan være tettere oppfølging fra

helsestasjonen i en periode (forsterket helsestasjon), melding til barneverntjenesten, samarbeid med barnehage, henvisning og samarbeid til de kommunale instanser i mellom, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten.

- Helsesøstre i Steinkjer skal få en felles «basis-kunnskap», slik at dette temaet skal tas opp i faste konsultasjoner. Anbefalingene fra «kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten», Veileder IS-1154, er at rus skal være et tema ved hjemmebesøket, 11-12 måneder og 4 års konsultasjonene. Tilbakemeldingene fra helsesøstre i Steinkjer kommune var at det ved 12 måneders konsultasjonen var veldig hektisk med blant annet målinger og vaksinasjon, slik at det ble enighet om å ta dette temaet ved 10 måneders konsultasjonen i stedet.
- De nye rutinene og brosjyrene for rusrelatert arbeid under hjemmebesøket ved 10 måneders konsultasjonen og ved 4 års konsultasjonen implementeres i helsestasjonsprogrammet fra 1.1.2012.

Brosjyremateriell:

Nytt brosjyremateriellet er ferdig utarbeidet for helsestasjonstjenesten. Disse implementeres samtidig med rutinene i helsestasjonsprogrammet fra 1.1.2012.

Tidligere har helsestasjonen brukt en brosjyre «Små barn og alkohol – du er ditt barns første og viktigste lærer», Ruspermen 1996. Det nye brosjyrematerialet inneholder mer faktakunnskaper og spørsmål til refleksjon når det gjelder forelderollen og bruk av rus. I tillegg er barnets behov for trygghet presentert etter inspirasjon fra «Circle of Security», Trygghetsirkelen.

Det er utarbeidet brosjyrer for hjemmebesøket, 10-månederskonsultasjonen og for 4-årskonsultasjonen. Og en brosjyre om amming og alkohol. Denne

MISBRUK: Mødre kan ha behov for hjelp til å kutte ut alkoholen. Samarbeid mellom ulike instanser er viktig for å avdekke og hjelpe rusmisbrukere.



brosjyren er utarbeidet med utgangspunkt i anbefalinger fra Nasjonalt kompetansesenter for amming. Det finns ingen lignende brosjyre i Steinkjer kommune fra før, og de generelle ammeanbefalinger er i mange tilfeller utilstrekkelige relatert til dette temaet. Behovet for tydelige anbefalinger i en brosjyre på temaet kom frem mens vi arbeidet med de andre brosjyrene.

Kurs og opplæring:

For at helsesøstre skal kunne ivareta barnas behov, er det nødvendig at kompetansen på fagområdet styrkes. Det forebyggende arbeidet som finnes på helsestasjonen og som retter seg mot målgruppen skal systematiseres. Et av tiltakene er utvikling av nye verktøy på helsestasjonen, brosjyremateriell og rutiner.

I tillegg til dette har prosjektansvarlig og helsesøster i forsterket helsestasjon deltatt på den årlige konferansen «Barnet & Rusen», ved kompetansesenter for rusregion sør, Borgestadklinikken. Konferansen har hatt fokus på tidlig intervensjon, det russkadede barnet og nyere forskning på rusområdet.

Gjennom modellkommuneforsøket har helsesøstre fått delta på fagdag i Steinkjer kommune i 2011, i temaet «Når foreldre har egne problemer – Utfordringer i tilknytnings- og tilpasningsprosessen» ved Siw L. Karlsen. Hun er regional koordinator for modellkommunesatsingen i region Midt-Norge. Fagdagen hadde fokus på rus og psykiske problemer/lidelser hos omsorgspersonen, omsorgsevne, samspill og tilknytning.

Prosjektansvarlig og helsesøster i forsterket helsestasjon har også deltatt på kurs i forbindelse med nye nasjonale retningslinjer for gravide i LAR og oppfølging av familiene til barnet når skolealder.

Veien videre

Prosjektet har som mål å implementere TWEAK i helsestasjonen og svangerskapsomsorgen, for å avdekke risikofylt bruk av alkohol hos gravide og kvinner i fertil alder. I tillegg til det nye verktøyet i helsestasjonen, med nye brosjyrer og rutiner, vil denne screeningen være et nyttig hjelpemiddel for å identifisere hvem som trenger mer informasjon og støtte, og hvem som trenger oppfølging eller henvisning på grunn av drikking som innebærer risiko for barnet. Spørsmålene gir grunnlag for samtale og informasjon om alkoholbruk i graviditet og i forbindelse med forelderollen. Verktøyet prøves ut i et eget prosjekt i Nord-Trøndelag, i perioden 2009-2010, og Steinkjer kommune venter med å implementere dette til utprøvingen er utført. Gjennom Modellkommuneforsøket barn av foreldre

med psykiske og eller rusvansker 0 – 6 år, vil Steinkjer kommune få tilbud om opplæring i screeningverktøyet TWEAK i løpet av 2013.

Styrke rutiner for samhandling og samarbeid med andre instanser.

I det videre arbeidet i prosjektet skal det jobbes med å etablere og forbedre strukturer for samhandling mellom de aktuelle aktører som jobber med målgruppen. Det finnes allerede en del samarbeidsrutiner og avtaler mellom helsestasjonene og flere av samarbeidspartnere både internt i kommunen og eksternt. Det er behov for å evaluere disse og eventuelt forbedre samarbeidsrutinene. Aktuelle samarbeidspartnere er barnevernet, BUP, Familieambulatoriet, fastleger, jordmødre og NAV. Det skal lages prosedyrer for samhandling med de enkelte instanser, og handlingsplaner for de ulike problemstillingene. Fokus i arbeidet skal være tidlig intervensjon. Det kan også være behov for å etablere nye kontakter og nye samarbeidsrutiner for andre instanser som man ser mangler i det tverretatlige/tverrfaglige arbeidet.

Forsterket helsestasjon – oppfølging av familier der mor har et problematisk forhold til alkohol eller andre rusmidler.

Et av målene i prosjektet er å gi mor mer innsikt og kunnskap i å ivareta barnets behov. Dette kan gis gjennom tiltaket «forsterket helsestasjon». Etter hvert som helsestasjonstjenesten avdekker flere tilfeller med rusproblematikk, vil flere familier ha behov for tettere oppfølging av helsestasjonen. Dette for å ivareta mors omsorgsevne med fokus på barnet og barnets behov.

Barnet skal fortsette å følge det vanlige helsestasjonsprogrammet når rusproblemer er avdekket. I tillegg kan det være nødvendig å tilby ekstra konsultasjoner og oppfølging hjemme gjennom forsterket helsestasjon, dersom foreldrene går med på dette. Forsterkningen i helsestasjonstilbudet er først og fremst mer tid og tilgjengelighet til jevnlig oppfølging av familier og barn. Det er lav terskel for å få hjelp og bistand i forsterket helsestasjon, og det er tett samarbeid med andre aktuelle samarbeidspartnere.

I den tidlige fasen etter fødsel vil det være særlig viktig å sikre barnet en god start og etablere trygghet og god omsorg fra foreldrene, som krever trygge og forutsigbare voksne som er i stand til å møte barnets behov på en hensiktsmessig måte. I forsterket helsestasjon tilbys støtte og veiledning når det gjelder samspillet mellom mor og barn. Helsesøster bør benytte metoder som styrker opplevelsen av mestring hos foreldre, og gi

NYE BROSJYRER: Helsestasjonene i Steinkjer har fått nye brosjyrer med fakta om rus. De blir delt ut ved konsultasjonene.

tilbud om opplæring og styrking av foreldreferdigheter, samt vektlegge tilknytningsfremmende tiltak. Ved behov for mer omfattende behandling og oppfølging henvises familien andre aktuelle instanser.

Avslutning

Erfaringer så langt i prosjektarbeidet er både positivt og utfordrende. Tidlig intervensjon på rusområdet er et kjent prioritert satsningsområde i regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet, der viktigheten med gode oppvekstvilkår blir fremhevet og at en griper tidlig inn i en problemutvikling. Mange helsestasjoner rundt om i kommunene jobber med fagutvikling ut ifra regjeringens prioriterte satsingsområde, og det er interessant å se hvor mange ulike tilnæringsmåter de ulike kommunene velger i arbeidet.

Så langt har vi sett at behovet for å identifisere og handle tidligere er stort og utfordrer oss i arbeidet med enkeltmennesket. Det er flere årsaker til at dette i mange tilfeller ikke lar seg gjøre så raskt som man ønsker. Med fornyet fokus gjennom prosjektet «Mor-barn-rus», tror vi det er mulig å komme et stykke nærmere målet om å avdekke rusproblemer i familier tidligere enn før. Det avhenger av at den enkelte fagperson har kunnskaper om risiko – og beskyttelsesfaktorer og kunne gjenkjenne signaler, ha forståelse av egen rolle og ha mot til å gripe inn og handle på bakgrunn av bekymring. ■

Kilder:

Brandt, Anne Elisabeth og Grenvik, Tone Hestmo. (2010). Med barnet i sentrum. Oslo: Kommuneforlaget.

Departementene. (2007). Forebyggende innsats for barn og unge. Rundskriv Q-16/2007.

Hansen, Marit Bergum og Jacobsen Heidi. (2008). Sped - og småbarn i risiko – en kunnskapsstatus. Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion øst og sør.

Helse – og omsorgsdepartementet. (2008). Opptrappingsplan for rusfeltet. I-1120 B.

Helsedirektoratet. (03/2010). Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. IS-1742.

Helsedirektoratet. (05/2011). Nasjonal retningslinje for gravide i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder. IS-1876.

Kvello, Ø. (2007). Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling. Oslo: Universitetsforlaget.

Torvik, Fartein Ask og Rognmo, Kamilla. (04/2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Folkehelseinstituttet.



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 24.04.12

0900 - 1100	Registrering, besøk i utstillingsområdet
1100 - 1145	Åpning av kongressen
1145 - 1230	Forsvarlighet, hva er godt nok? Ass. direktør Geir Sverre Braut, Statens Helsetilsyn
1230 - 1330	Lunsj, besøk hos utstillere
1330 - 1415	Juss i helsesøsters hverdag; opplysningsrett og – plikt. Rikke Lassen, Advokat Reiss-Andersen&Co
1415 - 1500	AUFs erfaringer etter 22. juli og innspill til veien videre. Tonje Brenna, generalsekretær AUF
1500 - 1530	Pause m/smoothies, besøk hos utstillere
1530 - 1630	Parallellsesjoner A/B/C A. Politikk – Med lua i hånda – eller mot til å være tydelig? Tydelige tanker om helsesøsteridentitet, kommunikasjon og omdømme. Erik Dale, sykepleier, men til daglig Kommunikasjon – og organisasjonsdirektør i Kruse Smith konsernet. B. Media - Tydelig, modig og stolt – i møte med mediene til beste for barna. Signy Svendsen, kommunikasjonsrådgiver Axxept PR/tidligere kommunikasjonssjef i NSF C. Ledelse – Den gode skolehelsetjenesten i Telemark. Janne Ljosåk, ledende helsesøster/prosjektleder
1630 - 1700	Kaffe og frukt, besøk hos utstillere
1730 - 2130	Utflukter med matsservering

ONSDAG 25.04.12

- 0830 - 1130 **Generalforsamling**
- 1200 - 1300 Lunsj, besøk hos utstillere
- 1300 - 1400 **Kunnskapsbasert praksis – hva mener vi med det?**
Hilde Tinderhaug Myrholt, seniorrådgiver Kunnskapsenteret
- 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**
- Program for foreldreveiledning -status og forskningsresultater. Grete Flakk, seniorrådgiver Bufdir
 - Helseeffekt og amming, en myte? Beate Fossum Løland, forsker dr.med, Nasjonalt kompetansesenter for amming.
 - KVIK-prosjektet, Kari Slinning, forsker og Lisbeth Valla, koordinator R-bup sør-øst
 - Barns sansemotoriske utvikling 0-2 år, Arnlaug Stene, fysioterapeut
- Parallellsesjon B. Skolehelsetjeneste og Helsestasjon for ungdom**
- **De stille barna og effekten av LØFT-grupper**, Lisbeth Kvarme, helsesøster/førsteamanuensis Høyskolen Diakonova
 - Psykologisk førstehjelp, Solfrid Raknes, psykologspesialist BUP Voss Sjukehus
 - **Ung.no, En kanal for informasjon og svar uten terskel**, Anne Bentzrød, helsesøster Ung.no/Bufdir.
 - **Defakketidtilaltdesku'gjort**, Kirsten Djupesland, barne- og ungdomspsykiater
- 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** med utdrag fra showet «Snålære med vårs to», med Lena Barth Aarstad og Anders Vangen, samt Espen Gundersen, piano.

TORS DAG 26.04.12

- 0830 - 0900 **Elin – H**, tidl. Elektronisk samhandling mellom fødeinstitusjon og helsestasjon.
Sissel Skarsgaard, prosjektleder
- 0900 - 0945 **Nytt og aktuelt fra Helsedirektoratet**, Astrid Hernes Kvalnes, seniorrådgiver
- 0945 - 1015 Pause, besøk hos utstillere
- 1015 - 1100 **Helsesøsterrollen**
- **Glidende grenser og stille stemmer**, Anne Clancy, helsesøster/førsteamanuensis Universitetet i Tromsø
 - **På sporet av en helsesøsteridentitet?** Berit Misund Dahl, helsesøster/ høyskolelektor Høyskolen i Ålesund
- 1100 - 1130 **Hvordan kan helsesøstre bidra til at fremtidens barn og unge blir friske og glade?**
Elisabeth Swensen, fastlege i Seljord
- 1130 - 1215 Pause, besøk hos utstillere, utsjekk
- 1215 - 1245 **Master i helsesøsterfag**, Ellinor Beddari, universitetslektor Universitetet i Tromsø og Esther Hjälmhult, førsteamanuensis Høyskolen i Bergen
- 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 eller via lenke utsendt i medlemsblad: <https://www.viaregi.com/registration/deltagerweb.aspx?kid=9786&pid=34822>
Kontaktinformasjon: Leder lokal komité HK12: Gunhild Kåsa Dehli, gunhild@kivle.no Tlf. 908 90 005

Reisemuligheter

Telemark ligger sentralt, men til hotellet er det lenger enn du tror. Du kan komme til kongressen med bil, tog, fly og buss. Ved påmelding kan du velge å bestille flyreise samt registrere om du har behov for busstransport. VIA Travel vil deretter sende deg et reiseforslag som du må bekrefte.

Det vil bli satt opp felles busstransport til hotellet 23. april og 24. april og retur fra hotellet 26. april:

- fra/til Oslo Gardermoen
- fra/til Torp Sandefjord
- fra/til Oslo S
- fra/til Neslandsvatn stasjon

Bussavgang vil tilpasses ankomst- og avreisetider så langt det lar seg gjøre. Tidspunkt og oppmøtested vil bli opplyst via e-post nærmere arrangementsdato. Ha en hyggelig reise og nyt noe av Telemarks flotte natur underveis!

Overnatting

Quality Spa & Resort er et leilighetshotell med ulike løsninger i forhold til oppdeling og antall soverom i leilighetene. Hvis flere bestiller sammen, er det gode muligheter for å få leilighet med romslig fellesareal med kjøkken og koselig stuekrok. Enkelt- og dobbeltrommene er vanlige hotellrom, uten kjøkken og oppholdsrom. Detaljerte opplysninger finner du på påmeldingsskjemaet – les forsiden nøye før du starter påmeldingsprosessen! Booking av overnatting skjer ved påmelding. Det er også muligheter for rimeligere overnatting på Victoria Hotell og Portør hytteutleie. Kontaktinfo finner du på påmeldingsskjemaet, men her må du bestille overnatting selv.

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.

Generalforsamlingen 2012

Landsgruppen av Helsesøstre arrangerer generalforsamling onsdag 25.april kl. 0830-1130 i forbindelse med helsesøsterkongressen i Kragerø.

Enkeltmedlemmer eller faggrupper som har saker de ønsker fremmet på generalforsamlingen, må sende disse skriftlig (fortrinnsvis elektronisk) innen 25.februar 2012.

Evt. GF- saker sendes til LaH på følgende adresse: lah@sykepleier.no eller til LaH NSF, Postboks 272, 6501 Kristiansund N.

Saksliste og saksdokument vil i henhold til gjeldende vedtekter sendes faggruppene i fylkene tre uker før generalforsamlingen holdes. Saksliste og saksdokument vil også bli lagt ut på LaHs nettsider www.sykepleierforbundet.no/helsesostre

NB! Det forventes at alle som melder seg på GF, selv har med saksdokumenter lastet ned fra nettsiden.

Vi oppfordrer alle LaH-medlemmer som deltar på årets kongress, og evt. andre medlemmer av LaH til å delta på generalforsamlingen.

Det er her viktige saker diskuteres og vedtas, valg gjøres og kursen videre staker ut.

Er du opptatt av fag og fagpolitikk, er generalforsamlingen stedet å delta!

Du melder deg på GF via påmeldingsskjemaet til helsesøsterkongressen.

Årets helsesøster 2012

Har dere forslag til en helsesøster som:

- Har gjort en ekstra innsats for å

synliggjøre og markedsføre vårt fag og vår profesjon både innenfor og utenfor sin egen virksomhet/kommune.

- Har bidratt til utvikling av helsesøsters fagområde.
- Er medlem av Landsgruppen av Helsesøstre NSF.

Forslag sendes:

LaH v/Astrid Grydeland Ersvik på e-post lah@sykepleier.no eller vanlig post: LaH NSF, Postboks 272-6501 Kristiansund N **innen 01.03. 2012**

Vedtatt om Årets helsesøster fattes av LaH-styret og vinner utnevnes på kongressen i Kragerø.

Den gylne penn 2012

Har dere forslag til en (eller flere) helsesøster som:

- Har gjort seg spesielt bemerket ved å publisere fagartikler, bøker eller annet skriftlig materiale som har bidratt til å profilere helsesøstre på en positiv måte?

Forslag sendes:

LaH v/Astrid Grydeland Ersvik på e-post lah@sykepleier.no eller vanlig post: LaH NSF, Postboks 272-6501 Kristiansund N **innen 01.03. 2012**

Vedtatt om tildeling av "Den gylne Penn" fattes av LaH-styret og vinner utnevnes på kongressen i Kragerø.

Æresmedlemskap

i Landsgruppen av helsesøstre NSF.

KRITERIER

(vedtatt i LaHs styre og fremlagt som orientering på Generalforsamlingen i 2007).

Et æresmedlemsskap skal henge svært høyt.

Æresmedlemsskap innvilges etter innsendte forslag innen 05.03. hvert år, og etter vurdering av en komité bestående av 3 representanter fra LaH-styret, leder Sentralt fagforum og en representant fra fagpolitisk avdeling i NSF.

Personer som har gjort seg særlig fortjent til det, kan av LaHs styre utnevnes til æresmedlem.

Kriterier:

- Ha vært medlem i LaH i over 30 år, og Gjennom
- praktisk helsesøsterarbeid
- skriftlig dokumentasjon
- forsknings- og utviklingsarbeid
- ha profilert helsesøsteryrket på en særskilt, positiv måte og/eller
- på en særskilt måte ha bidratt til faggruppens virke i regional, nasjonal, nordisk eller internasjonal sammenheng.

Æresmedlemsskap innebærer:

- Fri medlemsavgift i LaH
- Inviteres til og får fri deltagelse på årlig helsesøsterkongress og GF
- Kunstverk og diplom som tildeles i forbindelse med utnevne/kongress
- Omtale av æresmedlemmet i fagblad og på LaHs nettsider

Forslag på evt. æresmedlemsskap sendes:

LaH v/Astrid Grydeland Ersvik på e-post lah@sykepleier.no eller vanlig post: LaH NSF, Postboks 272-6501 Kristiansund N **innen 01.03. 2012**

Søk LAHs fagstipend

- LaHs styre avsetter årlig en sum på kroner 20 000 til stipend (jfr. vedtak GF 2006).
- Stipendet kan deles mellom flere søkere dersom LaHs styre finner det hensiktsmessig.
- Stipendet annonseres også på LaHs hjemmeside www.sykepleierforbundet.no/helsesostre

Formål:

- Stimulere til fagutvikling og forskning innen helsesøsterfaget.
- Fremme kvaliteten på helsesøsterfaget og helsesøstertjenester.
- Videreformidle kunnskaper.
- Stimulere til samarbeid mellom helsesøstre, og samarbeid på tvers av faggrenser.

Faglige kriterier:

- Prosjektet det søkes støtte til, skal være et helsesøsterfaglig utviklingsarbeid i forhold til brukere av helsesøstertjenester.
- Prosjektene/aktivitetene det søkes om midler til må ha overføringsverdi ut over søkers arbeidsted.

Generelle kriterier og retningslinjer for tildeling av LaHs fagstipend:

- For tildeling av stipend, stilles det krav om sammenhengende medlemskap i LaH siste 3 år før søknad sendes LaH.

- Søknad om stipend skal inneholde formål, kort beskrivelse av prosjektet/aktiviteten, tidsplan og kostnadsoversikt..
- Stipend innebærer tilbakerapporteringsplikt med tidsfrist i henhold til inngått avtale ved tildeling.
- Stipend vurderes av LaHs styre og/eller sakkyndig komite.
- Stipendet må brukes innen 1 år etter tildeling.
- Avslag kan ikke ankes, og det gis ingen begrunnelse for avslaget.
- LaH forbeholder seg retten til å legge prosjektene tilgjengelig på LaHs hjemmeside.
- Midlene skal, helt eller delvis, tilbakebetales til LaH dersom mottakeren ikke følger den plan som ble godkjent ved tildeling.

Søknadsfrist:

15. mars hvert år

Søknad sendes:

Landsgruppen av Helsesøstre NSF
Postboks 272
6501 Kristiansund N
eller på e-post til:
lah@sykepleier.no

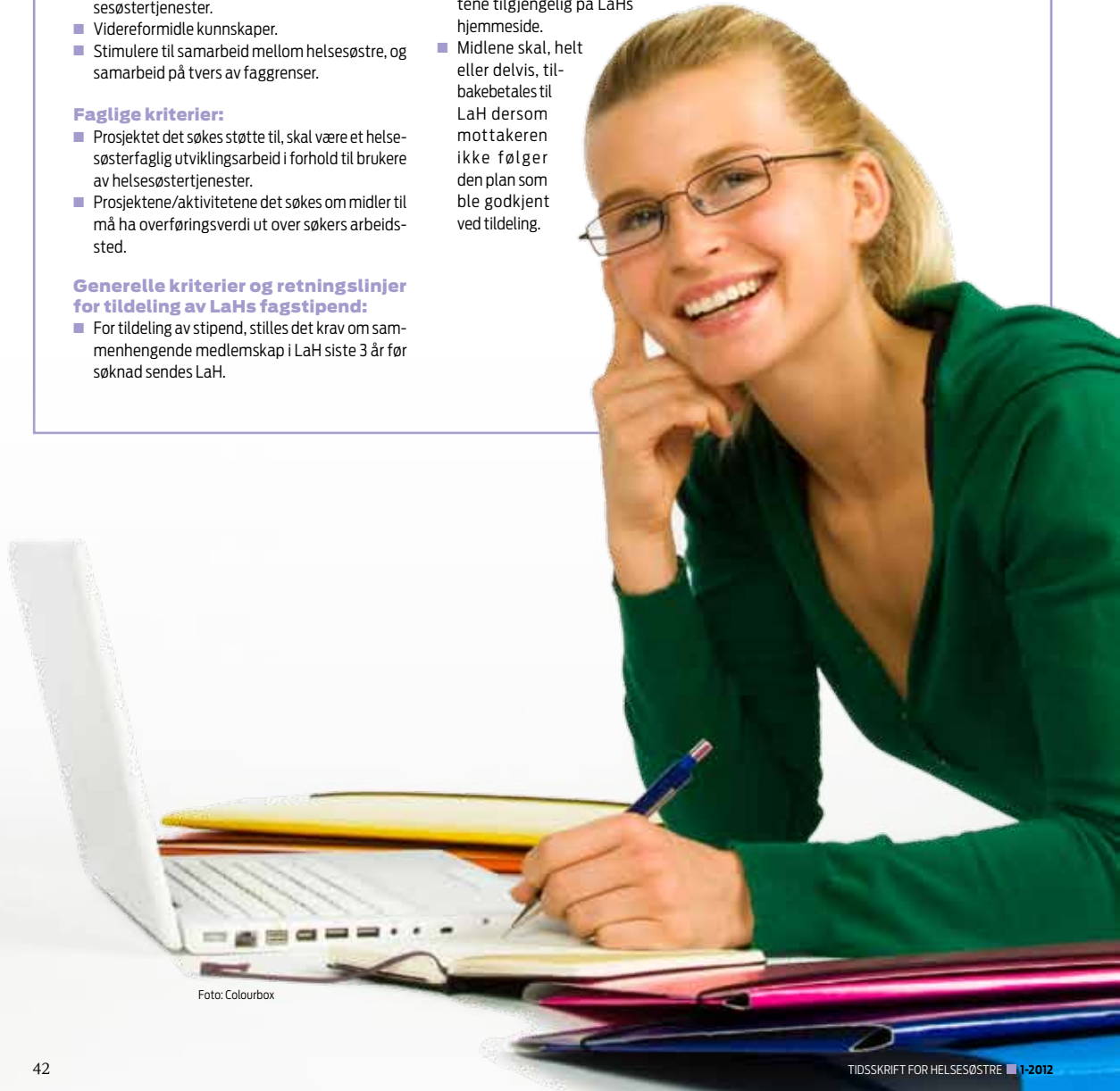


Foto: Colourbox

Går nye veier for å hjelpe barn

I Gausdal er helsestasjonen med i et prosjekt som skal bedre barns motorikk, samt psykososiale og språklige utvikling før de begynner på skolen.



■ Av Margret Bruvik, ledende helsesøster, Gausdal helsestasjon.



■ Av Inger Stalheim Thorsen, prosjektleder, spesialist i fysioterapi til barn og unge og spesialpedagog.

Gausdalsprosjektet – motorikk, læring og helse 2010-2013 er et pilotarbeid på tidlig intervensjon i berøringsflaten mellom helse og utdanning. Samhandlingsreformen og ny folkehelselov vil stille høyere krav til forebyggende og helsefremmende satsing i kommunene. Dette prosjektet møter disse forventningene.

Prosjektet hadde hovedfokus på motorikk i 2010, og barnefysioterapeuten på helsestasjonen har vært den sentrale fagpersonen i dette arbeidet. Fra 2011 omfattet prosjektet også språk og psykososiale ferdigheter. Helsesøster er sentral i denne satsingen. Kommunen har fått til sammen 850 000 kroner i skjønnsmidler av fylkesmannen i Oppland i løpet av 2010 og 2011.

Prosjektet bygger på erfaringer fra det tverrfaglige prosjektet «God skolestart» i Stavanger. Fra høsten 2007 har God skolestart vært et ordinært tiltak ved alle barneskolene i Gausdal. Her er alle deltjenestene for barn og unge representert. God skolestart er politisk vedtatt i Gausdal. En av erfaringene er at vi bør gi barn som strever motorisk hjelp på et tidligere tidspunkt. I «Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2010» fremheves for øvrig God skolestart som et befolkningsrettet tiltak, som bør være et ordinært tiltak for skolehelsetjenesten.

Forankring og mål

Prosjektet har solid forankring i organisasjonen, i alle ledd fra «gulvet» og opp i rådmannsgruppen. Gausdal kommune er prosjekteier og rådmannen

ved kommunalsjef er representert i styringsgruppen. Barnefysioterapeuten er prosjektleder. Fra august 2011 er det ansatt en helsesøster i 40 prosent stilling som prosjektmedarbeider for satsing på psykososial utvikling og språk.

Førskolebarna, barnehagene og helsestasjonen er hovedmålgruppe. Barneskolene er også målgruppe når det gjelder kompetanseheving. Det overordnede målet er at førskolebarn i Gausdal skal utvikle grunnleggende motoriske, psykososiale og språklige ferdigheter som grunnlag for læring og skolestart. Vi ønsker å gi barna forebyggende hjelp.

Teoretisk forankring

«Stavangerprosjektet – Det lærende barn» i regi av Lesesenteret ved Universitetet i Stavanger er vår faglige forankring. Dette er et forskningsprosjekt med fokus på tidlig intervensjon på områdene motorikk, språk, psykososiale og matematiske ferdigheter. Vår faglige forankring i «Stavangerprosjektet – Det lærende barn» har gitt oss trygghet til å satse målrettet på motorikk i et forebyggende perspektiv.

Erfaringer første år – motorisk utvikling

Barna i pilotbarnehagen har hatt et tilbud med organisert trening tre, fire dager i uken, i 40 minutter. Treningen har vært fordelt på to stasjoner. En stasjon for finmotorikk og en stasjon for grovmotorisk aktivitet. Hvert program har hatt en varighet på tre til fire uker.

Pilotbarnehagen har vært med i prosjektet fra starten i februar 2010, og konseptet skal implemen-



DELTAKERE I PROSJEKTET: Foran fra venstre: Helsesøster Margret Bruvik, prosjektleder/ barnefysioterapeut Inger Stalheim Thorsen, styrer Forset barnehage Runa Bakken, styrer Fjerdum barnehage Anne Enger. Bak: Ergoterapeut Liv Else Ertresvåg Brenden og rektor Forset skole, Stig Rune Dalane. Foto: Halgrim Øistad, Gudbrandsdølen Dagningen.

teres i alle de kommunale barnehagene i løpet av prosjektperioden. Den siste kommunale barnehagen ble med i januar 2012. Tiltaket blir et ordinært tiltak i barnehagene når prosjektperioden er over.

Resultat av et strukturert opplegg med intensiv trening av grovmotorikk og finmotorikk i en periode på tre til fire måneder har gitt et løft for hele gruppen. En liten gruppe barn med mer omfattende vansker hadde fortsatt behov for stimulering. Etter et år med tiltak er tilnærmet hele gruppen innenfor det som regnes som aldersadekvate ferdigheter. Vår erfaring er at organisert aktivitet sikrer alle barna, også de inaktive, mulighet til å utvikle sine motoriske ferdigheter. Dette er uavhengig av de voksnes kompetanse og evne til å se hvem som strever motorisk og har behov for tiltak.

Kompetanseheving på området motorikk har gitt en økt forståelse for motorikkens betydning for barns utvikling på ulike utviklingsområder. Målrettet utviklingsarbeid har vist at det er mulig å få til omfattende endringer på området motorikk, på individ- og systemnivå. Gjennom prosjektet har vi klart å snu en utvikling mot tidligere intervensjon på området motorikk, fra etter skolestart til før sko-

lestart. Prosjektet har også vist hva fysioterapeut kan bidra med i det forebyggende og helsefremmende arbeidet.

Erfaringer andre år – psykososial og språklig utvikling

I 2011 hadde vi fokus på barns psykososiale og språklige utvikling. Generelt ønsker vi tidlig intervensjon – ikke bare tidligere intervensjon. Derfor ville vi i 2011 satse mer på de yngste barna.

«Målet er tidlig å oppdage og gi hjelp til risikoutsatte barn.»

Vi har utvidet perspektivet i prosjektet i tråd med «Stavangerprosjektet – Det lærende barn», og satser på psykososial- og språklig utvikling, i tillegg til motorisk utvikling.

Vi satser mer på forebyggende og helsefremmende tiltak i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen og ny folkehelselov. Helsestasjonen er i den forbindelse en viktig arena, hvor vi når tilnærmet alle førskolebarn og deres foreldre. Helsestasjonen driver forebyggende og befolkningsrettede

tjenester overfor målgruppen for prosjektet, og er derfor et godt egnet sted å oppdage risikoutsatte førskolebarn.

Kommunens helsetjenester til barn 0-6 år

Ifølge anbefalt program for helsestasjonstilbudet, skal barn tilbys 15 helsekontroller i løpet av barnets seks første leveår. Tolv av disse kontrollene finner sted i løpet av barnets 15 første levemåneder, mens veilederen anbefaler bare tre kontroller for aldersgruppen to til seks år.

I løpet av de fire årene fra to til seks år, gjennomgår barnet store utviklingsmessige fremskritt. Ved 2-årskontrollen foretar vi språkobservasjon ved hjelp av SATS, og vi benytter kartleggingsmaterialet SPRÅK 4 ved fire-årskonsultasjonen på helsestasjonen. Disse observasjonene som utføres av helsesøster skal gi grunnlag for en faglig vurdering av barnets språkutvikling. Noen ganger møter vi en uopplagt to- eller fireåring og da er det ikke alltid like lett å gjøre en god språkkartlegging av barnet. Dette har bidratt til at vi gjennom prosjektet ønsker å styrke det tverrfaglige samarbeidet med barnehagene i Gausdal kommune, en arena der flesteparten av førskolebarna oppholder seg. Vi ønsker å etablere et tverrfaglig samarbeid mellom helsesøstrene og førskolelærerne om å kartlegge barnas språkutvikling. Vi tror at hvis språkkartleggingen skjer på en kjent hverdagsarena for barna og i samarbeid med de ansatte i barnehagene, vil den bli kvalitativt bedre enn den vi har i dag. Nåværende språkkartlegging av førskolebarna i Gausdal skjer ved hjelp av SATS og SPRÅK 4 på helsestasjonen. TRAS og ALLE MED brukes i barnehagene,



ØVER OPP MOTORIKKEN: Barn i Gausdal får trene opp motoriske ferdigheter ved forskjellige øvelser tre til fire ganger i uken i en gitt periode. Foto: Halgrim Øistad, Gudbrandsdølen Dagingen.

■ MER INFORMASJON

- Kontaktperson Gausdal helsestasjon: marit.dalane@gausdal.kommune.no
- Gausdal kommunes hjemmeside: www.gausdal.kommune.no
- «Stavangerprosjektet – Det lærende barn» i regi av Lesesenteret ved Universitetet i Stavanger: www.stavangerprosjektet.no.

slik de også gjør i Stavangerprosjektet. Dette betyr en dobbel språkkartlegging og ofte uten at disse kartleggingene samordnes.

Tiltak i prosjektet

Vi ønsker å systematisere og kvalitetssikre de kartleggings- og tiltaksmetodene som vi vil benytte i forhold til barn opp til seks års alder. Som en konsekvens av dette vil vi utvikle en plan som blant annet omfatter rutinebeskrivelser og aktuell kompetanseheving av de ansatte på helsestasjonen og i barnehagene. Målet er tidlig å oppdage og gi hjelp til risikoutsatte barn, barn som sliter psykososialt, barn med språkvansker, motoriske vansker og omsorgsviktede barn. Vi har stor tro på at hvis vi iverksetter hjelp tidlig i barnets liv, vil vi kunne forhindre at vanskene utvikler seg til mer alvorlige og omfattende problemer senere.

Vi ønsker også å utvikle og prøve ut «Barnehagehelsetjeneste» til barn opp til seks år, etter modell av skolehelsetjenesten i skolene. Helsesøstrene i Gausdal har tro på at dette vil gi et mer samordnet og helhetlig helsetjenestetilbud til førskolebarna og deres foresatte. Dette er også et reelt lavterskeltilbud i tråd med Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og Samhandlingsreformen. ■

Referanser:

- Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 3. april 2003, nr. 450
- Helse- og omsorgsdepartementet (på oppdrag fra Helsedirektoratet): Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2010)
- Iversen, S. m.fl. (2005): God skolestart. Et tverrfaglig utviklingsprosjekt i Stavanger kommune (2002-2005)
- Sigstad, Hanne Marie Høybråten (2011): Identifisering av psykososial risiko hos små barn, Spesialpedagogikk, 06/11
- Wilhelmsen, G. (2004): Synstrening kan hjelpe dyslektikere. Statped. 1/2004
- www.stavangerprosjektet.no; Lesesenteret, Universitetet i Stavanger
- Veileder. Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet, 2004.

Lettere tilgang til psykisk helsetjeneste

Ungdom i Levanger og Verdal har fått BUP på skolen. Time kan bestilles via sms.



■ Av Kirsti Amdahl, helsesøster, Verdal kommune



■ Av Sidsel Hartløff Helland, helsesøster, Levanger kommune



■ Av Øyvind Alexandersen, lege, BUP Sykehuset Levanger



■ Av Jo Magne Ingul, psykologspesialist, BUP Sykehuset Levanger

Våren 2011 inngikk barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk BUP ved sykehuset Levanger, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Levanger kommune og Verdal kommune et samarbeid for å bedre og styrke skolehelsetjenesten ved videregående skoler i Levanger og Verdal. Tilbudet kom i gang etter en lengre planleggingsperiode der ulike tiltak for å sikre økt samarbeid, bedre psykiske helsetjenester til ungdom og forebygging av suicid var diskutert. En desentralisert poliklinikk, driftet av ansatte ved BUP og kommunens helsesøstre i nært samarbeid med skolens hjelpeapparat, ble løsningen.

Samarbeidet er et prøveprosjekt som er tenkt over to og et halvt år, og vi startet ute på skolene august 2011. Konklusjonen så langt er at tilbudet blir godt mottatt.

I prosjektperioden har man muligheter til å prøve ut nye måter å samhandle på tvers av linjer og etater, samtidig som det åpner for å prøve ut effekten av et lavterskeltilbud for ungdom med psykososiale problemer.

Målene med tilbudet er flere. Tilbudet skal være raskt, målrettet og kvalitativt godt. Det skal kunne tilby vurdering innen kort tid, hjelp direkte eller ved å formidle til 2.linjetjenesten eller andre på en rask og effektiv måte. Den direkte hjelpen som ytes skal være kunnskapsbasert.

Tilbudet er også ment til hjelp for ansatte på skolen. Det vil si at lærere, miljøterapeuter, rådgivere, PPT og skolens ansatte forøvrig skal kunne ta opp, diskutere og få hjelp til å vurdere og tilpasse opplegg til elever. Dette kan være elever som har tilbud i 2.linjetjenesten, elever som har tilbud i skolehelsetjenesten og elever som ikke har noe psykiatrisk tilbud. Skolene har fremdeles en plikt til å opprettholde

de tilbud de har per i dag. Det skal ikke være et tilbud som innføres i stedet for, eller konkurrerer med eksisterende tilbud.

Helsetjenesten er frivillig. Det vil si at elevene selv må oppsøke helsetjenesten og be om avtale. Man kan også opprette kontakt gjennom kontaktlærere, rådgiver, PPT, miljøterapeut/team, eller foreldre kan ta kontakt på vegne av eleven.

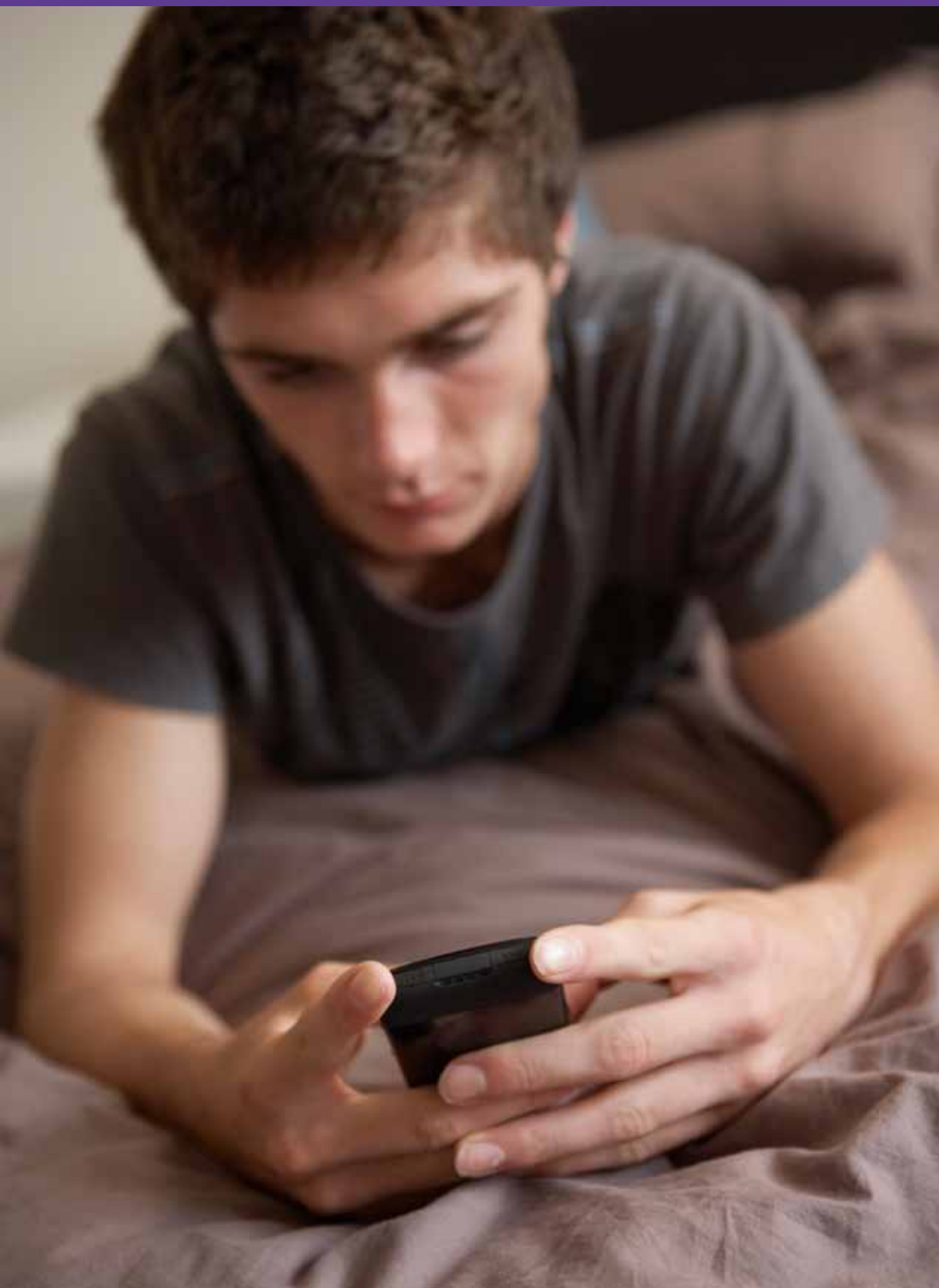
Utfordringer for dagens ungdom

Utfordringene for dagens ungdom er mange. Ungdom i videregående skole er i alderen 16 – 20 år og på spranget inn i voksenlivet. Denne perioden innebærer større grad av frihet, noe som er positivt i forhold til det å løsrive seg og bli selvstendig. Større grad av frihet fører også til usikkerhet for mange. Frihet til å foreta egne valg reiser også spørsmål om identitet: Hvem er jeg? Hva ønsker jeg? Hvem vil jeg være? (1)

Ungdom gjennomgår en prosess for å bevisstgjøre sine muligheter og de valgene de tar. Det å stå overfor mange og viktige valg i ungdomstiden kan være en påkjenning for mange. I ungdomstiden er det normalt med varierende selvfølelse. Det tryggeste er å være som alle andre.(1)

Ungdom står overfor mange og til dels store krav, både i forhold til skole, arbeid, fritid og ikke minst til utseende, kropp og klær. For store prestasjonskrav skaper stress og kan også føre til emosjonelle vansker.

Noen ungdommer tappes for energi grunnet ulike påkjenninger, som i neste omgang kan føre til tristhet og manglende følelse av å mestre livets krav. Noen vegrer seg for å gå på skolen og isolerer seg sosialt. Andre opplever mobbing, mistriivsel,



ENKELT Å BESTILLE TIME: Elevene kan bestille time via sms. De kan også henvende seg til skolepersonell, som kan bestille time for dem. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

familieproblemer eller kjærlighetssorg. Resultatet kan bli at noen utvikler rusmisbruk, selvskading, spiseforstyrrelser, depresjon og angst eller får tanker om selvmord. Andre igjen opplever sorg knyttet til skilsmisse hos foreldre. De kan ha foreldre som er psykisk syke, rusavhengige, eller de kan ha mistet nære personer.

Ungdom som strever med en eller flere av disse utfordringene kan benytte seg av psykososial skolehelsetjeneste.

Organisering av tilbudet

Organisering av tilbudet er tilpasset det eksisterende tilbudet ved de to skolene, men strukturen er likevel relativ lik.

Tilbudet har i hovedsak to ben å stå på. Først og fremst er det kontakt opp mot elever. Her er vurdering av tilstand og eventuelt behov for hjelp, rådgivning og kortvarige intervensjoner det viktigste. Det legges vekt på at ungdom som strever skal få raskt tilbud om veiledning, støtte og hjelp. Om behovet tilsier det blir ungdommen henvist til annen kompetent hjelp. Den andre delen av tilbudet er et veilednings og rådgivnings tilbud til lærere og hjelpepersonell ved skolene. Her kan saker man jobber

tilstede til sammen to dager i uka. Skolen har ellers 1 PP-rådgiver i 100 % stilling, 2 sosial/pedagogiske rådgivere hver i 45% stilling, og 2 karriererådgivere hver i 45% stilling, samt OT-koordinator.

I tillegg startet Psykiatri og oppfølgingstjenesten i Levanger kommune i 2010 et prosjekt «Miljøarbeider Rus». I 2011 ble miljøarbeideren som er utdannet sosionom ansatt i en stillingsprosent i skolen, slik at hun nå har tre dager pr. uke i skolen.

For å få brukere til en ny tjeneste, må det til informasjon. Det er viktig at elever, lærere og andre samarbeidspartnere kjenner til tjenesten, hvordan den kan benyttes, vet hvor den er og om treffetider. I samråd med rektor på skolen og ped.teamet ble vi enige om å bruke tid på å gå rundt til hver enkelt klasse for å informere om tilbudet. Informasjonsbrosjyre ble delt ut i tillegg til muntlig informasjon. Når hver av skolene huser vel 40-50 klasser sier det seg selv at det gikk med mye tid, men i etterkant ser vi at det var vel anvendt tid. Media viste tidlig interesse for prosjektet og blant annet ble en reportasje om prosjektet med intervjuer vist på riksdekkende tv i høst.

Behandlerne fra BUP og helsesøster har kontorer inne i skolenes bygningsmasse, lett tilgjengelig for elever og ansatte. Avtaler kommer i stand via skolepersonell eller ved at elever sender SMS til mobiltelefon knyttet til tjenesten; denne blir også benyttet ved påminnelser og kommunikasjon med elever ved uteblivelser, forglemmelser eller andre uforutsette hendelser. Eleven opplyses om, og samtykker til, at de ved å ta i mot tilbudet vil få en journal i BUP.

Erfaringer

Det kan synes som om tilbudet dekker et eksisterende behov for en lavterskel psykisk helsetjeneste. Etterspørselen har vært relativt høy med anslagsvis 3-4 individualsamtaler daglig i tillegg til de andre nevnte tiltakene. I løpet av høsten 2011 er det ved Verdal videregående skole registret i alt cirka 130 tiltak, hvorav omtrent 30 % er informasjonsmøter med de enkelte klassene. Resten utgjøres av individualsamtaler (44 %) og veiledning og samarbeidsmøter (26 %). I snitt hadde hver behandler drøyt fem tiltak per dag i denne perioden. Ved Levanger videregående skole er antall tiltak per dag per behandler omtrent det samme, men andelen individualsamtaler er noe høyere.

Levanger kommune har ikke lege tilknyttet skolehelsetjenesten. Elever som strever psykisk må til fastlegen for å henvises til Barne- og ungdomspsy-

«Tilbudet skal være raskt, målrettet og kvalitativt godt.»

med og ønsker veiledning i drøftes. Lærerne kan i forkant av møtet melde opp saker som gjelder elever, hvis elevene samtykker i det.

Verdal videregående er en skole med vel 600 elever fordelt på yrkesfag og allmenne fag. Helsesøster er ansatt i Verdal kommune og har siden august 2011 hatt 40 % av stillingen knyttet til den videregående skolen. Lege og psykolog fra BUP er tilstede til sammen to dager i uka. De øvrige hjelptjenestene består av PP-rådgiver, sosialpedagogisk rådgiver, miljøterapeut og OT-koordinator. Disse møter sammen med helsesøster og BUP-ansatt en dag i uka for å diskutere saker. Verdal kommune har lege i 10 % stilling tilknyttet skolehelsetjenesten. Elever som trenger viderehenvisning til Barne- og ungdomspsykiatrien eller Voksenpsykiatrien kan benytte skolelege eller lege tilknyttet Helsestasjon for ungdom.

Levanger videregående Skole har vel 800 elever fordelt på yrkesfag og allmenne fag. Helsesøster er ansatt i Levanger kommune og har 75 % av stillingen knyttet til skolen. Lege og psykolog fra BUP er

kiatrien eller Voksenpsykiatrien. Ungdom kan ha stor motstand mot viderehenvisning. Det er også en terskel å oppsøke fastlegen, og det kan være lang ventetid for å få time. For hjelpeapparatet i skolen er det ikke alltid man lykkes i å få ungdommen til å søke hjelp. Det er av og til en lang prosess å få legetime og viderehenvisning. Når BUP nå er på plass i skolen kan vi i hjelpeapparatet henvise direkte til behandlerne eller få veiledning i vanskelige saker. Samtidig tilfører de både lærere, oss i hjelpeapparatet og andre i skolen verdifull kompetanse.

Problemstillinger

En ser et bredt spekter av kontaktårsaker; alt fra livskriser og kjærlighetssorg til omfattende og komplekse problemstillinger bestående av psykiatriske tilstandsbilder kombinert med rus og sosial nød. En del av elevene har vært, eller er, i kontakt med psykisk helsevern allerede. Noen pasienter er under første del av prosjektet blitt avsluttet hos BUP og overført utvidet skolehelsetjeneste for videre oppfølging.

Tilbudet tar mål av seg å være løsningsorientert og utviklingsstøttende. Det er ungdommen selv som kommer med bestilling og problemfokus. Vi opplever at dette i stor grad er med å sikre motiverte ungdommer som forplikter seg til et samarbeide for å løse problemet. Utvidet skolehelsetjeneste har som mål å hjelpe ungdommen å sortere, peke ut en mulig vei for en løsning og eventuelt jobbe sammen med ungdommen i mot denne løsningen.

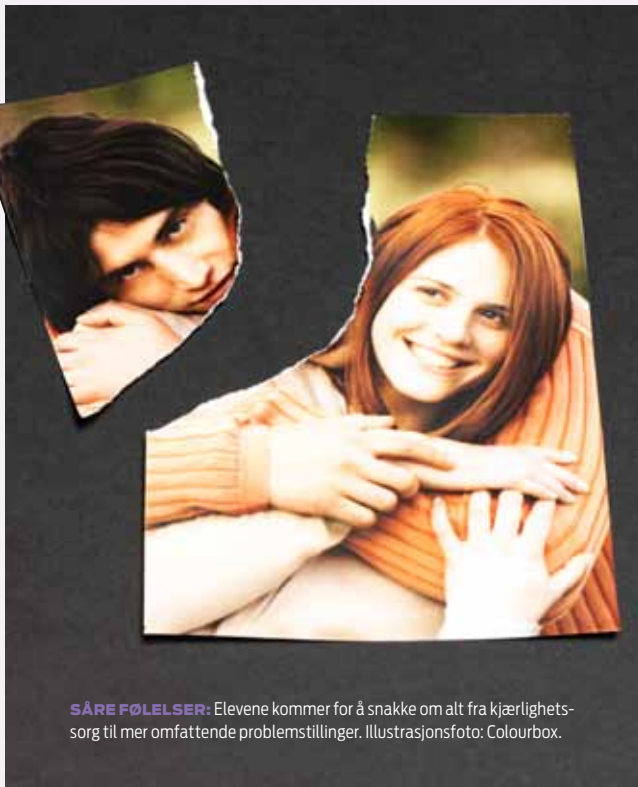
Dette kan innebære at man møtes jevnlig, inntil fem ganger, i en periode med fokus på å endre noe som er vanskelig i elevens liv. Intervensjonene er i de fleste sammenhenger basert på kognitiv atferdsterapi. Intervensjonen kan også innebære hjelp og motivering for henvisning til spesialisthelsetjenesten, eller hjelp til å finne ut av skolesystemet og få til tilpasninger som trengs der.

Personell

At behandlerne som kommer fra BUP innehar bred diagnostisk og terapeutisk kompetanse (psykologer og leger) er en ubetinget fordel; diagnostiske vurderinger gjøres effektivt og en kan raskt iverksette adekvate tiltak i samarbeid med andre yrkesgrupper som allerede har etablerte roller og nettverk på skolen.

Utfordringer

En viktig utfordring er koordinering og avklaring av roller i forhold til andre involverte parter, både innen skolens system og andre deler av helsetjenes-



SÅRE FØLELSER: Elevene kommer for å snakke om alt fra kjærlighetssorg til mer omfattende problemstillinger. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

ten og kommunale tjenester, for eksempel fastleger og barnevern.

En annen utfordring er at elevene jevnlig uteblir fra avtaler uten at dette meldes på forhånd. Dette lar seg delvis løse ved SMS-kontakt, men er, i de saker der elevens egenmotivasjon svikter, en utfordring i langt større grad.

Prosjektet har også utfordringer knyttet til en rekke administrative forhold som henvisning, henvisningsrett og journalføring. Dette er beskrevet i og vil bli søkt løst på en god måte gjennom en egen studie i prosjektet.

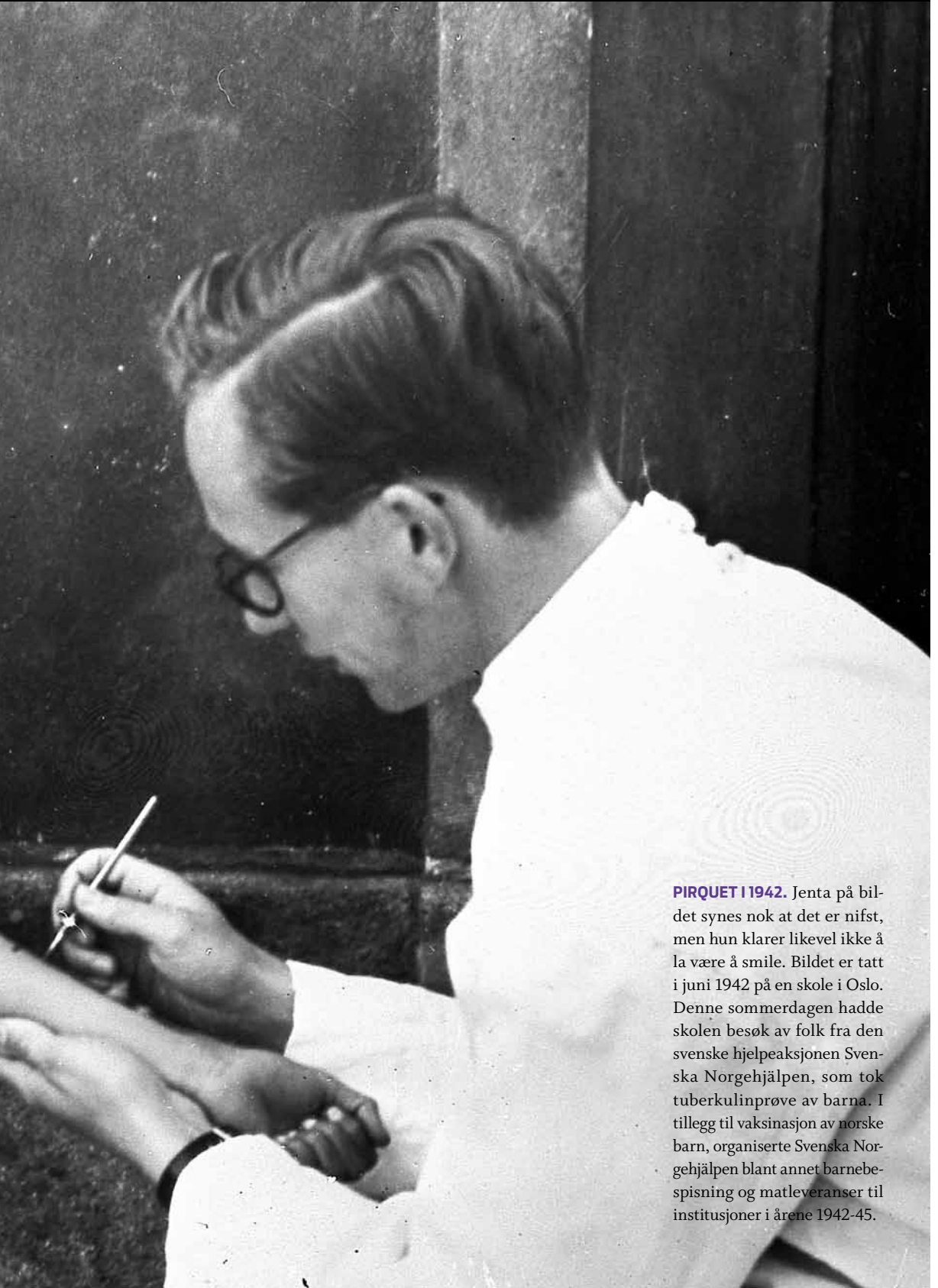
Konklusjon

Det synes å være et udekket behov for en psykisk skolehelsetjeneste i de skolene som er involvert i prosjektet. Problemstillingene er varierte og krever til tider høy kompetanse. En viktig utfordring er samhandling med annet hjelpepersonell, både i og utenfor skolen. ■

Litteratur:

- (1) Brattlie, T., Møllebakken, K. og Økland, T. (2005): Veiviser for skolehelsetjenesten i videregående skole. NSF's Landsgruppe av helsesøstre.





PIRQUET I 1942. Jenta på bildet synes nok at det er nifst, men hun klarer likevel ikke å la være å smile. Bildet er tatt i juni 1942 på en skole i Oslo. Denne sommerdagen hadde skolen besøk av folk fra den svenske hjelpeaksjonen Svenska Norgehjälpen, som tok tuberkulinprøve av barna. I tillegg til vaksinasjon av norske barn, organiserte Svenska Norgehjälpen blant annet barnebe-
spising og matleveranser til institusjoner i årene 1942-45.

Viktig å samarbeide om habilitering

Tverrfaglig samarbeid er nødvendig for at habilitering av barn og unge skal bli best mulig. Helsesøstre må ta sin rettmessige plass i dette arbeidet.

Foto: Privat



Av Sigrid Aas, helsesøster med master i folkehelsevitenskap, rådgiver i Helse Midt-Norge RHF

Forfatteren har i noen få år jobbet som helsesøster i kommune. I flere år har arbeidsplassen min vært i eller i nær sammenheng med Habiliteringstjenesten for barn og unge i spesialisthelsetjenesten (HABU). Denne artikkelen skrives med HABU-brillene på, men arbeidet rundt barn med funksjonsnedsettelse og deres familier er helt avhengig av den kommunale innsatsen. Praxis er noe ulik fra kommune til kommune og fra region til region. Mine betraktninger bærer helt sikkert preg av egen erfaring i Midt-Norge.

Den mest brukte definisjonen av habilitering er: Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Funksjonshemming oppstår når det foreligger et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utforming og krav til funksjon. Funksjonsnedsettelse kan oppstå som følge av ulike tilstander, skader eller sykdommer, men er ingen sykdom i seg selv. Habiliteringstiltak er tiltak for å styrke individets forutsetninger, samt tiltak for å endre omgivelsenes og samfunnets krav.

Målgrupper

I HABU har vi tradisjonelt avgrenset oss til å ta imot henvisninger på barn/unge med medfødte eller tidlig ervervede lidelser. Det er ikke entydig hvor hele denne målgruppen skal taes imot i spesialisthelse-

tjenesten. I noen regioner blir barn med mistanke om autismespekterforstyrrelser henvist til BUP, i andre regioner tar HABU imot denne gruppen. I atter andre regioner deles gruppen i såkalt høytfungerende, som går til BUP, og lavtfungerende, som går til HABU, der skillet grovt sett defineres av kognitiv og språklig funksjon. Det er ingen tvil om at hele autismegruppen trenger tiltak både rettet mot individ og omgivelser. Det samme gjør også en stor gruppe barn/unge med kroniske sykdommer som vanligvis taes imot i barneavdelingene og på barnepoliklinikker. Barneavdelinger, BUP og HABU har ofte felles og overlappende målgrupper og det er helt nødvendig at det finnes et nært samarbeid. Skillene mellom disse avdelingene bygges ned etter hvert, og samarbeidet blir tettere. Både målgruppen og samarbeidspartnere i kommunene har behov for det. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten legger forholdene til rette for dette både organisatorisk og praktisk.

Hva gjør HABU?

Som andre avdelinger og fagfelt innen spesialisthelsetjenesten skal HABU drive utredning, diagnostisering, behandling, gi råd og veiledning til kommunene og opplæring av pasienter og pårørende. Utredning og behandling kan være slik at det er greit å komme fram til eksakte konklusjoner. Ofte er vanskene imidlertid av slik art at det kan være flere tolkningsmuligheter. Foreldre og lokalt hjelpeapparat sitter med kunnskap og observasjoner over tid. De kjenner barnet best og er til uvurderlig hjelp



TRENGER RIKTIG HJELP:

Barn og unge med funksjonsnedsettelse og deres familier trenger primær-, sekundær og tertiærforebyggende tiltak. Helsesøstre har mye å bidra med. Foto: Colourbox.

i utredningen. At anbefaling om tiltak og behandling utgjør HABUs reseptblokk kan være vanskelig å forstå. Vi får ofte på pukkelen fra kommunene for at vi ikke nøyer oss med å beskrive barnets behov og at vi legger lista for høyt. På en måte kan det tolkes som at HABU tar på seg ombudsrollen. Dette kan være både rett og galt. Foreldrene ønsker ofte at noen kan ta rollen som pådriver og vil gjerne at andre skal påta seg å tale barnets sak.

I forskrift om habilitering og rehabilitering heter det at tjenestene skal gis ambulant dersom de ikke best kan gis i institusjon. Det er viktig at en funksjonsvanske utredes der funksjonen skal utføres, det være seg hjemme eller i barnehage og skole. Det er også viktig at funksjon trenes der den skal utføres. Det er derfor naturlig at mange tjenester skal gis ute i kommunene. Noen ganger må dette i praksis veies opp mot ressursbruk.

Opplæring av pasient og pårørende er viktige tiltak. Barn, foreldre og andre omsorgspersoner som får god opplæring og forståelse for funksjonsnedsettelsen, settes i stand til å støtte opp om barnets utvikling og mestre sin egen og familiens situasjon bedre. Målet med opplæring er at foreldre og barnet

skal bli i stand til å handle aktivt for bedre helse, funksjon, mestring og deltakelse. HABU driver ulike opplæringstiltak både i egen regi og sammen med lærings- og mestringssentrene.

Forskning og fagutvikling tilhører også de oppgavene som spesialisthelsetjenesten har. Forskningsaktiviteten har ikke vært stor innen habilitering. Internasjonalt har den tatt seg opp, og vi kommer etter også i Norge. Forskning på felt der pasienten trenger tverrfaglig innsats over tid er utfordrende. Det blir mange fasetter å ta hensyn til. Måling av effekt av ett enkelt tiltak er vanskelig, men ikke umulig.

Forebyggende og helsefremmende tiltak

Habilitering vil i stor grad bety helsefremmende og forebyggende tiltak. Begrepene er etter min mening knyttet tett sammen. Barn og unge med funksjonsnedsettelse og deres familier trenger primær-, sekundær og tertiærforebyggende tiltak. Det er lett å bli forledet til å tenke i retning av den sykdommen eller funksjonsnedsettelsen som foreligger, men disse barna har større utfordringer enn andre også når det gjelder alle vanlige livsområder, eksempelvis



SØVNPROBLEM: Barn med funksjonsnedsettelse har ofte større utfordringer enn andre når det gjelder dagligdagse ting som søvn og mat. Foto: Colourbox.

ernæring og søvn. Funksjonsnedsettelsen betinger ofte at det settes inn spesifikke tiltak i forhold til kommunikasjon, sosial fungering, motorikk med mer. Spesialpedagoger og fysioterapeuter setter også inn sin innsats på alle nivå av forebygging. Å hjelpe et barn til å bevege seg eller komme opp og stå, legger til rette for både motorisk, språklig og sosial læring. Å legge til rette for kommunikasjon og å lære ord og begreper, vil bety at barnet får delta i leken og dermed kan bevegelseslæring komme helt gratis. Det ene understøtter det andre og forebyggende tiltak og behandling går over i hverandre.

Kompetanse på vanlig og spesielt

Helsesøstre møter så godt som alle familier med barn i Norge. De har kompetanse på alle de utfordringer som en barnefamilie møter; mat, søvn, vaksiner, utslett, skriking og nattevåk, familieforhold, avlastningsmuligheter, atferdsvansker, trivsel, utvikling, helse og så videre. I tillegg finnes en bred

kompetanse på sykdomstilstander, hvordan sykdom påvirker det daglige liv og hvordan faktorer i miljøet kan underlette eller forvanske tilværelsen. Familier med barn eller unge med funksjonsnedsettelse har ofte konsultasjoner på sykehus, i barneavdeling eller ved HABU. Mange ganger har vi opplevd at familiene ikke har fått veiledning på de mest selvfølgelige områdene fordi helsestasjonen trodde at dette ble ivare tatt i spesialisthelsetjenesten. Helsestasjonen mister litt av kontakten med familien fordi de ikke syns de kan belaste familien med enda flere oppmøter, og de lager avtale med familiene om å ringe ved behov. Barneleger og ansatte i HABU kan også gi veiledning om vanlige utfordringer, men det er ikke dette som er fokuset og dermed blir de vanlige tingene ofte glemt. Foreldrene får ofte ikke anledning til å ta opp bekymringer rundt ernæring og søvn. Helsesøsters kompetanse er viktig for disse familiene. Jeg oppfordrer dere til å ta en rettmessig plass i det tverrfaglige arbeidet og være på banen til beste for familiene.

Henvising til spesialisthelsetjenesten

Det har lenge vært hevdet at kommunene venter for lenge med å henvise barn/unge til spesialisthelsetjenesten. HABU har vært mye ute i kommunene, og fagfolk i kommuner og HABU kjenner hverandre etter hvert. Det har derfor muligens vært lettere å henvise eller eventuelt å ta en telefon for å drøfte en henvising. Noen diagnosegrupper er forholdsvis tydelig helt fra fødselen. Samarbeid rundt de minste premature er noen steder etablert fra HABU før utskrivning fra sykehus. Det er derfor relativt mye samarbeid rundt små barn mellom habiliteringstjenester og kommuner. For andre grupper barn som ikke viser like tydelige tegn, ser vi likevel at henvising burde kommet tidligere. Mange av disse

Rettelse

I forrige nummer av Tidsskrift for helsesøstre var det en artikkel om SMART-kurs. Artikkelen hadde overskriften «Nå er det min tur til å bli sett». Dessverre ble bare en av artikkelforfatterne kreditert. Den andre forfatteren er Tove Grinaker, familierapeut i psykisk helsetjeneste, Gran kommune.



Foto: Tove Grinaker

«Mange ganger har vi opplevd at familiene ikke har fått veiledning på de mest selvfølgelige områdene.»

får kommunale hjelpetjenester i både barnehage og skole. En bredere utredning tidlig ville gitt grunnlag for mere spesifikke tiltak og gitt barnet større mulighet for en god utvikling.

Forskjellig fra rehabilitering?

Det er mange likheter mellom habilitering og rehabilitering. En tverrfaglig, helhetlig og koordinert innsats i tjenestetilbudet er felles. Vi forholder oss til likt lovverk. I tillegg kommer barns særlige rettigheter i sykehus og barnekonvensjonen. Det som likevel blir vesensforskjellig er det særlige ved å være i barnealder – barn er ikke ferdig utviklet! Det er ikke slik at vi bare kan fokusere på en motorisk funksjonsnedsettelse. Den griper inn i både sosial og kognitiv utvikling. Barnet har ikke en ferdig språkutvikling «å falle tilbake på» eller å kompensere med. Det særlige er også at når et barn på fire år har nådd et 3-års utviklingstrinn innen motorikk, så er de jevnaldrende allerede langt forbi. Sjansene for at gapet blir enda større er overhengende! Hvordan skal barnet da kunne bli en aktivt deltakende lekekompis? I tillegg er arbeidsmåtene og samarbeidspartnere forskjellig. Arbeidet med habilitering av barnet må alltid gå gjennom foreldrene. Forskning viser at ivaretagelse av foreldrene som omsorgsgivere og delvis behandlere er det som har aller størst betydning for barnets utvikling og trivsel. Barnet har ingen tidligere tilstand å trenes opp til, la oss derfor holde på begrepet habilitering og ikke bruke rehabilitering i arbeidet med medfødte og tidlig ervervede funksjonsnedsettelse.

Samhandlingsreform

I HABU tror vi at vi har tatt ut gevinstene fra en samhandlingsreform allerede. Vi har vært mye ute i kommunene, gjort utredning og utprøving av behandlingstiltak sammen med foreldre, helsesøstre, barnehager og skoler. Vi har deltatt på møter i ansvarsgrupper, gitt råd og veiledning og arbeidet ambulant. Likevel er jeg sikker på at det er mer å hente. Sammen med kommunene bør vi bli mer tydelig på når en tjeneste skal gis ambulant. Hvor skal råd og veiledning gis, hvem skal delta, hvordan skal kommuner og habiliteringstjenester få mest mulig ut av ressursene til beste for barn og unge med funksjonsnedsettelse og deres familier? Ny lovgivning med tilhørende forskrifter får betydning. Den største endringen ligger i rettighetene til å få koordinator både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Kommunene får hovedansvar for individuell plan, men spesialisthelsetjenesten og flere skal samarbeide om planen. Dette er etter hvert vanlig praksis, så her blir det ikke store endringer.

Samhandlingsreformen er en retningsreform. Det er store tjenesteområder der videre utvikling ennå ikke er beskrevet, blant annet tjenestetilbudet til barn/unge og barnefamilier. Jeg vil oppfordre helsesøstre til å delta aktivt i utformingen av avtaler som skal inngås mellom kommuner og helseforetak.

Helsesøstre har alltid tatt aktive roller i arbeidet for å bedre barns utviklingsmuligheter og trivsel. Jeg stoler på at dere tar den rollen også i forbindelse med samhandlingsreformen. ■

Økt satsing på de minste

Øyer kommune går nye veier for å sikre at alle barn i aldersgruppa 0-2 år skal få trygge og gode utviklingsmuligheter.



Av IVE K. STAUNE-MITTET, Helsesøster i Øyer kommune.



Av INGER MARIE JOHNSGÅRD, Spesialist i barnefysioterapi, prosjektleder for Tidlig intervensjon og mastergradsstudent.

Tidlig intervensjon er en statlig satsning som er blitt satt tydelig på dagsorden i Norge og internasjonalt, særlig de siste årene. Den norske longitudinelle studien TOPP (Rapport 2007:5 Folkehelseinstituttet) viste nødvendigheten av å sette inn forebyggende tiltak så tidlig som mulig i barnas liv. Denne rapporten og annen forskning om betydningen av tidlig intervensjon, sammen med status og utfordringer i kommunen, var bakgrunn for at kommunen startet prosjektet «Tidlig intervensjon 2008-2011». Tidlig intervensjon handler blant annet om forebyggende arbeid. Bakgrunnen for at «Tidlig intervensjon» ble tittelen på prosjektet var todelt. Vi ønsket både å komme tidlig inn i barnets liv, og tidlig inn i forhold til eventuelle problemer hos foreldrene.

Mål i prosjektet

Målet i prosjektet er at alle barn i aldersgruppa 0-2 år skal sikres trygge og gode utviklingsmuligheter. Delmål var at barneverntjenesten skulle synliggjøre sitt forebyggende arbeid. I tillegg ble det satt fokus på kompetanseheving for alle som arbeider med små barn i kommunen. I helsestasjonstjenesten har vi så å si full oppslutning. For at barnevernstjenesten skulle nå målgruppen, var samarbeid med oss naturlig. Prosjektet har også endret mål til mer tverrfaglig samarbeid.

Politisk forankret

Det kan antas at en stor utfordring er å få implementert valgte tiltak i prosjektet over i varig drift. For å lykkes mener vi det er viktig at målsettingene blir godt forankret både blant de ansatte og blant politikerne. Hos oss har kommunestyret vedtatt at «Øyer kommune leverer tjenester av god faglig kvalitet med fokus på tidlig innsats». De har de siste årene satt av egne midler til Tidlig intervensjon i budsjett og økonomiplan. I tillegg kommer bidrag fra KoRus Øst, Fylkesmannen i Oppland og Bufetat – Fagteam Gjøvik.

Bruk av verktøy

Gode kartleggingsverktøy er viktig å bruke. I prosjektet valgte vi tre ulike verktøy: TWEAK-skjemaet, EPDS-skjemaet og ICDP-programmet.

- TWEAK-skjemaet (Tolerance, Worried, Eye-opner, Amnesia, Cut-down) er et kartleggingsverktøy som blir brukt av jordmor. Jordmor har en stor andel av de gravide i kommunen. Håpet er at legene også tar dette skjemaet i bruk etter hvert. Skjemaet gir et grunnlag for å snakke om bruk av alkohol i svangerskapet. I Helsedirektoratets veileder «Fra bekymring til handling, en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet» er dette skjemaet vedlegg.
- EPDS-skjemaet (Edinburgh postnatal Depression Scale) er etter hvert et kjent verktøy som brukes i stadig flere kommuner for å kartlegge mors psykiske helse.
- I Øyer brukes EPDS både hos jordmor og hos helsesøster.

- ICDP-programmet (International Child Development Programme) er et internasjonalt foreldreveiledningsprogram utviklet i Norge. Programmet har etter hvert fått stor anerkjennelse og er benyttet av UNESCO og WHO i en rekke land både i Europa og Afrika. ICDP-programmet er et nasjonalt satsingsområde fra Barne- og likestillingsdepartementet og har målgruppe barn mellom 0-18 år. Dette er et program som krever sertifisering før det tas i bruk, og opplæring ble gitt fra Fagteam Gjøvik. I Øyer er det nå sertifisert både helsesøstere, barnevernspedagoger og personell i noen barnehager.

Foreldreveiledning

Det unike som prøves ut, og som det foreløpig ser ut til at foreldrene evaluerer bra, er ICDP-grupper som alternative barselgrupper. Disse gruppene på helsestasjonen ledes av en helsesøster og en fra barnevernet. For at foreldrene skal klare å ha fokus på foreldreveiledning, er det også inngått et samarbeide med Frivillighetssentralen og noen andre frivillige som



POSITIVE ERFARINGER:
Noen av foreldrene i risikogruppen har endret holdning til eget barn. Foto: Colourbox.

barnepassere. Disse oppholder seg i naborommet, slik at barna har mulighet til å komme til foreldrene ved behov. ICDP-foreldreveiledningsprogrammet har også et eget minoritetsprogram hvor det nå skal startes ei gruppe for somaliske foreldre. I tillegg tilbys det nå også som et tiltak for enkeltfamilier.

Erfaringer

Målet er at alle foresatte skal få tilbud om å delta på programmet i løpet av barnets første leveår. Tilbakemeldinger fra foreldre som har deltatt er at alle syntes det har vært nyttig. Dette uavhengig av om de er førstegangsforeldre eller om de har flere barn. «Dette burde vi hatt en repetisjon på annethvert år,» sa en mor med barn på 6 måneder og 4 år.

I forhold til barnevernets deltagelse er erfaringen at foreldrene redefinerte sin holdning til barnevernet. De ble sett på som mindre «farlige». For å illustrere dette, har vi valgt å ta med følgende uttalelse: «... etter å ha møtt noen i barnevernet, vil jeg ikke være så engstelig for å ta kontakt med dem ved behov».

Helsesøstrene som følger familiene tett har også sett resultater. Noen av foreldrene i risikogruppen, endret sitt samspill og holdning til eget barn. Utfordringen er å få med alle. Vår kommune er for øvrig så liten at vi har god oversikt over de familiene som ikke har deltatt.

I forbindelse med EPDS-opplæringen inviterte vi også med nabokommunene Gausdal og Lillehammer. Dette medført at også de bruker verktøyet. I etterkant

har veiledere fra familieteamet ved Lillehammer helsetasjon og BUP Lillehammer jevnlig gjennomført veiledning med helsesøstrene og jordmødrene i de tre kommunene. Dette har blitt sett på som nyttig av de involverte.

Fagutvikling

Vi mener at vi har valgt tre verktøy som gjør prosjektet interessant både for foreldre, og for fagpersoner. Vi har fått mange positive tilbakemeldinger fra andre samarbeidspartnere utenfor kommunen. Prosjektet er profilert både på nasjonale og internasjonale konferanser. I tillegg til valgte verktøy har prosjektet tilført kommunen mye kompetanse, erfaringer og knyttet mange nyttige kontakter. Kommunen har fått økt fokus på flerfaglig og tverrfaglig samarbeid.

Prosjektet har vært med på å sette tidlig innsats på dagsorden i kommunen. Vi håper at Samhandlingsreformen kan bidra til varig implementering av valgte tiltak. ■

■ BARNES BESTE I ØYER

Med tidlig intervensjon satser Øyer kommune på å komme tidlig inn i forhold til både alder og forløp. Et eget prosjekt er rettet mot de aller minste og deres foreldre. Gjennom å starte bredt og gi tilbud til alle foreldre med barn i aldersgruppa 0-2 år, er målet å nå de som trenger det mest i et treårs perspektiv.

Kilde: oyer.kommune.no



Motiverende intervju passer i alle sammenhenger hvor man ønsker å hjelpe en annen person til å endre atferd. Veilederens oppgave er å utløse de første elementene av egenmotivasjon.

Motiverende inte kan effektivt endre dårlige vaner

BEDRE VANER: Motiverende intervju kan hjelpe en ungdom til å endre på negativ adferd.



Foto: Privat

Av Rolv Sandø, pedagogisk psykologisk rådgiver i skolehelsetjenesten i Steinkjer kommune.

Jeg ønsker å gjøre rede for «Motiverende intervju» som metode knyttet nært opp til den praksisen som jeg driver til daglig. Jeg bruker Motiverende intervju for å få folk til å slutte med «negativ atferd», det være seg sinne, vold, mobbing, motivasjon i forhold til fag, det å forstyrre andre i undervisningssituasjonen med mer. Motiverende intervju kan være en effektiv måte å få gjort tiltak en igangsetter til brukerens egne, det vil si at det er brukeren selv som eier løsningen. Det er ikke noe vi forteller at hun må eller bør gjøre, hun er overbevist ved hjelp av vår kompetanse og fremgangsmåte samt sin egen argumentasjon i prosessen. Det er denne forandringsprosessen jeg vil forsøke å gjøre rede for. Min egen filosofi i forhold til bruk av denne måten å agere og tenke på begrunner jeg i det

menneskesynet Motiverende intervju representerer. Det vil si det er et poeng for meg å løfte blant annet individets egne oppfatninger, meninger, verdier frem og sammen med dem lage opplegg og forslag til tiltak som de selv ønsker å gjennomføre. Jeg ser i metoden slektskap med blant andre LØFT, psykodynamikk, sosial og kognitiv konstruktivisme.

Ungdommene jeg møter ser ikke alltid sitt eget behov for støttesamtaler. De møter meg fordi «mamma har sakt at æ må», eller de er i en eller annen krise der de faktisk har litt behov for støtte i en periode, enten krisen er sorg, mobbing eller noe annet. Lite vil nytte eller kunne gi endring i livssituasjon, er deres oppfatning. Metoden kan finne det som faktisk er problemet fordi en graver



rvju

■ MOTIVERENDE INTERVJU

Motiverende intervju (MI) er en målrettet samtalemetode for å motivere og bistå klienten i ønskede endringsprosesser. Samtalen/intervjuet baseres på den motivasjonen som klienten faktisk har, og endringsarbeidet forutsetter aktiv og konstruktiv deltagelse fra klienten. Veilederens oppgave er å utløse de første elementene av egenmotivasjon, ved å øke forståelse for - og erkjennelse av problemet. Arbeid og bearbeiding av ambivalens står også sentralt. Flere høyskoler og universitet tilbyr utdanning i Motiverende intervju.

Kilde: Universitetet i Agder

såpass dypt og nøye i brukerens egen oppfatning og opplevelse av situasjonen. Forutsetningen for å lykkes med råd og forslag til tiltak er derved større. Jeg løfter alltid ungdommens egne meninger høyt, men nøler ikke med å møte ungdommens eventuelle selvmotsigelser. Jeg moraliserer ikke eller konfronterer sterkt, men de må selv stå til ansvar for det de har sagt og mener. Jeg skal fremstå som kompetent og etisk ansvarlig voksen, ikke en kompis. Jeg benytter meg alltid av en wyteboard, tavle eller flip-over, tanken «henger» lenger når den er skrevet opp. Ikke sjelden endres det meninger og oppfatninger underveis, det kan skje hos meg også. Det er vårt ansvar som voksne å vise for ungdommen at livet består av muligheter, alltid nye sjanser

og nye veier å gå (Börjesson 2008). Følelsen eller opplevelsen av et helhetlig og sammenhengende liv må det jobbes for. Vi må være flinke til å stadig oppdage og utvikle følelsen av tilværelsen som noe som gir mening, begripelighet og håndterligbarhet (Antonovsky i Börjesson 2009). Det er her snakk om livslange prosesser hvor store deler av grunnlaget for å erfare og leve livet på en ok måte legges i barne- og ungdomsårene.

Casene under er lagd i forhold til en voksen, med voksenproblematikk. Dette for å gjøre det lett for meg selv i forhold til taushetsplikt. Caset er også en illustrasjon og henger ikke sammen som en hel samtale, «illustrasjonsbitene» er plukka ut av sammenhengen og settes inn i de fasene det passer inn i.

Enhver ending kan skje, om brukeren selv vil det. Motiverende intervju ønsker å møte brukeren på dennes egne behov og dennes egenkunnskap. «Intervensjoner må anerkjenne at folk lever i sosiale, politisk og økonomiske systemer som skaper atferd og adgang til ressurser de trenger for å ivareta god helse» (Whitlock mfl I: Prescott og Børtveit 2004, min overs.) Brukeren har kunnskap om risikoatferd, vi vet at vi velger irrasjonelt, men vi ser ikke alltid at valg av livsstil på sikt vil føre til redusert livskvalitet.

Min utfordring som helsearbeider vil bli å motivere for endring uten å moralisere. Problemet er ikke alltid motvilje til endring eller mangel på informasjon og kunnskap, men en svikt i mottakelighet, det vil si et pedagogisk problem.

Hva gir effekt i forhold til endring?

Fire fellesfaktorer – de endringsskappende faktorene som er felles for all terapi uansett teoretisk forståelse og metode, (Bakke 2009):

1. Klientrelaterte faktorer; utholdenhet, åpenhet, tillit, optimisme, sosial støtte, religiøst fellesskap 40 %
2. Relasjon; klientens oppfatning av relasjonen, enighet om mål og oppgaver 30%
3. Placebo/håp/forventning 15 %
4. Struktur/modell/teknikk; den fremgangsmåten

som er særegen for en bestemt form for behandling 15 %

Hele 47 % av de som begynner i behandling avbryter behandlingen ved at de slutter å komme.

To faktorer kan hjelpe oss å forutsi om klienten fortsetter i terapi og behandlingen er vellykket:

1. Klientens vurdering av situasjonen.
2. Klientens opplevelse av at det skjer fremgang tidlig i behandlingsprosessen.

Kontinuerlig feedback fra brukeren, det vil si relasjon og fremgang i behandlingen, øker sjansen med 65 % for at resultatet skal bli vellykket.

Motiverende Intervju

Vår jobb:

- Er å finne kilden til motivasjon for endring.
- Undersøke hvilke negative konsekvenser av livsstil er brukeren opptatt av.
- Utforske i hvilken grad brukeren er opptatt av å motta informasjon og råd.
- Finne ut hvor nær en beslutning i forhold til endring av atferd er brukeren.
- Lete etter ideene brukeren selv har i forhold til fremgangsmåter for å endre atferd.
- Kartlegge hvilke erfaringer brukeren har med seg i forhold til tidligere «endringsforsøk».
- Sammen med brukeren skal en finne ut i hvilken grad brukeren selv har tro på egen evne til å gjennomføre planlagte endringer?



SUNN: Med riktig motivasjon kan man velge å heller spise grønnsaker enn mer usunn mat.



SUNNERE LIV: Motiverende intervju kan inspirere barn og ungdom til å begynne å trene.

- Få kunnskap om hvordan brukeren selv vil takle motgang og eventuelt tilbakeslag.

Helsearbeideren er i posisjon til å bidra i forhold til å hjelpe med atferdsendring. Det som det ofte ønskes hjelp til er personlige vansker. Her må en alltid holde seg på «rett side», det vil si en skal ikke utforske altfor personlige anliggende som ikke angår saken. En god regel er å mestre skillet mellom det vi kan kalle personlige opplysninger og private opplysninger, en kan fort ramle inn i det som hos brukeren vil oppfattes som innblanding. En skal være direkte, høflig og respektfull, det vil si det vi alle kjenner som en god lytter. Men når en har startet endringsarbeidet så må en tåle å møte en bruker som kan være lei seg og misfornøyd med egen innsats. Vi vil kunne komme til å mobilisere en følelsesmessig dimensjon som må håndteres. Følelser som maktesløshet, skam og vegring i forhold til det å starte et nytt opplegg, eller fortsette med opplegget, vil kunne oppstå. Redselsopplevelse for hva du som hjelper tenker om brukeren, samt redsel for at du skal dømme og vise misnøye, kan komme frem uten at vi eller brukeren er forberedt.

Prinsipper for hvordan en snakker til brukeren er viktig. Det er ikke vår jobb å dømme, det kan godt være at en må ta seg hardt sammen for å tåle å konfrontere egne fordommer – de finnes alltid, våre forventninger om hva som er rett og galt, det er fordommer på godt og vondt. Øving i å bruke «jeg»

MANGE BRUKSOMRÅDER

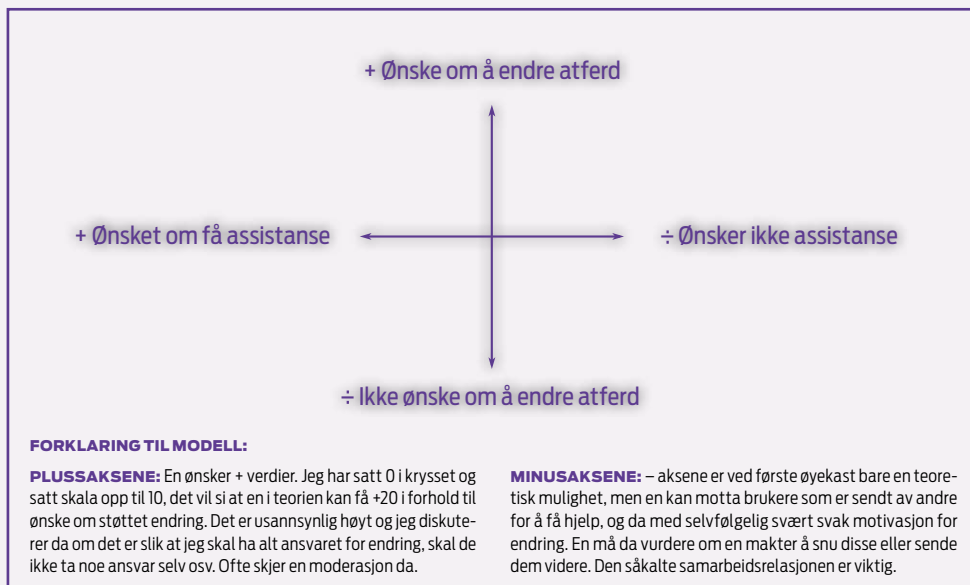
Motiverende intervju er en anerkjent metode i mange former for endringsarbeid både innen spesialisthelsetjeneste, førstelinjetjeneste, helsefremmende arbeid og rehabilitering. Metoden kan for eksempel motivere folk til:

- Røykeslutt
- Redusere alkoholforbruk
- Være i mer fysisk aktivitet
- Legge om kosthold
- Redusere overvekt

i begynnelsen på setningene kan være greit. Det vil si du viser respekt for brukeren ved å ikke starte spørsmål med «du», for eksempel. «Du røyker for mye». Setninger som «Jeg synes det høres ut som du røyker mye» betyr omtrent det samme, men er langt mindre dømmende. Still åpne spørsmål i forhold til utforskning og kartlegging, ved å starte setningen med spørreord som hva og hvorfor. Dette er enkle, nesten simple grep som gjør at samtalen flyter og brukeren opplever at hun blir tatt på alvor.

Føroverveielse

Føroverveielssfasen er når brukeren ennå ikke er helt klar for endring. Brukeren er opptatt av de gode sidene ved atferden «Rødvin hjelper meg å slappe av», «jeg fortjener en røyk når jeg skal slappe av». En vil lete etter og finne positive unnskyldninger for å fortsette sin atferd.



Overveielse

Motivasjonen kan og vil svinge, tilbakefall i forhold til negativ atferd er ikke et unntak. En bør anlegge et bredt perspektiv i forhold til det at en leter etter mange fordeler og ulemper for den atferden en ønsker å endre. Forutsetningen for å lykkes ligger i det å få brukeren selv til å komme inn i det vi kaller en overveielsesfase, det vil si hun skal være oppmerksom på de gode og negative aspektene med sin atferd. En må gi saklig og veloverveid informasjon for å kunne hjelpe brukeren til å bli overbevist. Det vil si at informasjonen skal internaliseres i brukeren og stadfestes som kunnskap – ikke biter av løs informasjon. «Vi vet at mosjon og fokus på kosthold, det vil si å spise variert kosthold og samtidig drikke mindre alkohol og å røyke mindre, øker livskvaliteten i forhold til redusert blodtrykk, og gir bedre kondisjon.» En skal overbevise brukeren, ikke overtale henne. Informasjonen skal motivere, ikke konfrontere. Når en forteller om problemer som vil og kan komme skal man ikke belære og forelese. Hukommelsen er selektiv og den velger å glemme det som er negativt med uvanen og den vil huske det som er positivt.

Helsearbeider: Det er første gang vi snakker sammen. Hvorfor er du kommet hit?

Bruker: Det er mannen min og ungene som maser, de syns jeg fester for mye.

Helsearbeider: Det du forteller meg er at du selv egentlig møter fordi andre har sagt at du må?

Bruker: Ja, de sier kanskje ikke at jeg må, men de syns jeg trenger noen å snakke med.

Helsearbeider: Du kom nå, det syns jeg tyder på at du er nysgjerrig eller du kanskje vil ha noe hjelp.

Bruker: Tror ikke det vil virke da, har prøvd mye før.

Helsearbeider: Jeg

tror du skjønner mye, men er kanskje redd for å definere dette som et problem. Med det mener jeg – du er på vei i forhold til å tenke på at du kan endre det vi kaller atferd eller levemønster.

Bruker: – Mulig (undrende).

Resignert føroverveielse

Resignert føroverveielse er et kjennetegn på en person som er klar over negative konsekvenser ved sine handlinger, men som ikke makter å ta dette innover seg. Den som er oppgitt og trett av seg selv vil ikke få hjelp og den støtte hun søker ved å fokusere på negative konsekvenser ved sin atferd. Når en når overveielsesfasen så er de positive effektene drivkraften bak atferden. Nå er det viktig å ikke utvikle en overdreven appetitt på endring – for mange prosjekter vil «velte båten». Det er alltid goder ved den negative atferden, det som må utforskes er ambivalensen. Det vil si at en må skaffe seg en oversikt over motiver og ønsker i begge sider av konflikten – vi betrakter den negative atferden som en konflikt i personen. En må finne kortsiktige gevinster som for eksempel: «Om vi skal finne ut om det er høyt alkoholforbruk som er årsaken til ditt høye blodtrykk, vil jeg anbefale at du ikke drikker alkohol en kort periode». Jfr. SMART-prinsipper senere.

Bruker: Det er mulig jeg fester mye, men jeg fortjener det.

Helsearbeider: Hva er det du fortjener, det å være på fest?

Bruker: Jeg slapper av etter noen glass rødvin. Jeg føler at kroppen slipper spenninger og stress og jeg tenker ikke så mye på jobben min, som er svært krevende.

Helsearbeider: Jeg ser at du har behov for å slappe av, men det er mange måter å slappe av på som kanskje ikke innebærer bruk av alkohol?

Mange tar en «liksombeslutning». «Siden jeg slutter å drikke etter helga kan jeg stå på som nå før jeg slutter». Dette er egentlig en utsetting av atferdsendringa, litt-til-litt-til. Det tapper innsikten i den negative konsekvensen, «jeg kan slutte, men har god tid», «jeg kan slutte når jeg vil». Det å vente til en er nødt til å endre atferden er et svært risikabelt prosjekt. Det å også ha et perspektiv på en kortvarig gevinst kan være lurt. For eksempel at røyking gir dårlig ånde og gule tenner.

Når en finner problemet, det vil si om en finner det? Kan det være et overflateproblem? Så må vi ta tak i det, ikke bare «snakke» om det. Utforsk



Foto: Colourbox

det. Bare tomt overflatesnakk kan føre til skuffelse, selvmedlidenhet og skam hos brukeren. Vi må finne den underleggende mening, let etter endrings snakket i brukere. Når en finner dette så identifiserer en problemet og starter praten om endring. Det å høre seg selv snakke om endring motiverer, jo mer hun forteller om hvordan hun vil gå frem jo mer optimistisk blir en i forhold til sine egne forutsetninger for å lykkes. Denne søken etter mening betyr at en må våge seg litt utpå og tolke og reflektere sammen med brukeren. Slike refleksjoner som stemmer med brukerens tanke-system vil bekrefte og styrke henne.

Bruker: Jeg skjønner at det å drikke så mye hver helg, kanskje to ganger hver helg faktisk, vil føre til at jeg sliter meg mer ut enn den gevinsten festen gir i forhold til det å slappe av.

Helsearbeider: Hvordan oppleves det å starte på ny arbeidsuke etter å ha vært på fest to dager ei helg?

Bruker: Det er tøft, jeg er utslitt fysisk og psykisk.

Helsearbeider: Hva kan du gjøre for å endre dette mønsteret?

Handling

Forberedelsen til endring er overgangen fra å tenke på endring til å iverksette og handle. En må gjøre forberedelser, ellers ender en opp med en lite motstandsdyktig beslutning som gjør at endringsforsøket er halvhjertet. Selv om en har begynt å agere annerledes, vil en oppleve ambivalens. En må støtte i vedlikeholdsfasen. Sett forpliktende datoer, for start og evaluering. Skap forpliktelse. En må huske at forpliktelsen til varig endring foregår inni personen, den er resultatet av de indre drøftingene som brukeren selv har gjort. Vi kan fortelle brukeren hva som er lurt å gjøre, men om hun går ut kontordøra med opplevelsen at hun ikke ble forstått, er hun en av de over nevnte 47 prosent.

Bruker: Jeg vil gå mer, jeg liker å være i aktivitet. Jeg vil sette mål før hvor mye alkohol jeg skal nyte hver gang, før jeg starter å drikke.

Helsearbeider: Det er enkle ting som garantert vil gi gevinst ganske raskt. Skal vi si at du kommer inn igjen om en måned? Så ser vi hva som skjer med de to målene du har satt deg.

Bruker: Veldig gjerne. Virker ok at jeg bare skal tenke på to enkle ting.

Helsearbeider: Du vil oppleve at det går bra,

HUSKEREGEL/SJEKKLISTE

- S**mart
- M**ålbart
- A**kseptabelt, i forhold til familie, partner, støttepersoner.
- R**ealistisk, aldri sett absolutte mål.
- T**idfesting

men også at du opplever at det ikke går så bra. For all del ikke få dårlig samvittighet, men tenk på det du har fått til de gangen du lykkes; den fine turen og opplevelsene du hadde med dem du gikk sammen med.

Vedlikehold av endret atferd

Om brukeren stoler på deg, ønsker hjelp og er motivert for å endre atferd, vil brukeren stort sett kunne skape en endring. Det en også må være var på er at man må beregne tid, vedlikeholdsfasen er cirka seks måneder, en må derfor avtale en oppfølgings samtale. Man må også huske at en svak forpliktelse er bedre enn ingen. Tilbakefall vil skje og er ikke et unntak. I forhold til opprettholdelse av endring så må vi finne erstattere, hjernen vil belønnes. Kanskje er det nok med registrering for endringen selv, eller at en blir i bedre form. Når brukeren har bestemt seg er hun selv på jakt etter alternative strategier og endringsforsterkere. Å jobbe med et flertall av tiltak er mulig, to er lurt fordi vi da gir brukeren en slags valgfrihet. En kan jobbe med flere ting samtidig, men ikke fler enn tre ting. En må ha vært så dypt i analysen av hva som faktisk er problemet at en setter inn tiltak på rett sted. Hvis vi nå tar et case som kan likne ting jeg jobber med i ungdomsskolene, blir det feil å gi medisinsk hjelp til magevondt og hodepine, når den bakenforliggende årsaken er mobbing. Nå kan det være medisinske årsaker, men det kan også være psykososiale. Begge deler må alltid sjekkes ut, det er mitt poeng. ■

Litteraturliste:

Bakke, T. (2009): Kvalitetsforbedring – Brukermedvirkning, Psykisk helse, Virksomme faktorer i terapi

<http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Brukermedvirkning/Oppsummert+forskning/Virksomme+faktorer+i+terapi.34469.cms>

Börjesson, M. (2008): Måsterverk och mirakel, Argument förlag

Ivarsson, B.H.(2011): Motiverende Intervju, Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren, Gothia Forlag

Prescott, P. og Børtveit, T. (2004): Helse og atferdsendring, Gyldendal Akademisk

En liten stor tjeneste

Helsestasjonen i Norge har passert 100 år. Hva med de neste hundre?

I 1911 åpnet den første helsestasjonen for mor og barn i Norge. Barnepleiestasjonen som den ble kalt, ble drevet av Tøyen menighet i Oslo. Siden den gang har helsestasjonen utviklet og utvidet sitt tilbud til barn og foreldre over hele landet, og bidratt til at norske barn er blant de friskeste i verden.

I årene før og etter 1911 ble det etablert flere forløpere til dagens helsestasjon. Det var barnepleiestasjoner drevet av menigheter, og spedbarnsklinikker og kontrollstasjoner drevet av Norske Kvinners Sanitetsforening (N.K.S.)

Da helsestasjonen på Tøyen ble åpnet av professor T.B.C. Frølich i 1911, var målsettingen å oppmuntre mødre til å amme barna sine. Det ble også delt ut tran og melk til mødrene. Kontrollstasjonene som N.K.S. drev, hadde som oppgave å gi råd om barnets pleie og ernæring, og barnet ble undersøkt og veid. Søsteren som var tilknyttet kontrollstasjonen, assisterte legen og besøkte hjemmene i barnas første leveår.

Når vi gjennom 2011 har markert hundreårsjubileet på landets helsestasjoner, er det i visshet om en tjeneste som har klart å kombinere tradisjonelle funksjoner med nødvendig fornyelse. Helsestasjonen er en suksesshistorie som norske myndigheter burde eksportere med stor stolthet fremfor å se hen til stadig mer privatisering av det forebyggende helsetilbudet for barn og unge!

Helsestasjonen før og nå

De første tiårene helsestasjonene ble drevet var hygiene, forebygging av infeksjoner, tuberkulose og ernæring sentrale tema. Etter hvert som bolig- og levestan-

darden ble forbedret, tok forebygging av de såkalte livsstilssykdommene og ulykker stadig mer tid. I dag er det særlig psykososiale problemer og sykdom som dominerer hverdagen på helsestasjonene. Samtidig er vaksinasjon, kosthold, søvn, språk og barnets utvikling evigaktuelle tema.

Hver eneste konsultasjon i sped- og småbarnsalderen er viet observasjon og oppfølging av barnets vekst og utvikling, og foreldreveiledning. Dette er veiledning ut fra foreldrenes opplevde behov og fagfolks vurderinger, og er en vesentlig del av det tilbudet helsestasjonen gir.

De fleste foreldre er gode nok foreldre. De gir sine barn kjærlighet, omsorg, trygge og forutsigbare grenser – og gjør feil av og til. Noen foreldre trenger i korte perioder hjelp og råd i forhold til vanlige vansker med vanlige barn. Ofte er helsestasjonens jobb å bidra til å senke kravene og forventningene foreldre stiller til seg selv. Mange foreldre ønsker å gjøre alt 110 prosent perfekt, noe som resulterer i stress for både barn og foreldre, og påfølgende skuffelser. Foreldre har knapt vært mer beleste og opptatt av sine barns ve og vel enn i dagens samfunn – så til de grader at teorien av og til overskygger praksisutøvelsen!

I noen familier har både barn og foreldre større og til dels svært store utfordringer, enten som følge av forhold hos barnet, hos foreldrene eller på grunn av livshendelser som skaker familien. Ikke sjelden blir barna symptombærere på det som er galt i familien og vår innsats kan bli rettet mot symptomene mer enn årsaken. Problemene er gjerne av en slik karakter at det må iverksettes en lang

rekke tiltak som eksempelvis avlastning, hjelp i hjemmet, økonomisk bistand og helsehjelp. Helsestasjonen blir ofte navet i den sammensatte hjelpen som må ytes.

Langt mer enn et sprøytestikk

Mange tror at helsestasjonen stort sett tilbyr vaksiner, veiing og måling. Da kan et besøk på den lokale helsestasjonen varmt anbefales! Det som vil møte deg er et yrende liv av pappaer, mammaer, babyer og større barn – med ulike kulturell og etnisk bakgrunn, språk og erfaringsbakgrunn. Du vil oppleve barn som får vaksiner, blir veid og målt, men også barselgrupper, nettverksgrupper, foreldreveiledning, babysang, individuelle konsultasjoner og mye, mye mer.

Barn har en lovfestet rett til helsekontroll. I løpet av barnets første leveår skal det ha tilbud om ti konsultasjoner/hjembesøk, deretter ytterligere fire konsultasjoner frem til fylte fire år. Alle nyfødte skal få tilbud om hjembesøk av helse-søster etter fødsel, og det er et ønske at hjembesøk benyttes som metode overfor eldre barn i langt større grad enn i dag. Noen steder får også kvinnen hjembesøk av jordmor etter fødsel.

Alle helsestasjoner skal ha ansatt helse-søster, jordmor, lege og fysioterapeut.

Helsesøster er den man oftest vil være i kontakt med, og som har hovedtyngden av oppfølging av alle barn – fra rett etter fødsel og til barnet fyller 20 år (+). Helse-søster er autorisert sykepleier med en videreutdanning innen helsefremmende og forebyggende arbeid, spesielt rettet mot barn og unge, på arenaen helsestasjon (og skolehelsetjenesten). Mange helsestasjoner har i tillegg ansatt eller



tilknyttet eksempelvis psykolog, familie-veileder og spesialpedagog.

Helsestasjonen skal bidra til gode og trygge oppvekstvilkår, god helse, opplevelse av mestring i hverdagen, og gi tilbud om veiledning, råd og støtte. Helsestasjonen skal være stedet hvor foreldre kan møte fagpersoner som på bredt grunnlag vurderer barnets helse, som kan være diskusjonspartnere og hjelpe foreldre å navigere i all den helseinformasjonen som finnes. Alle skal møtes med respekt og åpenhet. En viktig funksjon er å bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller.

Knapper og glansbilder

Man kan ha inntrykk av at helsestasjonen er en liten kommunal tjeneste. Så «liten» at ingen sentrale helsemyndigheter fant det på sin plass å markere hundreårsjubileet.

Totalt gir helsestasjons- og skolehelsetjenesten tilbud til cirka 1,2 millioner barn og unge og deres foreldre – altså rundt ¼ av befolkningen. Tjenesten skal være et tilbud for alle barn og unge fra 0–20 år og deres foreldre, samt til gravide. Nær 100 prosent av målgruppen benytter tilbudet, og brukerundersøkelser viser stor grad av tilfredshet med tilbudet.

Helsestasjonen har en stor målgruppe og et omfattende mandat, men er liten hva gjelder bemanning, bevilgninger og oppmerksomhet blant beslutningstakere.

Eksempelvis skulle Stavanger kommune hatt 67 helsesøsterstillinger mens de faktisk har 36! Den samme tendensen ser vi i de fleste kommuner – tjenesten drives for knapper og glansbilder.

De neste 100 årene?

Helsedirektoratet la i fjor fram en utvi-



VAKSINASJON: Mor med barn på spedbarnskontroll i 1947. Helsestasjonen er i dag langt mer enn vaksine, veiing og måling. Foto: Skotaam Aktuell/ Scanpix.

klingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De mener det er behov for bortimot 1500 flere ansatte i tjenesten – både helsesøstre, fysioterapeuter og leger. I statsbudsjettet for neste år har regjeringen foreslått 10 millioner til denne tjenesten, altså rundt 15 stillinger! Litt over en prosent av behovet. Når det samtidig er en meget stram kommuneøkonomi hvor forebygging ofte nedprioriteres, ser det dårlig ut for utvikling og styrking. På bakgrunn av dette er det betimelig å spørre sentrale helsemyndigheter – hva med helsestasjonen de neste 100 år? Betyr alle fine ord om hvor viktig helsestasjons- og skolehelsetjenesten er, ikke mer enn papiret de er skrevet på?

Helsedirektoratets utviklingsstrategi peker på behov for tydeligere lovforankring, normering av stillinger og opprettelse av et kompetansemiljø. Når helse- og omsorgsdepartementet utfordres på hvordan denne strategien er tenkt oppfulgt, blir det tydelig at man verken har tenkt å prioritere normering av stillinger eller kompetansemiljø. Man skal i stedet holde fagmiljøene «gående på gress» i påvente av arbeidet med en noe tydeligere lovforankring.

Vi tror ikke lengre på «løftene» om satsing, og vi er genuint usikre på om helsemyndighetene er villige til å gjøre det som skal til for at tjenesten fortsatt skal utvikle seg.

Jeg spør deg helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen – finnes det reell politisk vilje til å satse på helsestasjonen også i fremtiden, eller er det bare fagre ord? Et tydelig og forpliktende svar vil være den beste jubileums-gaven barn og foreldre kan få! ■

Kilder

Helsesøster, mer enn et sprøytestikk, Landsgruppen av helsesøstre NSF 2008.

Helsesøstertjenesten, fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap, Glavin og Kvarme, Akribe 2003).

IS-1154 Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet 2004.

IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Helsedirektoratet 2010.

Nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Plan- og idéskisse. Landsgruppen av helsesøstre NSF 2009.

Pasientrettighetsloven, 1999, www.lovdatab.no.

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen helse- og omsorgsdepartementet.

Aktuelle bøker

Tekst Johan Alvik Omslagsfoto Forlagene

BOKOMTALE



Råd til foreldre

Boka tar utgangspunkt i at det er selve relasjonen til foreldrene og andre voksne som bygger barns selvfølelse, ikke teknikker for barneoppdragelse. Barn har behov for kloke, sterke og snille voksne som både kan gi beskyttelse og trøst, og oppmuntre til selvstendig bevegelse ut i verden. Men barn behøver også voksne som er villige til selv å være i utvikling. Forfatteren Guro Øiestad er psykolog og spesialist i klinisk psykologi. Hun har ingen fiks ferdige oppskrifter, men med utgangspunkt i utviklingspsykologi, hjerneforskning og tilknytningsteori gir hun leseren råd som kan hjelpe foreldre til å bygge en robust og god selvfølelse hos barna sine.

Selvfølelsen hos barn og unge, Gyldendal

BOKOMTALE



Innagerende atferd

Boken retter søkelyset mot stille og tilbaketrukkne barn og ungdommer som ofte blir borte i en hektisk barnehage- og skolehverdag. Forfatteren Ingrid Lund er førsteamanuensis ved Universitetet i Agder og har bred erfaring fra skole og psykiatri. Hun presenterer erfaringer fra samarbeid med pedagoger, foreldre og hjelpeapparat. Lund viser til konkrete tiltak som fremmer godt samarbeid med barn og unge med innagerende atferd. Det stille atferdsproblemet utfordringer blir drøftet mot nyere forskning og teoretiske perspektiver.

Det stille atferdsproblemet, Fagbokforlaget

e



«Kunnskap er næring for sjelen.» *Platon*

BOOKOMTALE



Historier om incest

Boken forteller om Støttesenteret mot incest sin rolle i arbeidet mot incest, hva det vil si å bli utsatt for seksuelle overgrep og hvordan det er mulig å bearbeide overgrepene. Sterke historier og møter mellom mennesker står sentralt i boken, som til tross for sitt dystre tema, formidler livsglede og optimisme og gir innsikt og kunnskap. Støttesenteret mot incest hadde 25-årsjubileum i 2011. Forfatter er Toril Brekke.

Ut med det! Aschehoug

BOOKOMTALE



Barn som opplever vold

Kan barn som opplever vold i familien både beskyttes og gis rett til delaktighet i beslutninger som påvirker deres liv?

I denne boken berøres en rekke ulike temaer som barns tolkninger av vold innenfor familien, utfordringene som ligger hos hjelpeapparatet, samt myndighetenes intervensjoner i barns liv som familierettslige prosesser og avgjørelser om økonomisk bistand.

Bokens kapitler gir en oversikt over ulike spørsmål, metoder, analyser og resultater fra forskning om barn og vold.

Forfattergruppen har ulik bakgrunn i praksis og forskning knyttet til barn som opplever vold i familien.

Barns stemmer om vold, Gyldendal

BOOKOMTALE



Når unge sliter

Temaet er ungdom og psykisk helse. Første del av boken består av fortellinger om ungdom, og mange av dem har dårlig psykisk helse når vi møter dem. De har opplevd ting som har gjort dem syke, eller de har det bare fryktelig vondt uten at de helt vet hvorfor eller hva de skal gjøre med det. I den siste delen av boka er det mange faktaopplysninger: om psykisk sykdom, om hvem som kan hjelpe når man får problemer, om taushetsplikt og om mye annet.

Forfatteren Arnhild Lauveng er psykologspesialist. Hun har arbeidet som psykolog i offentlig sektor og er i dag doktorgradsstipendiat ved Akershus Universitetssykehus.

Noe mye mer annet - om ungdom og psykisk helse, Universitetsforlaget

BOOKOMTALE



Hvordan hjelpe barn

Denne samlingen korte, poengterte tekster viser hvordan voksne kan hjelpe barn med å håndtere en vanskelig virkelighet. Elevene som har mistet en klassekamerat, den tamilske gutten som sliter med krigstraumer, jenta som blir mobbet.

Forfatter Magne Raundalen er barnepsykolog og knyttet til Senter for krisepsykologi i Bergen. Jon-Håkon Schultz har doktorgrad i spesialpedagogikk og arbeider som forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress i Oslo og ved Universitetet i Tromsø.

Barn av virkeligheten, Universitetsforlaget

Givende samarbeid om migrasjonshelse

I Nord-Trøndelag møtes helsesøstre og sykepleiere flere ganger i året for å lære mer om migrasjonshelse. Målet er å bedre helsetjenestene for flyktninger og innvandrere.

Etter å ha jobbet med flyktninger og asylsøkere en tiårsperiode, følte jeg i 2010 behov for å få dannet et nettverk for helsesøstre/sykepleiere innenfor feltet migrasjonshelse. Jeg allierte meg med medsøster Nina Børve, og vi fant ut at det er bedre å prøve enn å la være. Invitasjonen gikk i første omgang ut til følgende kommuner: Stjørdal, Steinkjer, Inderøy, Levanger, Verdal, Namsos, Grong og Meråker. Vi tok kontakt med RVTS Midt-Norge som stilte med to

kunnskap, få fagfolk til å tenke nytt og bli kjent med de gruppene vi skal hjelpe. Vi må redusere avstanden mellom oss og dem. Faglig identitet styrkes gjennom idé-, erfarings- og kunnskapsutveksling. Det er også viktig å utvikle gode samarbeidsrelasjoner med andre fag- og yrkesgrupper.

Vi har brukt litt tid på å finne formen, men er vel skjønt enig om at nettverket er «liv laga». Det er både givende og lærerikt å drøfte utfordringer i hverdagen, samt få faglig påfyll

Trondheim kommune, hit til Steinkjer. Temaet var menneskehandel og prostitusjon, og vi fikk en grundig innføring i problematikken.

I november 2010 var temaet «Barn på flukt» og «Psykisk helse blant flyktninger og asylsøkere». Vi hadde besøk av to foreldre – en kvinne fra Iran og en mann fra Afghanistan. Begge var på dette tidspunktet asylsøkere ved Steinkjer Mottakssenter. De orienterte om sin egen situasjon – og hvordan barna deres hadde mestret livet på flukt og i eksil. Vi så også igjennom en del informasjons dvd-er.

I februar 2011 så vi filmen «Gå og lev», basert på sultkatastrofen i Afrika på 80-tallet. Dette dramaet tar for seg flere alvorlige problemstillinger knyttet til flyktning- og integreringspolitikken. Vi fikk også besøk av Daryoush Shavand Shirazi, leder i innvandrerrådet i Nord - Trøndelag. Han fikk tre timer på å fortelle om sitt eget liv som flyktning, samt informere om innvandrerrådets arbeid.

I mai 2011 var nettverket på konferanse i Trondheim i regi av Migrabel, RVTS og Flyktningehelseteamet i Trondheim. Helserettigheter, alderstesting, kommunikasjon, psykisk

«Vi ønsker å bidra til kvalitetssikring og fagutvikling.»

fagpersoner på den første samlingen, og som hjalp oss litt i gang. Vi knyttet oss også etter hvert opp i mot faggruppen Migrabel.

Sprer kunnskap

Nettverket ønsker å bidra til at helsepersonell blir premissleverandører for at flyktninger, asylsøkere og innvandrere skal få likeverdige helsetjenester. Vi ønsker å bidra til kvalitetssikring og fagutvikling innenfor området migrasjonshelse. Målet er å formidle og spre

gjennom felles forelesninger og kurs. Vi har så langt hatt fire samlinger per år. Nina og jeg har tatt oss av det organisatoriske.

Vi har fått tilskudd fra fylkeslegen i Nord-Trøndelag til å drifte nettverket, noe vi setter umåtelig stor pris på. Gode rammebetingelser er en suksessfaktor i alle sammenhenger.

Lærerike samlinger

I oktober 2010 inviterte vi Berit Johanne Hoås, prosjektkoordinator i



NETTVERKET: Stående i trappa (fra nederst): Gunnhild Hestmann (Stjørdal), Nina Børve (Steinkjer), Hilde Lyngsmo (Verdal). Sittende i trappa (fra øverst): Bente Vekseth (Steinkjer), Gunnhild Hammer (Steinkjer), Ruth Eriksen Bakken (Levanger), Anita Prestmo (Steinkjer), Tove Mette Lind (Levanger) og Ragnhild Hynne (Levanger).

Livet mitt

«Alle knuser hjertet på en eller annen måte. Fremmede knuste mitt hjerte, også mine egne venner. Jeg klager ikke, men spør mine nærmeste om hvorfor de er ute etter å knuse mitt hjerte.»

«Min skjebne er like mørk som natta. Det ligner det mine øyne ser – ikke farger, kun det svarte. Dette landet er fremmed. Det er ikke mitt hjem. De etniske kommer aldri til å skjønne hva jeg opplever og går gjennom.»

«Livet mitt er ensomheten. Det er ingen som kan stelle min grav. Min beste venn har forlatt meg. Smerten gjør at jeg har blitt til aske. Vinden fører asken bort, og jeg blir borte slik som vennen min.»

Oversatt fra dari og gjengitt etter samtykke.
Ghodratullah, Afghanistan (24 år)

helse, kvinnehelse og seksuell helse sto på programmet.

I september 2011 inviterte vi inn samfunnsmedisiner Steinar Nakrem. Han fortalte om sitt engasjement i Afrika gjennom mange år. Han har bred erfaring som lege, både nasjonalt og internasjonalt, derfor var det ekstra hyggelig at han ville dele sine erfaringer med oss. Vi fikk se bilder fra en av turene hans, og skjønte fort at jobben hans var utfordrende - både i forhold til «uvanlige» diagnoser og primitive hjelpemidler.

Fjorårets siste samling ble lagt til Flyktningehelsesteamet i Trondheim. Steinar Vardehaug (fagkoordinator og psykiatrisk sykepleier) og Vigdis Ledahl (helsesøster) var vertskap. Vi fikk en orientering om hvordan Flyktningehelsesteamet er organisert og hvordan de arbeider. Ellers ble det åpnet for spørsmål, kommentarer og diskusjon. En meget vellykket samling.

Programmet for 2012 er ikke fastlagt ennå, men vi tar fortsatt sikte på fire samlinger.

Jeg håper at småkommunene i fylket vil henge seg på etter hvert, for det er veldig nyttig å møte andre helsesøstre/sykepleiere som jobber med migrasjonshelse. Det er et eget fagfelt, og som spesielt interessert synes jeg det er verdifullt å kunne drøfte aktuelle problemstillinger med «likesinnede». Ønsker du å delta på fylkessamlingene, så må du gjerne ta kontakt med undertegnede. Er du ikke bosatt i Nord – Trøndelag, så kan du sjekke ut om det er et nettverk i ditt eget fylke, danne et sjøl eller kontakte Migrabel sentralt. ■



Tekst Anita Prestmo, Helsesøster, Steinkjer kommune



MINNEORD

Til minne om Marianne Moe Nyhus

Marianne var en kjær kollega. Hun ble født 11. september 1953 og døde etter et kort sykeleie 5. november 2011.

Marianne var ferdig sykepleier ved Røde Kors sykepleierskole i 1978. Etter praksis som sykepleier ved Ullevål sykehus ved urologisk avdeling og barneavdelingen, begynte hun på helsesøsterutdanningen på Bygdøy. Hun var ferdig utdannet helsesøster i desember 1981.

Hun ble ansatt som helsesøster i Bærum i desember i 1981 og har vært ansatt i kommunen siden. Stabekk helsestasjon og skole ble Mariannes første arbeidssted. Deretter ble Høvik Verk helsestasjon og skole hennes arena. Hun var en dedikert helsesøster som hadde evnen til å skape trygghet og tillit hos barn, foreldre og samarbeidspartnere. Hun var inkluderende overfor alle, både i tverrfaglig samarbeid på jobb og i sosiale, private sammenhenger. Raus og romslig, og med en lun og god humor. Det var alltid godt å være der hun var.

Marianne var kunnskapsrik, ansvarlig, nøyaktig, en god organisator, og hun var oppriktig glad i jobben sin som helsesøster. Mange foreldre og barn har nytt godt av Mariannes veiledning og rådgivning. Hun var også en periode leder av et konsultasjonsteam i barnevernet i kommunen.

Marianne begynte på Høvik helsestasjon da Høvik Verk helsestasjon ble nedlagt.

Marianne og hennes mann, Ole Didrik har tre flotte barn sammen.

I 2005 flyttet hele familien til Amsterdam på grunn av hans jobb. Familiebåndene var sterke i Mariannes familie og Ole Didrik hadde nok ikke reist uten familien sin.

Familien hadde der gode, opplevelsesrike år sammen. Marianne savnet nok jobben sin og vi var svært glad for å kunne benytte henne som vikar når hun var på besøk i hjemlandet. På den måten holdt Marianne kontakten både med yrket sitt og sine kollegaer.

Vi var alle glade da vi kunne ønske henne velkommen tilbake i august 2008.

Marianne var nært knyttet til Dovre og Kongsvoll. Hun gledet seg åpenbart over å invitere kollegaer dit. Det ble en praktfull tur, for Sandvika distrikt. Herlig togtur, en flott velkomst i nydelig natur, med kultur og historie i stuen på Kongsvoll, og moskus på menyen. Marianne var der, men som ofte ellers, beskjeden i kulissene. Hun så til at alt var til det beste for alle sammen. Vi hadde også en flott tur sammen til Lofoten på helsesøsterkongress i 2010.

Et nytt familiesenter med ny flott helse-

stasjon sto klar på Storøya, Fornebu og Marianne med sin erfaring og kompetanse var

naturlig å tenke på som leder for denne helsestasjonen. Denne oppgaven fylte hun på en veldig flott måte. Hun var opptatt av helhetlige tjenester til våre brukere og hun visste at det kunne vi få til ved tverrfaglig samarbeid. Hun var et helt, samarbeidende menneske. Slik som Snarøya helsestasjon hadde vært for sin befolkning; et samlingssted hvor nettverk ble dannet, slik har også Storøya helsestasjon blitt, takket være Marianne.

Våre tanker går nå til Ole Didrik, Anders, Marit og Oda med familier. Lille Kristine får dessverre ikke oppleve Marianne som mormor, men Marianne har satt spor hos sine kjære som Kristine vil nyte godt av framover i livet.

Vi ønsker å takke for den gode tiden vi har hatt sammen med Marianne. At vi har fått lov å være hennes venn og kollega.

Vi lyser fred over Marianne sitt minne.

*På vegne av kollegaer
og venner i Bærum kommune.
Anne Korsvold og Berit Kjærnet*



MINNEORD

Til minne om Renate Arild

Det ær med tristhet og djup djup medfølelse for Renates familj, næra venner og næra kollegor jag skriver till er.

I fredags, 9. desember blev Renate borta nær hon var ute och gick med sin hund vid Fossmoen i Målselv. Man har inte funnit Renate och man antar att hon omkommit.

Renate blev utexaminerad helsesøster fra helsesøsterutbildningen i Tromsø våren 2006 och har jobbat i Målselvs kommune. På årsmötet i februar i år blev hon invald i styret i LaH Troms.

Renate hade omsorg och kärlek för alla,

hon tog vara på sina nära och hon var en god väninna.

Hon var duktig helsesøster och mycket reflekterd. När man pratade med Renate fick hon en att många gånger se saker och ting i ett nytt och bättre ljus. Hon var inte rädd för att säga det hon menade och det hon menade stod hon för.

Renate la man märke till. Hon såg sina medmänniskor och brydde seg ärligt och helt om dem. Vi har mist en god, duktig och kärleksfull kollega. Renates barn och man har mist en mor och en hustru, familjen en dotter,

tante, kusine och vänner har mist en nær vän. Låt våra tröstande och varma tankar gå till dem som står henne närmast.

Vi minns Renate som Tydelig, Modig och Stolt.

På vegner av Landsgruppen av helsesøstre NSF i Troms

*Åsa Karlsen
Faggruppelider LaH NSF Troms*



Innmelding



Sendes skjemaet til: Landsgruppen av Helsesøstre NSF, Postboks 272, 6501 Kristiansund N.

Vår hjemmeside: www.sykepleierforbundet.no/helsesostre

Ta gjerne kontakt på lah@sykepleien.no

SKRIV TYDELIG – MED BLOKKBOKSTAVER!

Navn _____

Adresse _____

Postnummer _____ Poststed _____

Stilling _____

Født _____

Arbeidssted _____

Tlf. arbeid _____

E-post _____

NB! Medlemsnummer NSF _____

Helsesøsterutdanning, sted og årstall _____

Dato _____

Underskrift _____

§3 i vedtektene: Medlemskap

I landsgruppen kan opptas medlemmer av NSF, og som har videreutdanning som helsesøster, er sykepleier knyttet til fagområdet, eller er sykepleier under utdanning som helsesøster.

Årskontingent betales og innkreves av NSF og er pr. 2012 på kr 408,-,

Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo



FAGLIGE VEIVISERE FRA LAH

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

Ytterligere eksemplar selges for kroner 150,- pr. veiviser og kr. 100,- pr. foreldrehefte.

Heftene bestilles på astrid.grydeland@bluezone.no eller tlf. 988 53 496.

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