



Tidsskrift for helsesøstre

Nr. 2-2012

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF



TEMA **Kunsten
å holde
seg frisk**

Sykepleien



Hjelp til barn som tisser i sengen

Sengevæting er i de aller fleste tilfeller fysisk betinget. Det skyldes ofte manglende produksjon av det hormonet som styrer urinproduksjonen eller en blære som er for liten i forhold til barnets alder.

Noen barn vokser fra sengevætingen med alderen, mens andre barn har behov for behandling. Kontakt din lege for å få klarlagt årsaken til barets sengevæting.

Inntil rett behandling er funnet og for å unngå besvær og pinlige episoder i barnets hverdag kan DryNites® nattbukser være en stor hjelp. DryNites® har ekstra høy beskyttelse og er dessuten designet slik at de ligner på vanlige underbukser.

DryNites® fås i 3 størrelser til både gutter og jenter.



DryNites®

Bestill en gratis prøve på www.drynites.no



LEDER:
Astrid Grydeland Ersvik

Ungdom nå til dags er flotte

I vår har det nok en gang vært søkelys på frafallet i videregående skole og såkalte «nav'ere». Eifred Markussen og Idunn Seland fra Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) har gjennomført en undersøkelse av bortvalg ved de videregående skolene i Akershus fylkeskommune i skoleåret 2010-2011 (rapport 6/2012). Ett viktig funn var at forhold utenfor skolen er en like viktig årsak til frafall som skoleinterne forhold. Psykiske eller psykososiale problemer, elever som sier de mangler motivasjon og er skoletrøtte, feilvalg, fysisk sykdom, vanskelige hjemmeforhold, rusproblemer, graviditet eller barn oppgis som årsaker til at de slutter på skolen. Innsatsen med å ta tak i og rette opp disse utfordringene bør starte lenge før eleven begynner i videregående skole, og kan ikke være skolens ansvar alene, sier de to forskerne (kilde: forskning.no). Disse funnene kan knapt komme som en overraskelse på noen! Når løsninger diskuteres, må man være villig til å se på innsats fra andre sektorer enn skolen, og forebyggende innsats som starter lenge før videregående skole.

Etter flere uker med sterke vitnesbyrd fra de som ble direkte rammet 22.juli, er det mange av oss som sitter igjen med beundring over spesielt ungdommenes mot, vennskap, uselviskhet og tydelighet i budskapet til både gjerningsmann og samfunn: vi lar oss ikke knekke, men har fått forsterket tro på betydningen av mangfold, åpenhet og solidaritet. De nekter å være ofre for 22.juli for all fremtid, men vender sakte og sikkert tilbake til et normalt liv med venner, familie, skole og jobb. Erfaringene fra sommeren 2011 vil for alltid være med dem (og oss), men

må ikke få overskygge livsgleden og livslysten. For oss som er profesjonelle hjelpere stilles det krav til å se de individuelle behovene i lang tid fremover. Vi skal verken sykeliggjøre de som klarer seg godt eller glemme de som ikke enda takler ettervirkningene av tragedien. Det er i hovedsak ungdom med «suksesshistorier» vi hører om i media. Bak disse er det andre som ikke profileres eller ønsker å profilere seg, og som kan streve med psykiske og fysiske skader, skyldfølelse, sorg og mangelfulle mestringsstrategier. De må ikke oppleve å bli glemt eller oversett av det lokale hjelpeapparatet.

Ungdommen som faller ut av videregående skole, gjør det gjerne mellom skoleår – eksempelvis i løpet av sommerferien. Ungdommene og familiene som ble rammet av terroraksjonen, står snart foran ettårsdagen for hendelsene. Det er mange og gode grunner for at vi som helsesøstre sammen med det øvrige hjelpeapparatet bør ha en ekstra årvåkenhet overfor våre mange flotte ungdommer når sommeren nå står for døren. Planlegg ferieavviklingen slik at de som trenger det, kan få nødvendig bistand og ikke må vente til skolene starter opp igjen. Vi har mange flotte ungdommer – de må vi verdsette og ta vare på!

Når dette skrives, har vi akkurat fått beskjed om at Nasjonalt råd for prioritering og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, har sagt nei til innføring av rotavirusvaksine i Barnevaksinasjonsprogrammet. Det er i tråd med Landsgruppen av helsesøstre sitt synspunkt.

Med ønske om en riktig god sommer til alle!


LEDER AV LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

**TIDSSKRIFT
FOR HELSESØSTRE**

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

ANSVARLIG REDAKTØR:

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

ANNONSER:

Eli Taranger Ljønes
Tlf: 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

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

Nina Hauge

nina.hauge@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter

sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO: Colourbox

NESTE UTGAVE: 18. oktober 2012

REDAKSJONSKOMITÉ

**Styret i LaH Sør-Trøndelag har hatt
ansvaret for denne utgaven av Tids-
skrift for helsesøstre. Følgende har
vært med i redaksjonen:**

Vibeke Olufsen
Kirsten Karmark
Bjørge Todalshaug
Oddlaug Børseth Brekken
Hanne Mjøen
Ann-Magrit Lona
Lena Hotten Skibnes
Randi Remhaug Hoaaas



18 RØRIS: Morsom trim
for barn.



28 VIKTIG VERN: Forebygg smitte
av resistente stafylokokker.



Innhold

NR. 2-2012

«Jeg vil benytte enhver anledning til å si at jeg elsker dem.»

Reidar Hjermann om helsesøstre s. 10



3	Leder
9	LaHs styre og lokale faggrupeledere
10	Reidar Hjermann: Helsesøstre er altfor greie
14	Helsesøstre i Oppdal vil inspirere til bedre helse
18	Enkel trim for barn
20	Hvordan hindre at unge begynner å røyke?
24	Kreative metoder i arbeid med flyktninger
28	Forebygg smitte av resistente stafylokokker
34	Prosjekt for å fremme trivsel og helse
39	Ti tusen tenner i banken
42	Helsestasjon på facebook
46	LEDERSTAFETTEN: Bjørghild Underhaug
48	Ta enkel søvntest
50	Nyttig på nett
54	Samhandlingsreformen betyr mer forebygging
59	Helsesøsterkongressen 2013
60	Rapport fra årets helsesøsterkongress
64	En helsesøsters hverdag
67	LESERINNLEGG: Vanlig melk eller juniormelk?
68	Kritiske blikk på kartleggingsverktøy
72	Oppfølging av hjertesyke barn
74	Vi bare spør
FASTE SPALTER	
6	Smånytt
40	TILBAKEBLIKK: Lærer å legge bleie i 1947
44	Aktuelle bøker

Dropper ut av skolen

Ungdom med dårlig helse har større sjanse for å droppe ut av skolen og bli trygdemottakere, enn jevnaldrende med god helse, viser en undersøkelse.

9000 ungdommer i alderen 13–19 år ble gjennom Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) fulgt gjennom flere år. Da de var 24 år, hadde 17 prosent av dem ikke fullført videregående skole. En overvekt av disse hadde dårlig helse.

NTNU

Færre får pneumokokksykdom

I 2006 ble vaksinen mot pneumokokkbakterien tatt inn i det norske barnevaksinasjonsprogrammet. Allerede året etter kunne man se en dramatisk reduksjon av alvorlig pneumokokksykdom blant barn.

Det ble også påvist færre alvorlige pneumokokkinfeksjoner hos eldre, og forekomsten av antibiotikaresistente pneumokokkbakterier gikk ned. Det viser doktorgradsarbeidet til lege Didrik F. Vestrheim. Han har sett på effekter av pneumokokkvaksinen på sykdom og smittereservoar.

Folkehelseinstituttet

SMÅNYTT

Flest overvektige på landet

Det er flere overvektige barn på landsbygda enn i byene, viser en ny studie. I Barnevekststudien - Barns vekst i Norge, måles høyde, vekt og livvidde i et representativt utvalg av tredjeklassinger i Norge, hvert annet år. Folkehelseinstituttet og Universitetet for miljø- og biovitenskap har brukt dette datamaterialet fra 2008 til å undersøke om overvekt hos tredjeklassinger har sammenheng med om disse bor i byene eller på landsbygda. Studien viser at barn i byene hadde mindre sjanse for overvekt sammenliknet med barn i landlige strøk. Studien viser også at gjennomsnittlig livvidde er lavere hos 8–9-åringene i byene enn blant tilsvarende aldersgruppe på landsbygda.

Det gjensvår å undersøke årsaker til forskjellene som studien viser.

Folkehelseinstituttet og Tidsskrift for Den norske legeforening.



«Det å være småbarnsmor er det mest rocka jeg har vært med på.»

Kari Bremnes

Sunnest i Europa

Norske 10–12-åringene er blant de sprekkeste, minst overvektige og sunneste i Europa. Det viser resultatene fra det EU-finansierte forskningsprosjektet ENERGY. I prosjektet er totalt 7200 barn i alderen 10–12 år fra sju land målt og veid og spurt om enkelte av sine livsstilsvaner. Landene som er med er Norge, Belgia, Hellas, Ungarn, Nederland, Slovenia og Spania.

– 15 prosent av de norske barna var overvektige. Dette er et høyere tall enn ønskelig, men det er betydelig lavere enn flere av de andre landene i studien, forteller professor Elling Bere ved Universitetet i Agder til forskning.no.

Forskning.no



Lytter til foreldrenes råd

Tre av fem ungdommer mener at foreldrene har større påvirkning enn venner når det gjelder rusbruk, viser en undersøkelse.

Funnene knuser dermed den sterke myten om at unge bare rådfører seg med andre unge om rusmidler.

Undersøkelsen som Stiftelsen Bergensklinikkene gjennomførte i 2010, viser også at like mange ungdommer mener foreldrene bør hente dem fra fest, skriver Bergens Tidende.



Forskning.no

Sliter psykisk

Mange ungdommer som har kommet til Norge som mindreårige asylsøkere uten følge av foreldrene sine, har psykiske plager. De opplever mye stress og er ofte ensomme. Likevel utvikler de etter hvert tilhørighet til landet og en følelse av å være norsk. Det viser rapporten «Psykisk helse, mestring og sosial integrasjon» fra Folkehelseinstituttets Divisjon for psykisk helse.

PsykNytt

Bedre for barn på OUS

Oslo universitetssykehus har opprettet et overordnet råd for barn som pårørende. Rådet skal sikre et felles fokus på ivaretagelsen av barn som pårørende på tvers av klinikkene. Det vil ha en koordinerende funksjon, bidra til kompetanseheving, veiledning og oppfølging av de barneansvarlige ved sykehusets enheter.

oslo-universitetssykehus.no



Tekst Johan Alvik Foto Colourbox



Mange har kreftsyke foreldre

Flere enn 34 000 barn og unge under 18 år i Norge, og nærmere 31 000 unge voksne mellom 19 og 25 år har en forelder som har eller har hatt kreft. Det har forsker Astri Syse ved Kreftregisteret kartlagt.

Rundt 700 barn og unge under 18 år vil miste en forelder av kreft i løpet av ett år, og det er mer vanlig å miste en forelder som far enn mor. Antallet unge voksne som mister en mor eller en far i løpet av et år er rundt 800.

Kreftregisteret.no

Plakat for skilte foreldre

Barneombudet har trykket en plakat med barns ønskeliste til foreldre som skilles eller ikke bor sammen. Barna som har gitt innspill til hva som skal stå på plakaten, har selv foreldre som ikke bor sammen.

Barneombudet ønsker at plakaten skal henges opp på ulike steder der foreldre kan ha nytte av innspillene. Det kan være hos helsesøstre, på barnevernkontorer, familievernkontorer og liknende.

Plakaten kan lastes ned på barneombudet.no eller bestilles ved å kontakte Barneombudet på post@barneombudet.no.



Alt det gode fra melken – bare bedre

Å drikke ordentlig melk av kopp er et stort steg, både for det lille barnet og de stolte foreldrene. Kumelk inneholder mange næringsstoffer, men for små barn inneholder den unødvendig mye protein og salt. I tillegg inneholder kumelk veldig lite jern og umettet fett i forhold til barnets behov.

Derfor har Nestlé utviklet NAN Juniormelk som har en optimal og balansert sammensetning for små mager. Perfekt til smårollinger fra de er 18 måneder. Drikkes varm eller kald og fra flaske eller kopp – alt etter ønske. For selv om ernæringsbehovene er de samme, er jo alle barn forskjellige.

Les mer om NAN 4 Juniormelk på www.nestlebaby.no
Flere spørsmål? Send en e-post til barnemat@no.nestle.com



LaHs styre og lokale faggruppelidere 2012-2014



LaH NSF styre 2012-2014



Leder:

Astrid Grydeland Ersvik
Sjursvikveien 36,
6507 Kristiansund N
E-post: lah@sykepleier.no
Tlf. 98 85 34 96



Nestleder:

Eli Taranger Ljønes
Ljønes, 8100 Misvær
E-post: eli.tl@online.no
Tlf. 97 4717 56/95 24 03 28



Styremedlem/kasserer:

Gro Tønseth
Midtgårdvegen 5,
9100 Kvaløysletta
E-post: grotonseth@gmail.com
Tlf. 91 84 48 74



Styremedlem/sekretær:

Torun Rundhovde
Mørenskog
Calle Gran Canaria 28, 29649
Fuengirola, Espana
E-post: torun.morenskog@istorm.no/torunrm@gmail.com
Tlf. +34 61 68 75 668
94 8710 79



Styremedlem/ kommersiell kontakt:

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



Styremedlem:

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



Varamedlemmer:

Randi Sokke Johnsen
Einerkroken 10,
3032 Drammen
E-post: randi.johnsen@ebnett.no
Tlf. 90 55 80 23



Mae Iris Haarstad

Skåråvegen 9, 2672 Sel
E-post: mae-iris.haarstad@oppland.org/maeiris@live.no
Tlf. 91 64 85 38

OSLO

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

ØSTFOLD

Renate Rosèn Skinne,
Skinneveien 36, 1747 Skjeberg
j: 69 16 92 18 m: 99 25 17 57
E-post: carolask@frisurf.no/rrs@sarpsborg.com/
lahostfold@gmail.com

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

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

VESTFOLD

Bente Julie Prydz,
Ollebakken 5, 3215 Sandefjord
p: 41 60 60 08 j: 33 29 53 40/33 29 53 44
E-post: bente.prydz@stiokke.kommune.no/
helsesoster.vestfold@gmail.com

TELEMARK

Lillian Olsen Opedal,
Malervn. 6, 3830 Ulefoss
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

Gunhild Båtnes Lislevand,
Kvernveien 19, 4630 Kristiansand S
m: 97 19 02 07 E-post: Gunhild.Lislevand@kristiansand.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@enivest.net

MØRE OG ROMSDAL

Elin Ukkelberg,
Myrvn. 25, 6421 Molde
P: 90 83 35 52 j: 71 26 82 50/ 97 09 53 60
E-post: elin.ukkelberg@frana.kommune.no/
elin.ukkelberg@gmail.com/
lah.more.romsdal@gmail.com

SØR-TRØNDELAG

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

NORD-TRØNDELAG

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

NORDLAND

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

TROMS

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

FINNMARK

Kjerstin Møllebakken,
Porsveien 14, 9912 Hesseng
j: 98 97 76 70 /67
m: 95 15 46 70
p: 95 15 46 70
E-post: kmo@svk.no

STÅ PÅ KRAVA: Reidar Hjer-
mann oppfordrer landets hel-
sesøstre til å marsjere i gatene
med krav om å få flere
helsesøsterstillinger.
Denne uken går han av
som barneombud.



– Helsesøstre er altfor greie

Helsesøstre bør ikke godta at de blir pålagt flere arbeidsoppgaver, uten at de blir flere til å dele på jobben, mener avtroppende barneombud Reidar Hjermann.

Tekst Johan Alvik

Foto NTB Scanpix/Luca Kleve-Ruud og Barneombudet

– Helsesøstrene må definitivt være mye mer til stede i skolen enn de er i dag. De må rett og slett få flere hender og flere hjerner. De må få et større fagmiljø og bedre arbeidsvilkår. I dag blir de tillagt den ene arbeidsoppgaven etter den andre – enten det er vaksinerings mot svineinfluensa eller hva det måtte være. Samtidig får de færre stillinger, og det er helt umulig å kombinere. Jeg synes at helsesøstrene er altfor greie. De burde ha marsjert i gatene og sagt at dette finner vi oss ikke i, sier Reidar Hjermann.

Elsker helsesøstre

Reidar Hjermann får ikke fullrost landets helsesøstre. Han har vært barneombud siden 2004, og truffet mange.

– Engasjementet deres er helt fantastisk! Ofte tenker jeg: «Hvor henter de alle kreftene sine fra?»

Hjermann sier han tror han vet svaret på det spørsmålet.

– I møte med barn og unge ser helsesøstre hvor enormt viktige de er, og

dermed får de et driv som man sjeldent ser andre steder. De kan se direkte resultater av sin aktivitet hver eneste dag, og det må være veldig inspirerende, sier han og legger til:

– Jeg vil benytte enhver anledning til å si at jeg elsker dem.

Må være mer til stede

Hjermann skulle ønske at helsesøstre hadde hatt mer tid å bruke sammen med barn og unge.

– Mitt minne fra helsesøster da jeg gikk på skolen, var at hun alltid var der, men i dag er jo helsesøster en ikke-person for veldig mange barn, og det er ytterst problematisk. Helsesøstre burde stille krav om å få mange flere timer ansikt til ansikt med barna, sier Hjermann.

Han mener at det også er svært beklagelig at helsesøstre noen steder ikke har kapasitet til å gå på hjemmebesøk.

– De må trumfe beslutningstakere

BARNEOMBUDET

Barneombudet er en statlig institusjon som jobber for barns rettigheter. Ombudet har jobben i et åremål på seks år. Tidligere kunne ombudet sitte i to perioder på fire år, men dette ble endret i 2009. Cirka 20 personer er ansatt hos barneombudet.

som sier at de ikke skal dra på hjemmebesøk. Jeg mener at hjemmebesøk må prioriteres. Det er altfor mange barn som utsettes for vold og forsømmelse, som ikke blir fanget opp. Helsesøstre kunne avdekket slike forhold ved besøk i hjemmet og koblet inn barnevernet.

Godt samarbeid

Reidar Hjermann synes at samarbeidet med Landsgruppen av helsesøstre har vært svært bra.

– Det er den fagforeningen som jeg har jobbet tettest faglig sammen med. Og det har jo sammenheng med



DET ER STORE SOSIALE FORSKJELLER i levekårene til norske barn, både når det gjelder psykisk helse, økonomi og ikke minst somatisk helse, sier Reidar Hjermann.

at fagforeningens ønske for faget og sine medlemmer og mine ønsker om den faglige utviklingen innenfor helsesøstertjenesten har hatt veldig stort sammenfall. Jeg ønsker meg bedre arbeidsvilkår for helsesøstrene, slik at de skal kunne gjøre en enda bedre innsats for barna.

FOR FÅ I TJENESTEN

Mange steder i landet er det for få helsesøstre, og i noen kommuner er det verre enn i andre. Det har ført til oppslag i media. Her er noen:

Helsesøstre i Oslo har tre ganger flere elever enn anbefalt, skriver Dittoslo.no 15. mars i år.

Fire bydeler i Oslo har ikke helsesøstre nok til å dra på hjemmebesøk. Ingen av helsestasjonene i Oslo følger Helsedirektoratets anbefalinger, skriver Aftenposten 13. mars 2012.

Stavanger mangler 31 helsesøstre, ifølge Aftenbladet.no 12. desember 2012.

I Fredrikstad har hver helsesøster tusen elever, mens Helsedirektoratets føringer ligger på halvparten, meldte NRK 26. mai 2011.

– Hva er ditt ønske for Landsgruppen av helsesøstre sitt framtidige samarbeid med barneombudet?

– Jeg kan bare si at mitt samarbeid med landsgruppens ledelse er fantastisk. Og jeg må takke for at de har tatt meg så godt imot. Hvis de bare er i nærheten av å være like mye på tilbudssiden overfor min etterfølger, så vil nok det nye barneombudet bli veldig takknemlig.

Våg å være synlig

Barneombudet har en utfordring til landets helsesøstre. Våg å være mer synlige!

– Ja, i likhet med veldig mange andre i det jeg kaller for hjelpe- og trøstebransjen, er vi for dårlige til å kommunisere

missleverandører i media. Det burde helsesøstrene også være, for de er en stor gruppe med fagpersoner og de sitter inne med kunnskap og erfaring som ingen andre har. Jeg skulle ønske at helsesøstre tok mye større plass i mediene og at de viste seg fram som eksperter på barn og unges liv på en mer aktiv måte enn de gjør i dag. Helsesøstre bør bli enda mer trygge på at de forvalter et fagområde som ingen andre kan så godt som dem.

– Har du noe tips til helsesøstre om hvordan de skal få mer plass i media?

– Ring journalister, ta kontakt, inviter dem inn. Ikke vær fornøyd for alle i bygda vet hvem du er. La janteloven ligge, og ikke bry deg hvis noen kaller

«Jeg vil benytte enhver anledning til å si at jeg elsker dem.»

i offentligheten. Jeg sier vi, for jeg er psykolog og tilhører denne bransjen. Jeg vil utfordre helsesøstre på det å være mer synlig. Vi ser at legeforeningen stadig vekker fremme som faglige pre-

deg pr-kåt. Du er i media fordi du har en viktig oppgave å utføre, og det er å fortelle om hva som er bra eller ikke er bra, for å gjøre vilkårene best mulige for den oppvoksende generasjonen.

Hjermann trekker frem artiklene i Tidsskrift for helsesøstre, og tipser om at artikkelforfatterne burde skrive om temaene også i andre media.

– Mange av artiklene i Tidsskrift for helsesøstre har stor verdi å lese for andre enn helsesøstre. Når du har skrevet en artikkel til et fagtidsskrift, har du jobbet

– Det var stas, sier Hjermann.

Men Hjermann har ikke fått til alt han har satt seg fore. Han trekker frem kampen om skolemåltid som et eksempel.

– Jeg har vært en pådriver for å få innført skolemåltid i Norge. Jeg hadde en stund tro på at det skulle gå bra, for

«Det er altfor mange barn som utsettes for vold og forsømmelse, som ikke blir fanget opp.»

så mye med den at du med letthet kan avføde et eller flere leserbrev til lokalavisene eller riksmidier, sier han.

Vil påvirke samfunnet

Det er åtte år siden Reidar Hjermann ble barneombud. Hva var det som fristet han til å ta på seg en så personfokuset og krevende oppgave?

– Jeg jobbet som psykolog i psykisk helsevern for barn og unge, og hadde daglig inne barn som var et resultat av store systematiske svik i samfunnsorganiseringen. Jeg ønsket å få en posisjon hvor jeg kunne påvirke hele samfunnsorganiseringen, slik at jeg kunne gjøre samfunnet bedre for mange barn, ikke bare hjelpe ett og ett barn i terapirommet. Derfor søkte jeg stillingen som barneombud, og jeg er veldig glad for at jeg fikk anledning til å prøve meg.

Hjermann synes han har fått utrettet mye i jobben. Han er fornøyd med at barn i større grad trekkes inn som eksperter i det å være barn og ungdom i planleggingen både lokalt og sentralt i Norge. Selv bruker han barn som rådgivere på flere områder. Han har ekspertgrupper som består av barn som har noe å lære bort, fordi de har erfart det selv. Blant annet er det en ekspertgruppe med ungdommer som var på Utøya, en gruppe med barn som har foreldre som ruser seg og barn som har opplevd overgrep.

Barn var også med og ansatte det nye barneombudet.

det var positive politikere der ute, men foreløpig har det ikke lyktes.

Hjermann mener at en av grunnene er at matpakka har stått veldig sterkt hos dem som bestemmer i dag.

– De som i dag er voksne i beslutningsposisjoner hadde selv et matpakkereregime som fungerte ganske bra i sin skoletid. Men hvis de hadde sett på hvordan det står til i dag med de økende sosiale helseforskjellene som vi har i Norge, så hadde de nok forstått at skolemåltidet er en av de tingene vi er nødt til å innføre for å bøte på forskjellene. Et skolemåltid hadde også hatt betydning for prestasjonene på skolen, for hva man spiser kan påvirke hvor godt man presterer, sier Hjermann.

– *Hva har vært den største utfordringen i jobben?*

– Å prioritere riktig. Det er svært mange områder som fortjener oppmerksomhet når det dreier seg om barns rettigheter. Hvis jeg skulle gjort noe annerledes, ville jeg ha jobbet mer for å bedre levekårene til funksjonshemmede hjelpetrengende barn. De er altfor prisgitt økonomien i den enkelte kommune.

– *Hva er ikke bra med norske barn sin situasjon i dag?*

– Det er fremdeles store sosiale forskjeller både når det gjelder psykisk helse, økonomi og ikke minst somatisk helse. Og kommunestruktur og organisering av det kommunale selvstyre gjør at det er for store forskjeller på hvilke til-

VIL HA MER TIL HELSESØSTRE

På barneombudet.no/publikasjoner kan du laste ned rapporten Status for barns rettigheter, som tar for seg barns situasjon i Norge og hva barneombudet anbefaler myndighetene å gjøre for å bedre forholdene. Rapporten peker på en rekke utfordringer. Om skolehelsetjenesten står følgende: «Over lengre tid har det vært en nedgang i kommunenes prioritering av de primære helsetjenestene rettet mot barn og unge, deriblant skolehelsetjenesten. Barneombudet er svært bekymret for kommunenes manglende prioritering av ressurser til denne tjenesten. (...) Barneombudet anbefaler en nasjonal satsing med øremerkede midler for å styrke og gi et solid løft til skolehelsetjenesten.» I rapporten står det også at Barneombudet anbefaler en nasjonal satsing med øremerkede midler for å styrke og gi et realløst løft til helsestasjonstjenesten.

DET NYE BARNEOMBUDET

Norges nye barneombud er Anne Lindboe. Lindboe er utdannet cand.med fra Universitetet i Oslo. Hun har vært overlege ved Barneavdelingen ved Oslo universitetssykehus siden 2008, og har også vært forsker på Folkehelseinstituttet siden 2010. I tillegg er hun tilknyttet Statens barnehus i Oslo og er også medisinsk sakkyndig. Anne Lindboe blir det første barneombudet som kun skal sitte i én periode på seks år. Det første barneombudet var Målfrid Grude Flekkøy. Hun fungerte fra 1981 til 1989. Hun ble etterfulgt av Trond-Viggo Torgersen og deretter Trond Waage. Reidar Hjermann tiltrådte i april 2004.

Kilde: Barneombudet.no og Regjeringen.no

bud barn får, avhengig av hvor de bor.

– *Hva synes du om at du må gi fra deg jobben?*

– Jeg er tilhenger av åremål, og synes det er positivt at Barneombudet blir tilført nye ideer og ny kunnskap, sier Hjermann, som ser frem til sommerferie hos svigerforeldrene i Frankrike. Der skal han tenke over hvor veien skal gå videre.

– Det er ikke umulig at jeg kommer til å jobbe mer med barn, sier han. ■

Vi vil inspirere til bedre helse

I Oppdal har vi satt i gang nye tiltak for å bedre barn og unges helse, i samarbeid med skole, barnehage og andre sektorer.



Av Nina Jensen Mjølén, helsesøster, fagansvarlig for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Oppdal kommune

I 2009 tok helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Oppdal kommune et valg om å endre kurs. Gjennom flere år hadde vi da erfart at vår virksomhet i stadig økende grad brukte tid og ressurser på sekundær- og tertiærførebyggende tiltak. Vi valgte derfor å se nærmere på mulighetene for å ta i bruk andre metoder, for i større grad å lykkes med å stimulere til positive ressurser for barn og unges helse.

Vi var klokkeklare i vår tro på at selve basisprogrammet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ikke bare er et formelt krav til vår virksomhet, men også selve «ryggraden» i forhold til å utvikle nye tiltak. Vi erkjente også at vi gjennom å samhandle med andre ville øke sannsynligheten for måloppnåelse. Sist men ikke minst tok vi utgangspunkt i sentrale nasjonale føringer og lokalt erfarte behov.

Kursendringen skulle medføre en tydelig satsing på folkehelse. Vi arbeidet ut ifra følgende hovedmålsetting: Barn, unge og familiers muligheter- og mestringskompetanse knyttet til å ta positive valg for egen helse skal styrkes.

Vår første satsing «Førskulevukku» ble en realitet våren 2009. I 2010 fulgte vi opp med «Jenter i Fokus», og «Gutter i Fokus» så dagens lys i 2011.

Førskulevukku

I løpet av en uke om våren kalles alle barn, som skal begynne på skolen til høsten, inn til ordinær førskolekonsultasjon. Her kan flere barn og foresatte dele forventninger og fellesskap frem mot skolestart. I tillegg til lege og helsesøster møter alle fysioterapeut. Hovedtema er motorisk utvikling/fysisk aktivitet, ernæring og overgang til skolen.

OPPDAL KOMMUNE

Innbyggere: 6769	Videregående: 1
Barnehager: 9	Oppslutning HPV-vaksine 2012: 86 %
Barneskoler: 6	
Ungdomsskole: 1	

Ved hjelp av Oppdal kvinne- og familielag skapes venterommet om til en oase av frukt og grønt.

Alle barnehager i kommunen blir på forhånd informert om «Førskulevukku». Dette bidrar til at flere av barnehagene forteller barna litt mer om hva «en helsesøster egentlig er for noe», samtidig som de kan ha ekstra fokus på hovedtemaene. Mange av barna kan stolte fortelle at de har øvet seg på å måle høyde, om mat de har laget eller om morsomme turer sammen med barnehagen.

Grupperommet på helsestasjonen strippest møbler, og inn kommer fysioterapeut, matter, baller, hoppetau og rokkeringer. Det henges opp kart over familievennlige turområder og informasjon om de mange aktivitetstilbudene som finnes i kommunen. Forstørrede kartutsnitt av boligstrøk med veinett gir barna mulighet til å peke på og fortelle om skolevegen sin. I rommet får barna raskt øye på både sykkelhjelm, skolesekk og gode sko – et supert utgangspunkt for dialog om sikker og aktiv skolevei. Aktivitet og dialog med utgangspunkt i det enkelte barns ferdigheter og interesser gir gode vilkår for positiv bekreftelse og oppmuntring til positive valg. Foreldrerollen og foreldreansvaret knyttet til «aktive barn» er også en del av dialogen. Barna synes at det er stor stas å få med seg en aktivitetsleke hjem.



FØRSKULEVUKKU: Sigrid Pettersen, Ida Selvaag, Tabitha Asifiwe Kirago Nundu, Johan J. Holm, Niklas White og Sander Horvli møttes under Førskulevukku. Foto: Randi Kalseth, Oppdalingen

Ved å invitere samarbeidspartnere inn, opplever vi at førskolefamiliene får et forsterket tilbud og helsesøster får friggitt noe tid. Dette medfører at vi, uten å bruke mer tid per konsultasjon, kan ha et ekstra fokus på ernæring og overgangen til å bli skoleelev.

På helsesøsters kontor hører barna at det er noen som hvisker – det er sjiraffen Georg som flere av barna kjenner igjen. Og mange husker at det «jammen er viktig med frisk luft i lungene».

Georg har for anledningen nettopp begynt på skolen. Helsesøster kan fortelle at Georg har følt seg så trøtt og slapp i det siste, og at han har fortalt helsesøster at han pleier å ha med bare brus og godterier i matpakka. Georg trenger åpenbart hjelp! Og så er vi i gang. Selv den mest sjenerte førskolegutt mestrer å formidle gode forslag om hva Georg heller kan ha i matpakka og hva som er «bra mat for kroppen». Dere helsesøstre erfarer nok det samme som oss: Når utgangspunktet for dialogen ikke er helsesøsters mange gode råd, men barnet og familiens kunnskap og kompetanse, da skjer det noe positivt. Ressurser for helse kommer virkelig i fokus. Samtidig erfarer vi at familien og helsesøster får et positivt fundament for videre samarbeid, også når endring av livsstil er av betydning for videre helseutvikling.

Førskolefamiliene får med seg idehefte «mat på tur» og «nøkkelråd for et sunt kosthold».

Når en riktig så opplagt Georg kommer på et overraskende besøk etter at barna har begynt på skolen, ja

da husker elevene hvordan de hjalp Georg. Positive ressurser for helse løftes frem, og de beste forutsetninger for helseopplysning og dialog er igjen tilstede. Besøkene er alltid avtalt med skolen på forhånd og koordinert slik at ernæring også er tema i skolehverdagen. Når Georg kommer på besøk seinere i løpet av småtrinnet, har kanskje elevene jobbet både hjemme og på skolen med for eksempel å klippe ut bilder av matvarer for å lage en «Matpyramide» eller tatt med en oppskrift på noe «sunt og godt» som lærer har samlet i et idehefte. Det er alltid populært når helsesøster har med Georg. Georg er forøvrig en særdeles god lytter og hvert besøk tar ikke lang tid.

Vi erfarer at mestring og positive valg blir en «snakkis» i foreldregruppa, barnegruppa, blant lærere og ansatte i barnehagene. Men vi erfarer også at vi har lykket med å sette «snakkisen» inn i et system, slik at den dukker opp igjen og igjen. Det er morsomt å se at «snakkisen» er der også når gutter og jenter i 7. trinn møtes gjennom fokussamlingene.

Jenter i Fokus

Da føringene om HPV-vaksinering kom, må vi være ærlige å innrømme at en viss frustrasjon over «nok en gang – nye oppgaver» gjorde seg gjeldende. Vi opplevde å bli plassert i en situasjon hvor vi måtte prioritere bort noe, for å frigi tid til HPV-vaksineringen. Vi var absolutt ikke villige til å prioritere bort



SLAPP SJIRAFF:

Sjiraffen Georg kommer på besøk på Førskulevukku. Han er trøtt og slapp og barna kommer med forslag til hvordan Georg skal komme i bedre form.



JENTER I FOKUS: Mia, Ida og Hanne er i full gang med å komponere sin egen kornblanding. Irene, Marlene, Siri Mette og Brit gleder seg til det blir deres tur. Foto: Morgan Frelsoy, journalist/fotograf OPP

vår helsefremmende satsing og holdt stø kurs. Vår mulighet ble å kombinere HPV-vaksinering og helsefremming gjennom samhandling. Vår mulighet heter «Jenter i Fokus».

Basisprogrammet for skolehelsetjenesten ble igjen utgangspunktet for å invitere og involvere samarbeidspartnere. Fysioterapeuter, folkehelseressurs i kommunen, tannhelsetjenesten, skolene, frivillig sektor, fylkesmannen og alle helsesøstre bidro, og så var vi i gang.

Alle jentene på 7. trinn i kommunen inviteres til tre samlinger på helsestasjonen. Vi søker å skape en sosial møtearena hvor jentene kan bli litt kjent med hverandre. Et delmål er å trygge overgangen fra barneskolene over til en felles ungdomsskole. Hver samling starter med HPV- vaksine. Samtlige helsesøstre samarbeider om vaksinegjennomføringen og vi erfarer at det går raskt og greit. Jentene selv sier at de «helt glemmer å grue seg til vaksinen neste gang». Vi opplever at jentens utsagn stemmer og at de er positivt forventningsfulle i forhold til hvilke tema og aktiviteter resten av samlingene skal handle om.

I hver samling har vi helseopplysning og dialog med jentene. Et av delmålene er å heve jentenes kompetanse knyttet til ernæring, tannhelse, fysisk

aktivitet og psykisk helse. Videre har vi en klar målsetting om å bidra til etablering av gruppenormer for positive valg. Alle samarbeidspartnere bidrar på tema, ut ifra fagkompetanse.

I tillegg til at det er rikelig med frukt og grønt på helsestasjonen, serverer vi felles lunsj. Første samling har vi fokus på sunne, spennende og egenkomponerte kornblandinger. Andre samling står grovt brød, hjemmebakket knekkebrød og kreativt tilbehør på menyen. På den siste samlingen koser jentene seg med forskjellige salater, sunne dressinger og grovt brød. Valg av hva vi serverer er gjort med tanke på at jentene selv skal mestre å lage det samme hjemme, enten til frokost, matpakke eller noe å bite i etter skoletid. Jentene får med seg oppskriftene og andre forslag til sunne valgmuligheter.

Hver samling inneholder aktivitet i basseng. Fysioterapeutene gjennomfører en svært positivt evaluert økt med jentene. Et av våre delmål har vi valgt å formulere slik: Fortsatt fysisk aktiv som ungdom. Vi tenker at en tydelig helsefremmende målformulering hjelper oss med å velge virkemidler som lokker frem kompetanse, positive ressurser og synliggjøring av mulige valg. Vi erfarer at vi gjennom målformulering holder oss selv på fortsatt stø kurs, hvor faktorer som det å fremme helse vektet i større grad enn bare fokus på å unngå sykdom.

Vi erfarer at vi ved å invitere til fokussamlinger får til noe mer enn om vi hadde valgt å ta for oss «ett og ett tema – hver for oss». Vi erfarer at jentene gir oss tilbakemeldinger på at de opplever at samlingene handler om dem og deres hverdag. Det handler ikke bare om vaksine, å spise sunt, pusse tenner eller å være fysisk aktiv, det handler om noe mer. Sammen utgjør det en helhet. I dette tenker vi at det ligger en betydelig samhandlings- og helsegevinst.

Oppdalsguttene gav jo umiddelbart beskjed om at det på ingen måte var greit at det var bare jentene som fikk denne muligheten. Et av innspillene kom sågar i form av: «Det er urettferdig at det bare er jentene som får vaksine og være i bassenget». Lite visste vel gutten om at vi også lar oss provosere en smule over at det er «jenters kropp er i alle aldre» som må ta hovedansvaret for beskyttelse mot HPV-virus og graviditet. Vel, nok om den saken! Gutter i fokus er nå en realitet, det skulle bare mangle!

Gutter i Fokus

Dette er på ingen måte lillebroren til jentens tilbud, men i høyeste grad et likeverdig medlem av helsefremmingsfamilien! Alle gutter på 7. trinn

i kommunen inviteres til to samlinger på helsestasjonen. Guttenes samlinger er bygd over samme lest som jentesamlingene. Temainnholdet tilsvarende jentesamlingene, men i tillegg er sinnemestring og sjalusi eget tema. Guttene får også servert lunsj og deltar i aktiviteter som basseng, samarbeidsøvelser, lek og styrke. Vi har erfart at vi lykkes best med guttene når helseopplysning og dialog blir en naturlig del av selve aktiviteten. Vi har vært så heldige å få med oss dyktige menn i forhold til aktivitetene. Lærere og ressurspersoner fra idretten stiller opp og er viktige bidragsyttere inn i samarbeidet.

Vi er glade for at fylkesmannen de to første årene bidro med økonomisk støtte. Ved oppstart hadde vi i tillegg god nytte av samarbeid med folkehelseressurs i kommunen. Vi har møtt på utfordringer underveis, men gjennom samarbeid har vi jobbet videre og funnet løsninger. I dag står fokussamlingene stadig på egne ben som en integrert del av skolehelsetjenestetilbudet i vår kommune.

Samhandlingsgevinst

Ved å bygge nye tjenestetilbud ut i fra etablert helsestasjons- og skolehelsetjenesteprogram, når vi alle.

Tiltakene blir da en del av en systematisk og helhetlig folkehelsesatsing i kommunen. Ved å ta i bruk allerede etablerte samarbeidsrelasjoner med skole, barnehage og frivillig sektor erfarer vi svært positiv samhandlingsvilje.

Samhandlingsgevinsten handler ikke bare om selve prosjektene. Gevinsten handler også om hvordan det å jobbe sammen gjennom felles prosjekt og

«Vi erfarer at mestring og positive valg blir en snakkis.»

målsetting bidrar til en generell styrket samhandling internt i vår kommune. Økt kunnskap om hverandres kompetanse bidrar til mer samhandling, bedre koordinerte og helhetlige tjenester.

I en hektisk helsesøsterhverdag opplever vi å jobbe mye alene. Fokusprosjektene er en herlig mulighet også for oss helsesøstrene til å jobbe sammen med hverandre. Og så er det noe med den følelsen vi sitter igjen med når dagen er gjennomført – det er rett og slett helsefremmende også for helsesøster å jobbe med positive ressurser for helse. ■



Nytt på nett om akne!

- Logg deg inn nå på www.akneakademiet.no

Nå finnes det to nye nettstedet om akne som er frie for produktinformasjon – Akneakademiet og omkviser.no.

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

Og elever som vil vite mer om kviser, kan du henvise til omkviser.no! Siden er skrevet for ungdom, slik at de lett skal ta til seg informasjonen som står der.

OMKVISER.NO

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology





Enkel trim

RØRIS er et trimprogram for barn fra seks til ni år. På Hitra har vi etablert det ved alle skoler og barnehager.



Av Marit K. Olsen
Helsesøster og FYSAK
koordinator i Hitra
Kommune

Gjennom FYSAK initierte vi i 2008 etablering av idrettsforeningen Friskis & Svettis Hitra. F & S har blant annet ett bevegelsesprogram for barn 6–9 år kalt RØRIS. Dette har vi nå etablert på alle skoler og barnehager som et verktøy i hverdagen. Det innebærer at vi årlig sørger for kursing av lærere i RØRIS og slik sikrer kontinuitet. Barnehagene har sin Mini-RØRIS som ikke krever kursing. Man beveger seg etter lystbetont musikk med instruksjoner. Programmet inneholder øvelser som er faglig begrunnet i forhold til kondisjon, bevegelighet, styrke, balanse og avslapning. På kurset lærer vi om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og hjernens funksjon/betydning for konsentrasjon og læring.

Jeg tror at grunnen til at dette verktøyet blir brukt, er at det er lett tilgjengelig, enkelt å bruke og kan brukes som et avbrekk på noen minutter eller i en gymsstime. Erfaringer fra lærere er blant annet at barna blir mer konsentrerte etter å ha kjørt en RØRIS.

Selv om dette i utgangspunktet er laget for barn i alderen 6–9 år, har det på Hitra mye større bredde enn som så. Hittil har vi brukt RØRIS på helsestasjonen, i barnehage, barne- og ungdomsskole, videregående skole, personalmøter, oppvarming i forbindelse

med idrettsarrangement og i ledermøter hos Rådmannen.

Det siste er innføring av MandagsRØRIS på alle skoler, barnehager og noen enheter. Det betyr at vi starter uka med en ti minutters RØRIS, slik at vi kommer i gang med arbeidet vårt med ny energi og latter. Å ha det litt artig sammen, skaper glede og samhold, og vi lærer å ikke ta oss selv for høytidlig. For barn betyr det også noe at de voksne er gode rollemodeller og delaktig i samme aktivitet.

Helsesøster i front

Jeg jobber 65 % som helsesøster og 15 % som FYSAK koordinator i Hitra Kommune. Jeg har vært ansatt som helsesøster her siden 1999, men hadde et avbrekk der jeg jobbet som yrkesfaglærer i videregående skole på Hitra. FYSAK er en modell for forankring av fysisk aktivitet som en langsiktig helsestrategi i kommunen. Denne kombinasjonen i jobben, gjør at mitt engasjement for betydningen av fysisk aktivitet i det helsefremmende arbeid har økt. Jeg er også blitt mer og mer opptatt av innenfor hvilket arbeidsområde helsesøster bør være. Vi vet at helsesøster har en funksjon som kan være altomfattende, og tilsyn i helsestasjon- og

MORSOM MOSJON: Bevegelsesprogrammet RØRIS består av enkle øvelser og blir ledet av en voksen.



«Man beveger seg etter lystbetont musikk.»

for barn

skolehelsetjeneste i Trondheim avdekket i 2011 at oppgavene var for mye dreid mot barnevern. Jeg opplever at vi nå må stoppe opp og tenke hvilken funksjon helsesøster skal ha? Hva er vår primære oppgave?

I denne tiden med Samhandlingsreform og ny Folkehelselov er øynene rettet mot nye måter å tenke på og bevisstgjoringen omkring det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Som helsesøster har jeg hatt gleden av å bruke RØRIS i ulike sammenhenger. Å gjøre en aktivitet sammen med barn gir et godt utgangspunkt for en god samtale etterpå, blant annet i skolehelsetjenesten. Dessuten har jeg kombinert denne aktiviteten med kostholdsopplegg i skolen.

Kommuneledelsen med på laget

Forankring i ledelse har vært viktig. At vi har en rådmann som har fått tittelen «folkehelserådmann» (tiltelt T-skjorte med denne tittel av FYSAK) og som går inn for oppgaven med ekte engasjement, gjør jobben vår enklere og artigere. Også enhetsledere er positive og vi opplever å møte velvilje i det vi gjør.

Helsesøster må være i «bevegelse» i takt med tiden, selv om vi har lovpålagte oppgaver som skal gjøres, har vi også muligheten til å jobbe med kreativitet og tenke nytt.

Samfunnet endres raskt og det utfordrer oss i møte med våre brukere og deres behov. Hvor skal vår innsats

være? Fra A til Å? Eller bør vi stoppe opp og tenke hva som tjener vår oppgave best? Jeg er etter mange års erfaring ikke i tvil om at vi må bevege oss mer tilbake til det primærforebyggende og helsefremmende arbeidet. Vi må bli tydeligere overfor administrativ og politisk ledelse, men det krever at vi først selv er bevisst og trygg på vår kompetanse og vårt ståsted. Ny helse – og omsorgstjenestelov vil utfordre oss i forhold til mer fokus på profesjonsnøytralitet.

Sats friskt

Jeg er for tiden heldig å jobbe i en kommune som sats friskt, Hitra livsstil – og folkehelsecenter er forhåpentligvis en realitet i 2012/2013 og det har vært givende å få være med også i denne prosessen. Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid mot et felles mål.

Det er viktig å ha fokus på det man har tro på og brenner for, det gir glede og engasjement i jobben. Mulighetene er mange, det gjelder å se dem.

Spill på lag med folk som gir deg energi og mot, og konsentrer deg mindre om dem som tapper deg for energi!

Hilsen en helsesøster som liker å være i «bevegelse» både bokstavelig og i overført betydning. ■

Vil du vite mer om RØRIS, se www.friskissvettis.no eller ta kontakt med Marit Olsen på e-post: marit.olsen@hitra.kommune.no



Kan helsesøster at unge begynner

En av skolehelsetjenestens viktigste oppgaver bør være å hindre barn og ungdom i å begynne med røyk eller snus. Da nytter det ikke å jobbe alene.



Av Espen Sletvold,
rådgiver i Kreftforeningen

Fremdeles er nesten en femtedel av den norske befolkningen mellom 16 og 74 år dagligrykere. Blant ungdom mellom 16 og 24 år er det i overkant av en tidel som røyker daglig. Mens andelen røykere er nærmest halvert de siste 15 årene, ser vi dessverre en helt annen utvikling når det gjelder snus. Riktignok snuser ikke mer enn 8 prosent av den voksne befolkningen daglig, men blant ungdom mellom 16 og 24 år har det skjedd en dramatisk utvikling de siste årene. Blant unge menn er det hele 25 prosent som er dagligsnusere, og blant unge kvinner 11 prosent.

Ny folkehelselov

Kampen mot tobakken er langt fra vunnet. Skal vi løse det største helseproblemet vi har i Norge, fordrer det også en innsats fra helsesøstrene som møter barn og ungdom. De kan spille en helt avgjørende rolle. Forskning viser nemlig at om man ikke har begynt med tobakk før man er 20 år, er sannsynligheten for at man noen gang begynner svært liten. Det handler om å forebygge mange år med uheld, og stor risiko for å utvikle både hjerte- og karsykdom og en lang rekke

«Det første skolen må bli enig om er en egen tobakkspolicy.»

kreftsykdommer. For helsesøsteren som til enhver tid skal jobbe med de store folkehelseutfordringene, må dette være en av de aller viktigste arbeidsoppgavene.

Tobakksforebyggingen har dessverre som andre av skolehelsetjenestens oppgaver, lidd av at tjenesten i

Tobakksfri skoletid

Kreftforeningen har i flere år jobbet aktivt for tobakksfri skoletid i den videregående skolen, det vil si at det ikke skal være tillatt for verken elever eller ansatte å bruke snus eller røyke så lenge skoledagen varer. Som et ledd i denne satsningen har Kreftforeningen utviklet ressursnettsiden: «Tobakksfri skoletid» til hjelp for skolene: http://www.kreftforeningen.no/forebygg/tobakk/tobakksfri_skoletid

Fri-programmet er et treårig skoleprogram for ungdomsskolen. Programmet handler først og fremst om tobakk, men metodene man lærer kan også brukes på flere livsstilsområder.

Det er Helsedirektoratet som står bak programmet

På nettsiden fristedet.no kan man lese mer om innholdet og melde seg på.

Artikkelforfatteren, Espen Sletvold, har sammen med kollegene Marit Svisdahl og Frank Herman Hernes laget rapporten: Elevene og maktene: Hvordan fungerer et tobakksforbud i den videregående skolen i praksis.

mange kommuner har få ressurser til rådighet, og er kraftig underdimensjonert i forhold til oppgavene som skal løses. Derfor opplever kanskje mange helsesøstre i dag at de står maktesløse og ser på at skolens røykehjørner brukes flittig, og at snusleppene blir flere og flere både blant gutter og jenter. Den nye folkehelseloven sender imidlertid tydelige signaler om at kommunene nå må ta det helsefremmende arbeidet på alvor. Det betyr forhåpentligvis at skolehelsetjenesten får større prioritet når budsjettene lages. Like viktig er det at loven slår fast at folkehelse ikke er helsetjenestens ansvar alene, men derimot et sektorovergripende område som omfatter alle tjenestene i kommunene. Det gjelder selvfølgelig også skoletjenesten. I denne


hindre å røyke?

markeringen i loven kan man også lese en oppskrift på hva helsesøster bør vektlegge i det tobakksforebyggende arbeidet. Skal hun lykkes, må hun finne gode alliansepartnere. Med ny folkehelselov i hånden er tidspunktet inne for å gå på frierferd til rektor.

En skole må forstås som et eget lite samfunn, hvor de ulike strukturene, kulturen og samspillet mellom de forskjellige aktørene er med på å påvirke elevenes valg – også om de begynner med tobakk. Er røyking utbredt blant vennene til en elev, øker sjansen for at også denne eleven begynner å røyke. Om en lærer ikke bryr seg om å håndheve et snusforbud – eller kanskje til og med snuser selv, er det med på å undergrave forbudet. Disse åpenbare erkjennelsene bør ligge til grunn for all tobakksforebygging i skolen. I dag fungerer dessverre skolen som en rekrutteringsarena for nye tobakksbrukere. Skal denne utfordringen løses må skolens administrasjon, lærerne, elevene og skolehelsetjenesten spille på lag.

Tobakkspolicy

Det første skolen må bli enig om er en egen tobakkspolicy. Skoler som har en tydelig tobakkspolicy (retningslinjer) som etterleves, har betydelig færre elever som røyker og snuser enn de skoler som har utydelig eller ingen policy. Skolenes innstilling og tilnærming har med andre ord stor betydning for elevenes sjanse til å forbli snus- og røykfri. En tobakkspolicy er en støtte for skolens personale og elevene i det forebyggende arbeidet. En policy er noe som alle på skolen må etterleve. Den gjør det enklere for de voksne å ha en felles tilnærming hvor



NEI TAKK: Hvis man klarer å forhindre folk fra å røyke i ung alder, er det svært liten sjanse for at de begynner senere i livet.



alle ser og følger opp på en konsekvent måte, slik at det blir tydelig for elvene og de ansatte hva som gjelder. Retningslinjene må utarbeides ut ifra de forutsetninger som gjelder for hver enkelt skole og i samarbeid med personalet og elevene. I en slik prosess skjer det samtidig en forankring, og det er den aller viktigste delen av arbeidet.

På den enkelte skole har helsesøsteren en naturlig rolle som initiativtaker til å utforme en egen tobakkspolicy og sørge for at den blir forankret på en god måte. En måte å jobbe på kan være å sette ned en egen arbeidsgruppe med lærere, elever og eventuelt foreldre som former et utkast til slike retningslinjer. Utkastet bør blant annet beskrive hva som er bakgrunnen for og målsettingen med å ha en slik policy. Den må også ta stilling til hvilke lover og regler som skal gjelde for tobakksbruk og hvordan reglene skal håndheves.

Etter at arbeidsgruppen har tatt stilling til de ulike spørsmålene, bør forslaget sendes ut på høring slik at alle parter som blir berørt og som det er ønskelig å involvere, får uttale seg. Det være seg personalgruppen, de enkelte klassene og foreldreutvalget. Målet med en slik prosess er å sikre at alle synspunkt og standpunkt blir hørt, samtidig som alle aktørene også opplever at de blir hørt. En slik forankring bidrar til at policyen har en felles legitimitet og forståelse hos alle som må samhandle om at skolen ikke skal være

en rekrutteringsarena for snusere og røykere.

Helsesøster som strateg

Det eksisterer allerede i dag gode hjelpemidler for skoler som ønsker å angripe tobakksutfordringen på en strategisk og konstruktiv måte. FRI-programmet er det største systematiske tobakksforebyggende undervisningsprogrammet i ungdomsskolen og har dokumentert effekt. Sammenlignet med klasser som gjennomfører annen type tobakksundervisning, er det kun halvparten så mange som røyker og bare en fjerdedel som bruker snus i FRI-klassene. Programmet legger nettopp opp til et samspill mellom lærere, helsepersonell, foreldre og lokalmiljøet – med eleven i sentrum. For den videregående skolen har Krefthforeningen etablert en egen ressurside på nett hvor man kan få tips til hvilke grep man kan ta for å nå målsettingen om et tobakksfritt skolemiljø.

FRI-programmet og nettsiden er selvfølgelig også nyttig for en helsesøster som vil sette i gang jobbingen med en tobakksstrategi. For noen kan det likevel virke utfordrende å starte en slik prosess. Men å innta rollen som strateg er noe man får igjen for siden. Felles rammer og dokumenterte vedtak minsker risikoen for at helsesøsteren blir en ensom ildsjel i det tobakksforebyggende arbeidet. Om hun likevel må spille rollen som masekråke, gir tobakkspolicyen henne noe å slå i bordet med, og minne både lærere og skolens ledelse om at dette er et lagspill. En tobakkspolicy kan gi klare føringer og rutiner for hvordan felles vedtak skal følges opp og fordele ansvar, slik at tobakksforebyggingen blir skolens ansvar, og ikke helsesøsterens alene. Den kan også bidra til at det er en langsiktighet som preger tobakksarbeidet og ikke enkeltstående stunt.

Mange helsesøstre kjenner seg igjen i betegnelsen «ensom ildsjel». Og vi trenger virkelig ildsjelene som brenner for tobakksforebygging.

Men ildsjelens viktigste oppgave er å sette hele skolen på fyr og sørge for at bålet brenner bra uten hennes hjelp. Skal vi lykkes i å løse tobakksutfordringen, må helsesøsteren spille rollen som strateg. Så får vi bare krysse fingrene for at kommuner og skoler kjenner sitt ansvar og bidrar med ressurser og velvilje. ■

«Skal vi lykkes i å løse tobakksutfordringen, må helsesøsteren spille rollen som strateg.»



POPULÆRT: Blant unge menn er det hele 25 prosent som er dagligsnusere og blant unge kvinner 11 prosent.

HVOR VAR DET JEG FIKK TAK I...?



Hodeomkretsband

Enkel og pålitelig måling av barns hodeomkrets.
Laget av teflon – strekkes ikke som
vanlige målbånd.



Enuresealarmer

Kvalitetsalarmer for utlån til foreldre.
Enkle i bruk. Vi gir veiledning og råd!



Sammenleggbar spedbarnsvekt

Populær, lett og praktisk
spedbarnsvekt for hjemmebesøk.

Før: kr 4990,-

Nå: kr 3990,-

inkl. bæresekke, mva. og frakt!



Helsesøsterbutikken

www.helsesøsterbutikken.no • Telefon: 21 09 54 40

ALLTID GRATIS FRAKT!

Kreative metoder i arbeid med flyktninger

Kan kunst- og uttrykkspedagogiske metoder fremme helse blant flyktninger? For å forske på dette gjennomførte vi et kurs for kvinner i Sande.



Av Berit Viken
Førstelektor ved Fakultet
for helsevitenskap,
Høgskolen i Vestfold

Helsefremmende arbeid er en sentral del av helsetjenester til flyktninger i kommunen. I dette arbeidet benyttes det ulike metoder, både individuelle og grupperettet. For å videreutvikle disse metodene, utarbeidet vi et kurs basert på kunst- og uttrykkspedagogiske metoder, i grupper med flyktningkvinner i Sande. Hensikten var å gi kvinnene muligheter til å reflektere over sin livssituasjon, få fram egne ressurser, og på lengre sikt fremme deres helse. Et videre siktemål var at kurset skulle gi en gjensidig læring mellom helsepersonell og flyktninger.

Bakgrunn

Vår antagelse var at ved å bruke kreative metoder i en gruppe kunne flyktningene finne tilbake til, eller oppdage, egne styrker og ressurser. Gjennom ulike kunstuttrykk, som bevegelse, rytme, bilde, poesi, fortellinger og drama, ville deltagerne

uttrykke erfaringer og følelser, og dele dem med andre (1). Dette kunne igjen kunne gi dem en bedre mestring av dagliglivet i Norge. Helsepersonell ville få bedre innsikt i flyktningenes opplevelse av sin situasjon, og et bedre grunnlag for å gi gode helsetjenester til denne gruppa.

Gruppemøter og kommunikasjon

Kurset ble tilbudt kvinner med flyktningebakgrunn som var elever ved voksenopplæringen i kommunen. Helsesøster ga både skriftlig og muntlig informasjon om kurset. Noen av kvinnene som meldte seg på kurset hadde bodd i Norge i flere år og hadde også gått på norskkurs tidligere, mens de fleste var relativt nyankomne i kommunen. Det var 13 påmeldte til kurset og deltagelsen varierte fra 11 til 8. Den siste dagen var alle tilstede, pluss to kvinner deltagerne hadde invitert med seg.

Gjennomføring

I utgangspunktet ønsket vi at programmet for hvert enkelt gruppemøte skulle utformes i samarbeid med deltagerne, men dette ble vanskelig på grunn av språkbarrieren og fordi vi ikke hadde tolker.

Deltagerne deltok likevel i ulike aktiviteter og vårt inntrykk etter første kurskveld var at bevegelse vakte interesse og engasjement. Den andre kurskvelden hadde vi derfor fokus på rytme. Som et eksempel kan nevnes at deltagerne etter at de hadde beveget seg til ulike rytmer, skulle skrive ned ord de assosierte med rytme. Her fikk kvinnene satt noen ord på sine opplevelser slik som:



MALTE SINE TANKER: Den første kurskvelden fikk deltagerne tenke på "et sted det er godt å være". Etterpå malte de det de hadde tenkt på. En av kursdeltakerne malte familien sin i en grønn eng en solskinsdag. Foto: Berit Viken

Bevegelse, tromme, hjemland, Afrika, deilig, bra for kroppen, glad og frisk, ned i vekt, liker trening, viktig for damer og menn, kvinne, menstruasjon, bølger, syng - danse, barn - ungdom - gammel, måne - sol, dag - natt, vinter - vår - sommer - høst, lys - mørke, bråk - stille.

Den første kurskvelden fikk deltagerne også litt tid til å tenke på "et sted det er godt å være". Etterpå malte alle med akrylfarger. Det ble mange fargerike bilder med motiver som familie, sol, hestehov, strand og vann.

Den tredje kurskvelden jobbet deltagerne med leire. Dette vekket stort engasjement og de jobbet konsentrert med å lage ulike figurer. Det ble laget krusker, kasseroller og skåler slik de husket dem fra barndommen. Noen lagde også andre menneskefigurer fra dagliglivet, som de beskrev blant annet som: "Mor og far som sitter ute og drikker te mens to barn sover inne i en hytte", og "Kvinne som vasker klær, og klær som henger til tørk".

Her kom kreativiteten blant deltagerne virkelig fram. Denne gangen reflekterte de også mer rundt uttrykkene. De sa blant annet at det var fint å jobbe med leiren og at de likte å jobbe med hendene.

Matlagingsdag

Etter ønske fra deltagerne satte vi av en hel dag til å lage norsk mat som avslutning av kurset. Menyten ble satt opp i fellesskap og var: Fiske- suppe, grønnsakspizza, brød bakt i steinovn og

«Dagen ble en stor suksess.»

eplekake. Vi fikk hjelp fra Bondekvinnelaget i Sande til å bake brød i steinovn. Denne type oven kjente mange av deltagerne igjen fra sitt tidligere hjemland. Dagen ble en stor suksess, og her opplevde vi at språkproblemene var mindre fordi vi gjorde praktiske ting sammen. Det kom også spørsmål fra deltagerne om vi kunne fortsette med kurset.

Gruppeintervju

For å evaluere kurset, innså vi at det var nødvendig med tolker. Vi foretok derfor et gruppeintervju med ni kvinner og tre tolker i språkene dar, arabisk og somalisk. Fokuset var på deltagerne opplevelse av kurset. Her kom det fram mange tanker

og refleksjoner. En deltager sa at hun i begynnelsen bare satt og tenkte på familien og barna - etter hvert slapp de tankene og hun var mer tilstede i gruppa. En annen skjønte ikke hvorfor vi skulle leke, fordi det var noe barn gjorde. Fellesskapet, samtalene og etter hvert de forskjellige uttrykkene og bevegelsene satte de fleste stor pris på.

Deltagerne uttalte at de syntes det var fint å kunne uttrykke seg på forskjellige måter, men de skulle ønske at de kunne lære praktiske ferdighe-

«En annen skjønte ikke hvorfor vi skulle leke, fordi det var noe barn gjorde.»

ter, som søm, strikking, matlaging (norsk mat), sykling og svømming. Flere deltagere mente det var bra å bli kjent med hverandre på en ny måte og snakke sammen. En deltager sa at hun likte aktivitetene og bevegelsen, musikken og å snakke norsk. En annen sa at kunst- og uttrykk er å lære mer om seg selv, og at vi viser tanker og følelser ved å leke. Andre synes det var bra med assosiasjoner, for å lære nye ord og "utvide horisonten". Alle syntes også det var flott med tolk, en sa: "Vi kan reflektere mer over det vi har gjort med tolk".

Muligheter og utfordringer

Under gruppeintervjuet ble det tydelig for oss at vi skulle ha gjort alt som sto i vår makt for å ha tolk på det første informasjonsmøtet. Når vi hadde tolker på gruppeintervjuet, fikk deltagerne endelig satt ord på hva de tenkte. Vi som var gruppeledere fikk også forklart bedre hva vi hadde ment. Deltagerne ga en god evaluering av kurset, men det var tydelig at de i starten ikke hadde forutsetninger for å forstå hva det dreide seg om.

Diskusjon

Det tok tid å skape tillit i gruppa i Sande. Språkproblemer og metoder som var helt nye for deltagerne førte til at utveksling av informasjon ble vanskelig. Alle ga imidlertid uttrykk for at de likte bevegelse til musikk. Melinda Meyer har tidligere brukt et bevegelsesprogram basert på kunst- og uttrykksterapi i arbeid med bosniske flyktninger på Fossnes asylmottak (2). Formålet var å formidle kunnskap om normale reaksjoner på unormale situasjoner, og at flyktningene skulle få økt selvtil-

lit og oppleve mestring, samt en bevissthet om at de kunne gjøre noe hver dag for å hjelpe seg selv både som individer og gruppe. I ettertid sa flere av deltagerne i dette programmet at de ønsket å fortelle andre flyktninger at det hadde hjulpet, og de mente at det burde gis til alle flyktninger som lever i mottakssentre i Norge (3).

Dette kunne gjenkjennes i gruppa i Sande, hvor deltagerne var mest fornøyd med bevegelse og oppvarmingsøvelser. Vårt utgangspunkt var imidlertid at kursdeltagerne skulle reflektere over erfaringer, tanker og følelser knyttet til sin livssituasjon i et nytt land. Newsome, Henderson og Veach har beskrevet bruk av kunst- og uttrykkspedagogikk i gruppeveiledning. De hevder at kreative tilnærminger i veiledningen kan hjelpe deltagerne til å øke sin personlige oppmerksomhet og at slike metoder styrker gruppesamholdet (4). I gruppa i Sande var det vanskelig for deltagerne å reflektere over kunstuttrykkene i starten, både på grunn av usikkerhet om hva de skulle gjøre og språkbarrieren. Etter at vi hadde arbeidet med leire, var det imidlertid mange av deltagerne som snakket om opplevelser i landet de vokste opp. Her nærmet vi oss hensikten med kurset.

Martin Seligman har forsket på hva som gir psykisk sunnhet, det han kaller positiv psykologi. Han hevder at det er viktig for ethvert menneske å finne sine signaturstyrker og bruke dem aktivt i hverdagen (5). Signaturstyrker er det man selv synes man er god på. Ved å fokusere på det man kan, framfor det man ikke får til, vil mennesker kunne få en bedre mestringsfølelse. Men for å bemyndige flyktninger er det viktig at de selv er med på å bestemme om de ønsker å delta i tilbud fra helsetjenesten og hvordan disse tilbudene skal utformes. Bemyndigelse innebærer at gruppelederne må dele makten med deltagerne (6). De bør være samarbeidspartnere som tilbyr ulike metoder for å dekke deltagerens behov.

Deltagerne opplevde sosial støtte og dette kan gjøre dem bedre i stand til å fylle sine funksjoner i hverdagen. Antonovskys begrep "Følelse av sammenheng" innebærer forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (7). Etter hvert som deltagerne forsto mer av det vi gjorde, kunne de håndtere øvelsene vi ga dem og oppleve det som meningsfullt. Dette kom klart fram når de jobbet med leire. Å være med i en gruppe, treffe andre kvinner og prate sammen ble også opplevd som meningsfullt i seg selv.



POPULÆRT: Kursdeltakerne likte å forme figurer i leire. Denne skulpturen viser kvinne som vasker klær, og klær som henger til tørk. Foto: Berit Viken

Konklusjon

Forskningsspørsmålet i dette prosjektet var om kunst- og uttrykkspedagogiske metoder i grupper kan fremme helse blant flyktninger. Dette var sannsynligvis urealistisk å få besvart på åtte uker. I tidligere litteratur er det påvist nytte av bevegelse og avspenning hos nyankomne flyktninger. Dette kom også fram i gruppa i Sande. Deltagerne sa også at de syntes det var bra å treffe andre og snakke sammen. Vi opplevde en vilje til å forstå, veilede hverandre og å bruke sine ressurser i det å forklare for hverandre. Kvinnene var meget aktive i det de var gode på, de fikk brukt noen av sine signaturstyrker, som å danse og få med hele gruppen. Latteren satt løst og kvinnesamhørigheten var sterk.

Vi som var ledere lærte mye av å gjennomføre kurset, blant annet om behovet for tolk i oppstartfasen og hvor viktig det er at tilbud rettes mot kvinners opplevde behov. I videre grupperettet arbeid med flyktninger er det først og fremst vesentlig å få fram hva som er deres behov. Samarbeid med lokale organisasjoner er også viktig, slik som matlagingsdagen i samarbeid med Bondekvinnelaget, nettopp fordi det dekket et opplevd behov hos kvinnene. ■

Referanser:

1. DeMott MAM, Ødegaard AJ. Estetisk veiledning dialog gjennom kunstuttrykk. Oslo: Universitetsforl.; 2008.
2. Meyer M. I eksil fra kroppen - stressforebyggende tiltak for flyktninger. Oslo: Psykososialt senter for flyktninger, UiO; 1996.
3. Meyer MA. Repatriation and Testimony. Oslo: Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress; 2007.
4. Newsome DW, Henderson DA, Veach LJ. Using Expressive Arts in Group Supervision to Enhance Awareness and Foster Cohesion. *Journal of Humanistic Counseling, Education & Development*. 2005 Fall;44 (2):145-57.
5. Seligman MEP, Tangeraas TM. Ekte lykke den nye positive psykologien. [Sandvika]: Kaleidoskopet; 2007.
6. Starrin B, Heyerdahl C, Askheim OP. Empowerment i teori og praksis. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
7. Antonovsky A. Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzel Forlag; 2000.



Forebygg smitte av resistente stafylokokker

Stadig flere i Norge blir smittet av CA-MRSA. Hvilke tiltak kan settes i verk for å forebygge og begrense smitte utenfor helseinstitusjoner?



Av Mona Tsahai Kildal, avdelingshelsesøster Grünerløkka Smittevern.

Gule stafylokokker (*Staphylococcus aureus*) hører til menneskets normalflora på hud og slimhinner og det smitter fra person til person primært ved direkte kontaktsmitte ved at smittestoffet overføres når personene har kroppskontakt. Indirekte kontaktsmitte via gjenstander og luftsmitte via avstøtte hudceller, kan også forekomme. Allerede i 1960-årene ble det rapportert om antibiotikaresistente gule stafylokokker ved helseinstitusjoner særlig i USA og England (1), såkalte meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA). Problemet har vært økende i store deler av verden med unntak av Skandinavia og Nederland hvor mindre enn 5 % av de gule stafylokokkene ved bakteriemi har vært meticillinresistente. (2) I 2004 utgav Folkehelseinstituttet i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet en nasjonal veileder for å forebygge infeksjoner med meticillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA) i helsetjenesten.

«Målet for tiltakene og strategien mot MRSA i Norge er at MRSA skal holdes borte fra norske helseinstitusjoner slik at empirisk antibiotikabehandling for blant annet pneumonier og bakteriemier ikke behøver å dekke MRSA.» (3)

I de senere tiårene har det internasjonalt vært rapportert om økende forekomst og utbrudd av MRSA-stammer som ikke har kjent relasjon til helseinstitusjoner, omtalt som Community-associated MRSA (CA-MRSA) eller på norsk samfunnsvervet

MRSA, hos friske yngre mennesker og ofte barn. De fleste infeksjoner assosiert med CA-MRSA er milde hud- og bløtdelsinfeksjoner, men noen infeksjoner har vært meget alvorlige med blant annet nekrotiserende pneumoni og andre livstruende infeksjoner som endocarditt. (4) Også i Norge spres CA-MRSA i nye grupper uten kjent sykehusopphold eller annen kjent eksponering for MRSA. Ifølge Folkehelseinstituttet har man de siste årene sett et gradvis skifte til disse nye stammene også på sykehus. (5) Spørsmålet blir da hvilke forebyggende tiltak, utenom sanering og screening, som bør iverksettes i forhold til CA-MRSA og eventuelt i hvilke miljøer disse tiltakene bør gjennomføres?

Metode

Artikkelen baserer seg på fagartikler av nyere forskning, nasjonale og internasjonale anbefalinger og veiledere om temaet. Litteratursøkene har vært gjort via PubMed og Cochrane Library. Det benyttes også erfaringsbasert kunnskap fra egen praksis som smittevernansvarlig helsesøster i kommunehelsetjenesten.

Funn

CA-MRSA har blitt identifisert som den vanligste årsaken til hud- og bløtdelsinfeksjoner som abscesser, furunkler og pusslesjoner. (1,2,6,7)

VASK HENDENE: God håndhygiene er ett av de viktigste enkelttiltakene for å forebygge smittespredning. Foto: Colourbox



Infeksjonen spres lett i miljøer hvor personer har tett fysisk kontakt som skoler, barnehager, idrettsmiljøer og fengsler (1,6) eller i trangbodde hushold/hjem. (8) Det fremkommer av litteraturstudiet at det foreligger enighet om risikofaktorer/risikogrupper for både bærerskap og infeksjon med CA-MRSA. Intravenøs stoffmisbruk (1,9,10,11), hjemløse (10,11), personer aktive i nærkamp- og lagsport (1,9,10,11), barn under 2 år (10,11), menn som har sex med menn (6,11,12) og personer med eksem (11,12) er de vanligste risikogrupperne.

Funn I: Tiltakene som anbefales i Canada og USA for å forebygge og begrense smitte av CA-MRSA utenfor helseinstitusjoner er av generell karakter. Rådene er rettet mot enkeltindivider om å praktisere god hygiene til enhver tid og i alle situasjoner.

- Regelmessig håndhygiene og kroppsvask med såpe og vann. (13)
- Alltid dekke til alle sår med bandasje inntil tilheling. (13)
- Ikke dele brukte håndklær, personlige hygieniske artikler som tannbørste, hårbørste, neglefil og barberhøvel med andre personer uten tilstrekkelig rengjøring imellom. (11)
- Hudkremer, lotion, kosmetikk og liknende artikler som er i kontakt med huden, bør ikke benyttes av flere personer. (11)
- I forhold til idrettsmiljøer og da særlig der hvor tett kroppskontakt forekommer, anbefales rengjøring av fellesutstyr som for eksempel hjelmer. Fortrinnsvis etter hvert bruk eller minimum én gang i uken. (11)

Funn II: Adam Hersh et. al gjennomførte en kvalitativ studie i 2009 blant 29 pediatere i primærhelsetjenesten i San Francisco Bay området i forhold til

«Ved påvist MRSA skal personalet utenfor helseinstitusjoner bruke hansker og munnbind og eventuelt engangssmittefrakk.»

oppfølging av hud- og bløtdelsinfeksjoner (skin and soft-tissue infections, SSTI) forårsaket av CA-MRSA hos barn. (12) Mange av legene gav uttrykk for usikkerhet i forhold betydningen av forebyggende tiltak, mangel på kunnskapsbaserte strategier og frustrasjon på grunn av mangel på konsensus om verdien av tiltakene.

Funn III: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sin opplysningskampanje «National MRSA Education Initiative: Preventing MRSA Skin Infections» kommer med konkrete tiltak som skal forhindre spredning av MRSA i samfunnet. Kampanjen gir økt oppmerksomhet og bevissthet blant helsepersonell og spesielt blant foreldre i forhold til å identifisere og forebygge hud- og bløtdelsinfeksjoner forårsaket av MRSA. (13,14,15)

Diskusjon

Det fremkommer i dette litteratursøket at det foreligger betydelig flere internasjonale forskningsartikler om CA-MRSA utenfor helseinstitusjoner, enn publiserte skandinaviske artikler, som i hovedsak tar for seg MRSA på sykehus og sykehjem. Dette kan gjenspeiles av den høye forekomst av CA-MRSA i land som for eksempel USA, Australia, Canada og Storbritannia. De første tilfellene av CA-MRSA i USA ble publisert i en studie fra 1982 utført blant intravenøse stoffmisbrukere i Detroit. (5) I Canada ble det første tilfellet rapportert i 1990 blant urbefolkningen i Alberta. (5) Det ble da antatt at spredningen skjedde i miljøene på grunn av dårlige hygieniske forhold og et tett befolket samfunn.

Å identifisere en ekte community-associated MRSA kan være vanskelig på grunn av en tveetydig definisjon av tilstanden. Tradisjonelt har CA-MRSA vært definert som en infeksjon som er påvist innen 48 timer etter sykehusinnleggelse, hvis det ikke er dokumentert at smitten har skjedd i løpet av et tidligere sykehusopphold i det siste året. Denne definisjonen er ikke tilfredsstillende, da MRSA bærerskap kan vedvare årevis etter ervervelse. (5) Det er nå påvist at CA-MRSA skiller seg genetisk fra MRSA stammer som opptrer på sykehus og landtidsinstitusjoner som sykehjem (HA-MRSA), ved at de har andre Staphylococcal Chromosomal Cassett gen (SCCmec), vanligvis SCCmec IV og V (1). De er mindre resistente enn HA-MRSA og de har ofte et PVL (Panton-Valentine leukocidin) toksin som gir ødeleggelse av leukocytter og nekroser i vev. PVL antas å være årsaken til deres økende virulens. (6,7)

Som følge av at det har vært en usikkerhet i hvordan MRSA bør håndteres utenfor sykehus, har flere land laget egne retningslinjer for behandling og forebygging av CA-MRSA. I 2007 ble det offentliggjort canadiske retningslinjer som er beregnet på helsepersonell, inkludert fastleger, laboratoriepersonell, sykepleiere, hygienikere, veterinærer og andre som har direkte pasient kontakt, men tiltakene er rettet



DEKK TIL: Sår skal tildekkes med bandasje for å forhindre smittespredning. Foto: Colourbox

i forhold til forebygging og kontroll av CA-MRSA i ulike samfunnsmiljøer som private hjem, barnehager, skoler, fengsler og idrettsmiljøer. (11)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) påpeker betydningen for en vellykket forebygging av MRSA infeksjoner i samfunnet generelt, at alle praktiserer god håndhygiene med grundig vask med såpe og vann eller bruk av hånddesinfeksjonsmiddel. I tillegg skal alle sår og overfladiske skader i hud rengjøres og tildekkes med bandasje inntil tilheling. Det anbefales videre at man unngår kontakt med andre personers sår og bandasjer, og at man ikke deler personlige hygieniske artikler som håndklær og barberhøvel. (13,14,15) Ved påvist hudinfeksjon med CA-MRSA skal for eksempel håndklær bare brukes én gang før vask og ikke deles med andre i husstanden eller andre steder. (15)

Fagmiljøer nasjonalt og internasjonalt diskuterer hvilke enkelttiltak som er mest effektive i forhold til forebygging og begrensning av CA-MRSA utenfor helseinstitusjoner. Gjennomført litteratursøk blant annet i Cochrane Library, avdekket ingen konsensus på dette spørsmålet. Det er allikevel godt dokumentert i litteraturen at god håndhygiene med såpe og vann eller bruk av alkoholbasert hånddesinfeksjonsmiddel er et generelt viktig smitteforebyggende tiltak. Det er derfor også et viktig tiltak ved CA-MRSA. Gule stafylokokker smitter vanligvis ved direkte kontaktsmitte fra person til person. Siden CA-MRSA ofte forårsaker hudinfeksjoner med abscesser og pusslesjoner (1,2,6,7), er det viktig å kontrollere

sårsekretet slik at smitte ikke kan skje ved direkte eller indirekte kontakt.

Helsemyndighetene oppfordres til å utarbeide kommunikasjonsstrategier overfor den generelle befolkningen og særlig overfor risikogrupperne / risikomiljøene som tidligere definert (11). CDC har lansert sin opplysningskampanje; «National MRSA Education Initiative: Preventing MRSA Skin Infections» (15), som også er tilgjengelig på internett. I tekst og bilder blir foreldre informert om MRSA med slagordet « A child's first line of defense against MRSA; a well-informed mom / parent». På denne måten har amerikanske helsemyndigheter utformet en kommunikasjonsstrategi som skal nå både befolkningen og profesjonelle helsearbeidere. Ved at store deler av befolkningen har en grunnleggende kunnskap om forekomsten av MRSA, symptomer på hudinfeksjoner som kan være forårsaket av CA-MRSA og konkrete smitteforebyggende tiltak, er det mulig å begrense smitten også utenfor helseinstitusjoner.

I Norge ble MRSA-infeksjoner meldingspliktig til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) i 1995. Senere har også bærerskap blitt meldingspliktig, men Folkehelseinstituttet kan ikke utifra de opplysninger som ligger i MSIS skille klart mellom samfunnsrelatert MRSA (CA-MRSA) og sykehusrelatert MRSA (HA-MRSA), men de har tilleggsopplysninger om pasienten var innlagt på helseinstitusjon eller ikke når MRSA ble påvist. (16) I 2006 ble 58 % av de meldte tilfellene påvist hos personer som ikke var innlagt i helseinstitusjoner,

og de fleste av tilfellene ble oppdaget hos barn under ti og voksne i alderen 20 – 49 år. (16)

Folkehelseinstituttet kom med ny MRSA-veileder - smittevern 16 i 2009, hvor de kommer med konkrete råd om håndtering av MRSA i primærhelsetjenesten på bakgrunn av en markant økning av antall påviste MRSA-tilfeller utenfor sykehus. (17) Veilederen definerer helsetjenester utenfor institusjon på følgende måte:

«Med helsetjenester utenfor institusjon og

«Helsesøstre gir ofte uttrykk for usikkerhet i forhold til hvordan MRSA-positive gravide, mødre og barn skal håndteres.»

hjemmetjeneste menes alle undersøkelses- og behandlingssteder som ikke er tilknyttet en helseinstitusjon. Eksempler på dette er kontor eller senter for fastleger og spesialister, tannleger, helsesøstre og jordmødre, kiropraktorer, fysioterapeuter og annet helsepersonell, samt røntgeninstitutter og lignende undersøkelsessteder.» (17)

Veilederen gir ingen generelle råd i forhold til tiltak den generelle befolkningen kan iverksette for å forebygge infeksjoner og da særlig hud- og bløtdelsinfeksjoner forårsaket av CA-MRSA, slik som amerikanske helsemyndigheter gjør i sin kampanje « National MRSA Education Initiative: Preventing MRSA Skin Infections.» (15) I «Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)», foreligger det et forslag om å vurdere behovet for å utarbeide informasjonsmateriell som plakater og brosjyrer, i forhold til MRSA. (18)

Utenfor helseinstitusjoner følges en begrenset strategi i motsetning til let-og-utrydd strategien som er vedtatt for sykehus og andre helseinstitusjoner i forhold til MRSA. (19) Det betyr at det ikke utføres aktiv leting etter meticillinresistente bakterier i samfunnet, men når CA-MRSA blir påvist skal sanering og eventuelt smitteoppsporing tilbys. (19) Veilederen anbefaler:

«Smitteoppsporing rundt personer med MRSA når den smittede eller dennes husstandsmedlemmer/partner er pasient eller arbeider i helseinstitusjon eller i hjemmesykepleien eller har økt risiko for infeksjon eller bærerskap.» (17)

Personer med påvist bærerskap anbefales ingen endringer i dagliglivets aktiviteter som skole, barnehage, eller andre gjøremål utenfor helsevesenet. (17) Dette innebærer at disse miljøene bør ha kunnskap om betydningen av godt daglig renhold og god håndhygiene for alle som ferdes i miljøet for å kunne redusere smitte.

Scenario 1: Barn som har hudlesjoner med påvist MRSA anbefales å være hjemme fra barnehagen inntil sekresjonen har avtatt slik at hudlesjonen kan tildekkes på en forsvarlig måte og man har kontroll på sårsekretet. (5)

Scenario 2: Ett barn har fått påvist bærerskap med MRSA, men dette er ukjent for de barnehageansatte. Barnets foresatte har ikke informert om tilstanden, noe som er i tråd med veilederen som ikke anbefaler å informere barnehagen eller skolen om påvist MRSA hos barn. (17) I den samme avdelingen som det aktuelle barnet går, kan det være barn som er mer utsatt for smitte ved at de for eksempel har kronisk eksem eller innlagt dren (peg). I utgangspunktet skal ikke de barnehageansatte ha behov for spesifikk informasjon om en MRSA-tilstand, da de skal ha tilfredsstillende hygieniske rutiner i barnehagen som er med på å redusere faren for smitte fra barn til barn. I barnehager som har barn som av ulike årsaker er mer mottagelig for generell smitte, bør rutineene være innskjerpet og optimalt utført til enhver tid. Men erfaringer fra influensapandemien i 2009/2010 bekrefter at den generelle hygienien i barnehager kan bli bedre. Med økt fokus på generelle forebyggende tiltak som hånd- og hostehygiene, ble det i media rapportert om betydelig redusert sykefravær blant både barn og ansatte i barnehager i løpet av pandemien. Dersom smitte forebygges bedre i barnehagene, vil man indirekte kunne redusere antibiotikaforbruket blant barna (18), som igjen gir en gunstig situasjon for å unngå utviklingen av resistente bakterier.

De anbefalte smitteverntiltakene for helsepersonell er at alle skal følge basale smittevernrutiner ved kontakt med pasienter inkludert god håndhygiene. Basale smittevernrutiner refererer til generelle tiltak som skal forebygge smitte til og mellom pasienter i helseinstitusjoner ved at alle kroppsvæsker og sekreter ansees som mulig smitteførende. Ved påvist MRSA skal personalet utenfor helseinstitusjoner, inkludert helsesøstre, bruke hansker og munnbind og eventuelt engangssmittefrakk hvis de har direkte pasientkontakt. Alt medisinsk teknisk utstyr eller møbler som har kommet i direkte kontakt med

pasientens hud skal rengjøres og eventuelt desinfiseres umiddelbart etter bruk. (17)

Som det fremgår av den norske MRSA-veilederen kan det være vanskelig å vurdere om personer med MRSA bør følges opp med spesielle tiltak når de ikke arbeider eller bor på helseinstitusjoner og ikke mottar annen helsetjeneste fast (17). Men alle personer med CA-MRSA skal ifølge Smittevernloven få informasjon og personlig smittevernveiledning om hva de kan gjøre for å motvirke at sykdommen blir overført til andre. (20) For å kunne gi tilstrekkelig personlig veiledning må fastlegen ha tilstrekkelige kunnskaper om forebyggende tiltak ved CA-MRSA. Det er avgjørende at den smittede og vedkommendes familie får informasjon om å iverksette basale smitteverntiltak med tilfredsstillende håndhygiene, ikke dele personlige hygieniske artikler som håndkle, vaskeklut, barberhøvel eller klær som kan ha vært i kontakt med infiserte sår eller bandasjer med andre.

Erfaring fra egen praksis som smittevernansvarlig helsesøster i kommunehelsetjenesten, er at mange fastleger gir uttrykk for at de synes MRSA er en vanskelig og tidkrevende problemstilling, spesielt overfor store barnefamilier som bor trangt i små kommunale leiligheter. Helsesøstre gir også ofte uttrykk for usikkerhet i forhold til hvordan MRSA positive gravide, mødre og barn skal håndteres på helsestasjonen. Det er generelt mye usikkerhet i forhold til hvilke forebyggende og begrensende tiltak som bør iverksettes rundt den MRSA positive personen, i tillegg til eventuelle saneringsregimer og videre oppfølging etter sanering.

Konklusjon

Målet for en samfunnsstrategi er å forebygge spredning av MRSA fra en infisert person eller en bærer til andre i familien eller til samfunnet forøvrig.

Fastlegene har en viktig rolle i arbeidet med å forebygge CA-MRSA ved å gi kunnskap til sine pasienter (10) om aktuelle tiltak. Kommunehelsetjenesten ved smittevernet har ifølge Smittevernloven § 7 plikt til å gi råd og veiledning til blant annet helsepersonell, befolkningen generelt og barnehageansatte spesielt, i forhold til forebyggende og begrensende tiltak for å redusere CA-MRSA smitte utenfor helseinstitusjoner. Håndhygiene er påvist som ett av de viktigste enkelttiltakene for å forebygge smittespredning i helsetjenesten. (17) Håndhygiene er også ett viktig tiltak for å forebygge og begrense spredningen av samfunnsvervede meticillinresistente gule stafylokokker, CA-MRSA (10,11), i tillegg til

god generell hygiene (10,12). Enkeltindivider trenger å inneha en proaktiv rolle for å oppnå målet med å redusere og begrense CA-MRSA smitte utenfor helseinstitusjoner ved å iverksette tiltak som bryter smittekjeden. ■

Referanser

1. Lawrence K, Golik M, Davidson L. The role of primary care prescribers in the diagnosis and management of community-associated methicillin-resistant staphylococcus aureus skin and soft tissue infections. *American J of therapeutics* 2009;16:333-38
2. Degré M, Hovig B, Rolland H. *Medisinsk mikrobiologi*. 3. utgave. Gyldendal 2008.
3. Folkehelseinstituttet, Sosial- og helsedirektoratet. Smittevern 10 MRSA-veilederen (2004)
4. Millar B, Prendergast B, Moore J. Community-associated MRSA (CA-MRSA): an emerging pathogen in infective endocarditis. *J of Antimicrobial Chemotherapy*. 2008;61:1-7
5. Folkehelseinstituttet, Smittevern 18, Smittevernboka – kommunehelsetjenesten (2009)
6. Loughrey M, Millar B, Goldsmith C, Rooney P, Moore J. Emergence of community-associated MRSA (CA-MRSA) in Northern Ireland. *Ulster Med J* 2007;72(2):68-71
7. Gardam M. Is methicillin-resistant Staphylococcus aureus an emerging community pathogen? A review of the literature. *Can J Infect Dis* Vol 2000;4:202-11
8. Mollema F, Richardus J, Behrendt M, Vaessen N, Lodder W, Hendriks W et al. Transmission of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus to household contacts. *J Clin Microbiol* 2010;202-07
9. Malik S, Vranken P, Silio M, Ratard R, Van Dyke R. Prevalence of community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus colonization outside the healthcare environment. *Epidemiol Infect* 2009;137:1237-41
10. Hawkes M, Barton M, Conly J, Nicolle L, Barry C, Ford-Jones E. Community-associated MRSA. Superbug at out doorstep. *CMAJ*. 2007;176(1):54-6
11. Barton M, Hawkes M, Moore P, Conly J, Nicolle L, Allen U et al. Guidelines for the prevention and management of community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus: A perspective for Canadian health care practitioners. *Can J Infect Dis and Med Microbiol* 2006;17(Suppl C):4C-24C
12. Hersh A, Cabana M, Gonzales R, Shenkin B, Cho C. Pediatricians' perspectives on the impact of MRSA in primary care: a qualitative study. *BMC pediatrics* 2009;9:27 Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/9/27>
13. Centers for Disease Control and Prevention. Personal prevention on MRSA skin infections. Available from: <http://www.cdc.gov/mrsa/prevent/personal/html>
14. Centers for Disease Control and Prevention. Causes of MRSA Infections. Available from: <http://www.cdc.gov/mrsa/causes/index.html>
15. Centers for Disease Control and Prevention. National MRSA Education Initiative: Preventing MRSA Skin Infections. http://cdc.gov/mrsa/mrsa_initiative/skin_infection/educat_materials.html
16. Elstrøm, P. Forekomst av MRSA i Norge i 2006. MSIS-rapport 2007;22
17. Folkehelseinstituttet, Sosial- og helsedirektoratet. Smittevern 16 MRSA-veilederen (2009)
18. Departementene. Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)
19. Elstrøm, P. Meticillinresistente gule stafylokokker i Norge. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008;128:2730-3
20. Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) nr 55 (8-5-1994)

Skoleprosjekt for å fremme trivsel og helse

For ti år siden var flere skoler på Nordmøre med i prosjektet Trivsel for Mestring. Helsesøster var et viktig ledd i samhandlingskjeden.



Av Audhild Løhre, psykolog og lærer, Post doktor, Senter for helsefremmende forskning HIST/NTNU, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU, Trondheim

Hvilken plass har helsetjenesten i dagens skole?

Helsesøster sitter på kontoret sitt. Venter. Mange elever kommer innom for en prat i løpet av året. Er dette de elevene som trenger det mest? Per dato fins det ingen kunnskap om de som ikke kommer! Hvilke behov har disse elevene, og hvordan kan de støttes gjennom utviklingsløpet? Her vil jeg beskrive et prosjekt der alle elever ble sett og hørt. Tiltakene krevde en godt fungerende samhandlingskjede, og helsesøster utgjorde et viktig og avgjørende ledd. Rollen var snudd nå, fra å være reaktiv og passivt ventende til proaktivt å ta regien over samtaler med alle skolebarn. Prosjektet har overføringsverdi, og er høyst relevant ut fra dagens helsepolitiske føringer.

Lån, og bruk det du finner relevant i framstillingen. Kanskje får du ideer til de gode spørsmålene, og kanskje blir du enda mer oppmerksom på ensomme elever i skolen.

I første del av artikkelen gir jeg en kort beskrivelse av skoleprosjektet Trivsel for Mestring, og viser hvordan skolehelsetjenesten bidro som et ledd i helheten i et helsefremmende arbeid. Deler av materialet fra prosjektet ble grunnlaget for doktorgraden Wellbeing among school children in grades 1-10: Promoting and adverse factors (1), og i del to gjengir jeg noen av funnene. I del tre av artikkelen viser jeg et utsnitt fra spørreskjemaet/inter-

vjuguiden som ble brukt i prosjektet og forklarer kort hva som er hensikten med enkelte formuleringer. Til sist drøfter jeg prosjektets relevans i forhold til samhandlingsreformen og praktisk nytteverdi.

Helsesøster i et skoleprosjekt

For ti år siden valgte fem skoler fra fire kommuner på Nordmøre å være med i FOU-prosjektet Trivsel for Mesting (TfM). Fire av skolene (prosjektskoler) deltok i en intervensjon med helsefremmende tiltak. Den femte skolen fortsatte sin praksis som før. Målsettingen var å redusere elevers opplevelse av negative forhold ved projektskolene og øke deres positive erfaringer ved å styrke relasjoner mellom skolens aktører; elever, foreldre og skolens personale.

Skolen, skolehelsetjenesten ved helsesøster, skoleledelse på kommunenivå og PPT var deltagere i samhandlingskjeden. For å drifte prosjektet, bygde vi opp en prosjektorganisasjon med styringsgruppe (skoleledere på kommunenivå: økonomi, administrative beslutninger), prosjektgruppe (rektorer: den daglige organisering og framdrift), et nettverk for helsesøstre (skolens helsesøstre: elevintervju) og et nettverk for PPT (faglig støtte). Prosjektet hadde fastlagte milepæler der to av disse var kartlegging av elevstatus før og etter intervensjonen, og det var her skolehelsetjenesten gikk inn med sine mest vesentlige bidrag i samhandlingen.



INTERVJU: Gjennom intervju med elever samlet helsesøstrene som deltok i prosjektet inn informasjon om barnas trivsel. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Nettverk Helsesøstre

Nettverket bestod av skolens helsesøstre som jobbet sammen gjennom hele prosjektperioden på bortimot tre år. Undertegnede var sekretær for nettverket. Helsesøsters hovedoppgave var å gjennomføre elevintervju. I forkant av de to intervjurundene trente helsesøstrene på å bruke skjemaet Skoletrivsel – elevskjema (1) som intervjuguide under veiledning av undertegnede. De rollespilte sekvenser av guiden og drøftet mulige utfordringer for å bli fortrolig med skjemaet. I etterkant av intervjuene, møttes vi igjen for å evaluere og utveksle erfaringer. Helsesøstrene var samstemte i at guiden var enkel å følge, og de opplevde den som en god støtte i samtalen. De la særlig vekt på at guiden understøttet en progresjon i samtalen, og at det gikk greit å forflytte seg fra ett tema til det neste.

Data om elevstatus ble bearbejdet av undertegnede og lagt fram for skolens aktører for å skape motivasjon for tiltak. Slik var skolens helsetjeneste det leddet i kjeden som beredte grunnen for den

helsefremmende intervensjonen. Andre oppgaver for helsesøster var å delta med informasjon på foreldremøter, på personalmøter ved skolen og i møter med skolens samarbeidsutvalg. Helsesøsters gevinst med å delta i prosjektet var ervervet innsikt og kompetanse: Helsesøster fikk erfaring i å bruke intervjuguiden over hele aldersspennet i grunnskolen,

«Helsesøsters hovedoppgave var å gjennomføre elevintervju.»

fra 1 til 10 klasse. Dette innebar en bevisstgjøring på begreper og formuleringer, og også på det relasjonelle i en samtale. Samtidig fikk helsesøster trening i prosjektarbeid, og skolehelsetjenesten fikk en meget god oversikt over viktige elevforhold ved skolen.

Noen forskningsresultater

Det fins mye data fra prosjektet som kan kaste lys over vesentlige sider ved elevers skoleliv. Her vil jeg gjengi

INGEN VENNER: Prosjektet viste at ensomhet er et underfokusert problem i norsk skole, og at vi trenger mer kunnskap for å forebygge ensomhet. Illustrasjonsfoto: Colourbox



funn fra to artikler (2, 3) der jeg både inkluderer forhold som kan være en ressurs og løfte elever (opdriftsfaktorer) og forhold som kan virke belastende.

Funn 1: Opplevd støtte fra lærer er relatert til god skoletrivsel

Læreren hadde stor betydning for elevenes skoletrivsel. Gutter som opplevde å få den hjelpa de trengte med skolefag, hadde bedre skoletrivsel enn de som er misfornøyd med den faglige støtten de fikk. For jenter var det vesentlig at de ikke ble plaget i timene (2).

Disse funnene kom fram gjennom statistiske analyser, og de viser at timene og lærer har større betydning enn friminuttene. Men når vi spør elevene direkte, svarer de vanligvis at de trives på skolen fordi de har det fint i friminuttene (holder på med aktiviteter de liker, og fordi de har venner).

Funn 2: Ensomhet er relatert til helseplager

Opplevd ensomhet på skolen utmerket seg som den enkeltfaktoren som var sterkest relatert til elevenes selvrapporterte helseplager, både til somatiske plager (vondt i magen, hodepine) og til emosjonell smerte (engstelse, tristhet). Ensomhet hadde særlig stor betydning for jenter (3).

Dette betyr at vi må være mer oppmerksom på ensomhet blant skolebarn. Ensomhet er et underfokusert problem i norsk skole, og her trenger vi mer kunnskap, – ikke minst i forhold til forebygging av ensomhet. Kan for eksempel tiltak rettet mot hele klassen eller skolen virke slik at omfanget av ensomhet reduseres? Videre trenger vi å vite hvordan en best kan hjelpe ensomme elever. Kan de støttes gjennom ordinær undervisning? Eller hjelper vi dem bedre gjennom veiledning i grupper (4, 5)? Helsesøster kan også bidra gjennom individuell samtale slik det er gjengitt nedenfor.

Hvordan stille de gode spørsmålene?

Jeg vil her gi et innblikk i Skoletrivsel – elevskjema (1). Skjemaet er bygd opp med aktuelle tema fra skolehverdagen, og kan brukes både som spørreskjema og som intervjuguide. Når skjemaet blir brukt som intervjuguide, gir det et godt utgangspunkt for en fortrolig samtale der eleven får anledning til å tenke gjennom forhold knyttet til de ulike tema. Samtidig får helsesøster (eller andre som intervjuer) anledning til å være en støtte for eleven i videre utvikling. Jeg vil bruke temaet ensomhet for å belyse gangen i en samtale slik den er lagt opp i skjemaet.

For å avklare om eleven forstår innholdet i begrepet «ensomhet», spør helsesøster først: Hva betyr det å være ensom? Selv de yngste elevene legger innhold i

begrepet, som det å være alene og ikke ha noen å være sammen med. Når helsesøster har forvisset seg om at eleven forstår begrepet, går hun videre ved å spørre: Ser du elever som virker ensom på skolen? Her har eleven fem valg: aldri (1), sjelden, av og til, omtrent hver uke, omtrent hver dag (5). Elev og helsesøster kikker begge to på svaralternativene, og der det er nødvendig leser helsesøster og peker. Noen elever liker å sette kryssene selv, mens andre overlater det til intervjueren.

Så kommer trinnet med å sjekke ut empati og mot hos eleven, motivasjon for å hjelpe andre samt tanker om egen tiltaksatferd, og helsesøster spør: Hva gjør du vanligvis når en elev du kjenner virker ensom?

«Vi må være mer oppmerksom på ensomhet blant skolebarn.»

Her kan eleven velge mellom: gjør ingenting med det, fordi jeg er opptatt med egne aktiviteter / gjør ingenting med det, fordi jeg ikke tør / gjør ingenting med det, fordi det ikke er mitt problem / går bort og prater med eleven / ber eleven bli med sammen med andre (det kan settes ett eller to kryss).

De to neste spørsmålene kartlegger elevens forventninger til medelever og lærere når det gjelder å hjelpe ensomme elever. Først spørres: Hva synes du andre elever bør gjøre når noen virker ensom? Her kan eleven velge mellom: ingenting / gå bort og prate med eleven / be eleven bli med sammen med de andre (det kan settes ett eller to kryss). Videre spørres: Hva synes du lærerne bør gjøre når elever virker ensomme? Dette er et såkalt åpent spørsmål, og helsesøster skriver ned det eleven forteller.

Når så kunnskap om begrepet, motivasjon for egen tiltaksatferd for å hjelpe andre og holdninger til andres tiltaksatferd er kartlagt, er tida er kommet til å spørre: Enn du da, føler du deg ensom på skolen? Her har eleven de samme fem valgene på hyppighet som nevnt ovenfor; fra aldri (1) til omtrent hver dag (5).

For elever som svarer aldri ensom, går helsesøster videre til neste tema. Men for elever som svarer sjelden eller hyppigere, fortsetter en på temaet ensomhet for å undersøke elevens tro på selv å kunne søke støtte hos andre på skolen: Hvem kan du søke hjelp hos når du føler deg ensom? Her er det listet opp fem alternativer, og eleven kan sette ett eller flere kryss: ingen / klassekamerater / eldre elever / yngre elever / lærere eller andre voksne.

Til sist gjøres en enkel kartlegging av varighet for

opplevd ensomhet, og det stilles to spørsmål: Har du kjent deg ensom i åra før 1. klasse? Og: Har du kjent deg ensom tidligere skoleår? Svaralternativene er de samme som ovenfor; fra aldri (1) til omtrent hver dag (5).

Om hensikten med samtalen kun er å innhente informasjon om status i en klasse eller ved en skole, avsluttes samtalen når en er kommet gjennom hele skjemaet. Hvis formålet derimot er en utviklings-samtale, kan helsesøster etter å ha gått gjennom det hele, vende tilbake til de områder hun mener en kan jobbe videre med. I TfM var hensikten å samle data som grunnlag for tiltak i skolen, og regelen var derfor at helsesøster skulle nøye seg med å fylle ut skjema for den enkelte eleven og ikke – i denne sammenhengen – tenke på å støtte eleven i videre utvikling. Samtidig understreket vi at ingen skulle gå på akkord med egne etiske prinsipper, så hvis det ble avdekket forhold en burde gå videre med, skulle helsesøster håndtere dette slik hun ellers ville gjort i rollen som helsesøster.

En av helsesøstrene valgte å gjøre et unntak fra regelen, og hadde et par ekstra samtaler for å følge opp en elev. Historien er tidligere gjengitt på engelsk (6), og jeg siterer:

«Sitting together with the school nurse in a dedicated room, a child told about his feelings of loneliness at school, and the nurse was in position to search for solutions. After a few sessions, the situation changed and the child reported that the feelings of loneliness had disappeared. This example is meant to illustrate the importance of promoting programs that reach out to everyone. The pain of loneliness was not seen in class, but in the dialogue with a trustworthy adult, the child felt able to express his hurtful feelings».

Prosjektets relevans

Arbeidsformen i prosjektet TfM med samhandling mellom ulike kommunale instanser er minst like aktuell i dag som da den ble planlagt og gjennomført. Helsemyndighetene mener å øke innsatsen for helsefremmende arbeid (7, 8), og skolen er blinket ut som ideell arena for tiltak rettet mot barn og unge (7, 9). Videre er skolehelsetjenestens rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet sterkt poengtert (7, 9), og kanskje vel så høyt løftet fram som den var tidligere. Samtidig er det et tankekors at ressurser til skolehelsetjenesten er redusert de senere årene (9).

Hva var helsesøsters styrke i samhandlingsprosjektet TfM? Helsesøster var kjent for de fleste elevene, enten som person eller som institusjon, og generelt vet

vi at helsesøster har tillit i befolkningen (9). Dessuten har helsesøster god kunnskap om barn og unge, og er vant med å treffe alle, uansett forutsetninger eller bakgrunn. Personlig ser jeg det som avgjørende at helsesøster gjennomførte elevintervjuene i TfM. Vi ville neppe fått tilsvarende pålitelig informasjon fra de yngste elevene på annen måte. Erfaringer fra andre prosjekter har fått meg til å tenke at barn kan svare forskjellig alt etter hvem som er mottager. Det kan for eksempel synes som om barn gir mer nøytrale svar til læreren sin, og at de i større grad bruker ytterpunktene i en skala når de gir informasjon til helsesøster. Men jeg vil understreke at dette kun er observasjoner som ikke er testet vitenskapelig. Problemstillingen er imidlertid aktuell og fortjener lyssetting.

Avslutningsvis vil jeg konkludere med at skolehelsetjenesten ved helsesøster var et nødvendig og viktig ledd i samhandlingskjeden ved å innhente elevdata. Informasjonen, bearbeidet av neste ledd i kjeden, danner en solid plattform for det videre arbeidet. Selv om hovedhensikten med elevintervjuet var å samle data som skulle benyttes til motivasjon i forkant av intervensjonen, kan vi ikke se bort fra at selve kontakten med helsesøster samtidig var til støtte for den enkelte eleven. Om lignende samtaler ble lagt inn som rutine for utvalgte klassetrinn, kunne dette gi skolehelsetjenesten, kommunen og helsemyndigheter nyttig kunnskap blant annet om barns mentale helse. ■

Kilder

1. Løhre A. Wellbeing among school children in grades 1-10: Promoting and adverse factors. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology; 2011.
2. Løhre A, Lydersen S, Vatten LJ. School wellbeing among children in grades 1-10. BMC Public Health. 2010;10:526. Epub 01.09.2010.
3. Løhre A, Lydersen S, Vatten LJ. Factors associated with internalizing or somatic symptoms in a cross-sectional study of school children in grades 1-10. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2010;4(1):33.
4. Kvarme LG, Helsest S, Sorum R, Luth-Hansen V, Haugland S, Natvig GK. The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: A non-randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2010;47(11):1389-96.
5. Kvarme LG. Løft for sosialt tilbaketrunkne skolebarn. Sykepleien. 2012;100(5):60-2.
6. Løhre A. School wellbeing among children: The dialogue and possibilities. In: Innstrand ST, editor. Conference Book Health Promotion Research, An International Forum, State of the art - Directions for the future 6-9 August 2012. Trondheim: Centre for Health Promotion Research; Accepted for publishing
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) Meld. St. 16 (2010-2011). Oslo 2011.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeidet (folkehelseloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
9. Helseidrettsrådet. Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helseidrettsrådet, editor. Oslo: Helseidrettsrådet; 2010.

Ti tusen tenner i banken

Tannbanken får stadig flere innskudd.

Over ti tusen melketenner er i boks ved Folkehelseinstituttet.

Alle seksåringer som deltar i den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa) blir invitert til å sette tenner i banken. Undersøkelse av tennene kan fortelle mye om påvirkninger tidlig i livet.

De første tannanleggene dannes allerede i fjerde måned av fosterlivet. Derfor kan melketenner gi informasjon om miljøfaktorer allerede fra før fødsel og i tidlige leveår. Tennene forandrer seg ikke i motsetning til annet beinvev,

og tennene er bygd opp i vekstsoner sammenlignbare med årringer i et tre. Tilgangen på viktige sporstoffer og kontakt med miljøgifter på ulike tidspunkt av tidlige leveår kan studeres.

De første barna i undersøkelsen fylte sju år i 2006, og i 2016 vil alle 108 000 deltakere ha felt tenner. De fleste har sendt inn en tann, men noen har gitt opp til syv tenner til banken. Bare 1,5 prosent av tennene hadde hull (karies).

Familiene i MoBa får et invitasjons-

brev med et plastrør til å sende inn en eller flere av de første melketennene som felles. I tannbanken blir alle tenner undersøkt grundig før de blir lagret. Senere skal avanserte laserteknikker brukes for å studere innholdet i tennene. Informasjonen fra tannbanken brukes sammen med blodprøver fra svangerskap og fødsel og spørreskjema til å undersøke sammenhenger mellom tidlig påvirkning og helse i et langt liv.

Kilde: Folkehelseinstituttet

NARVIK KOMMUNE



Til deg som jobber med ungdom

Eksklusiv konferanse

Narvik 6. - 7. november 2012

Tema: Seksualitet

- Prevensjon med fokus på LARC
- Seksuelt overførbare infeksjoner
- Bygging av mestringstillit
- Seksuelle minoriteter

Forelesere fra Sex og samfunn, Rosa kompetanse, LaH NSF og Olafiaklinikken.

Mer informasjon, program og påmelding på

www.narvik.kommune.no/konferanse_ungdom_seksualitet





LÆRER Å LEGGE BLEIE. Året er 1947, og på Sagene helsestasjon i Oslo er det full aktivitet. Ifølge bildeteksten fra den gang, er det tre husmødre med barn som er på spedbarnskontroll. De skal lære om riktig kosthold og få veiledning i spedbarn- og småbarnstell. Her får de opplæring i hvordan de skal legge bleier. En dukke blir brukt som demonstrasjon.



Helsestasjon på facebook

Risikoanalyse og retningslinjer måtte på plass før vi åpnet egen side for Strindheim helsestasjon på facebook.



Av Ann-Magrit Lona, helsesøster Trondheim kommune

Strindheim helsestasjon i Trondheim kommune begynte å tenke på å opprette en facebook-side høsten 2011. Vi hadde gode diskusjoner rundt fordeler og ulemper ved en slik side. Det var uenighet i gruppen om dette var noe vi skulle bruke tid og energi på. Det ble besluttet at vi kunne starte med å involvere kommunikasjonsenheten i Trondheim kommune. Vi ville drøfte ideen og høre hva de tenkte. Kommunikasjonsenheten var svært positiv og oppfordret oss sterkt til å få opprettet en slik side. De kunne bidra med råd om det tekniske. Da de fikk høre at enkelte helsesøstre var noe skeptiske på grunn av sikkerheten til våre brukere ønsket de at vi skulle kjøre en risiko- og sårbarhetsanalyse, også kalt ROS-analyse. Tre personer fra kommunikasjonsenheten

for å minske risikoen for slike episoder. Vi laget retningslinjer for oppfølging og overvåking av siden, retningslinjer for hvordan håndtere innlegg med sensitive opplysninger, sjikane eller annet upassende. Enhetsleder ble informert fortløpende og ga sin godkjenning til videre arbeid. Da dette var gjort, opprettet vi facebook-siden i samarbeid med to fra kommunikasjonsenheten. <https://www.facebook.com/#!/strindheimhelsestasjon>

De første ukene ble ikke siden publisert, vi ønsket først å bli vant til innstillingene.

Roller og ansvar

- Enhetsleder er innholdseier og juridisk ansvarlig.
- Administratorer (Adm.) har ansvar for overvåking og oppfølging.
- Oppfølging og overvåking av siden minimum to ganger per dag i helsestasjonenes åpningstid. Sekretær skal ha jevnlig oversikt med FB-siden og kan varsle adm. ved aktivitet på siden. Dette for å sikre oss at innspill med uheldige opplysninger ligger fremme kun kort tid. Spørsmål/innlegg besvares så snart det er mulig, men senest innen 48 timer i åpningstiden.

«Siden er lite ressurskrevende.»

og to helsesøstre gjennomførte ROS-analysen hvor vi gikk gjennom punkter med verst mulig tenkelig scenarioer som kunne oppstå. Punkter som lekkasje av personlige opplysninger, sjikanering av ansatte og bruk av ressurser. Ut fra denne analysen kom det frem hvilke tiltak som måtte iverksettes

HENSIKT MED SIDEN

Å være på facebook vil gi helsesøster mulighet til:

Å være mer tilgjengelig for familiene.

Å kunne benytte flere kanaler for å bedre tjenesten til gravide og barnefamilier i området.

Dette i samsvar med kommunens strategi for kommunikasjon.

Å spre informasjon om vår virksomhet samt legge ut lenker til aktuell forskning og kunnskap som kan være av interesse for våre brukere.

Å være i dialog med brukerne og raskt gi svar på generelle spørsmål.

Å få bedre innsikt i småbarnsfamiliers behov og synspunkter.

PÅ NETT: Facebook åpner nye muligheter for å kommunisere med ungdom og familier, samt å gi nyttig informasjon. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



• Adm. er også den som har mulighet til å legge ut nyheter.

Håndtering av negative innspill

Som forebyggende tiltak legges det ut informasjon på siden om hva siden kan brukes til, og det presieres at negative innspill og sensitive personopplysninger vil bli slettet umiddelbart. Dette vil det bli informert om på hjemmebesøk i form av et skriv. I tillegg er det hengt opp informasjon om bruk av siden på helsestasjonen. Det er laget retningslinjer for arkivering og dokumentasjon dersom negative innspill kommer.

Kommunens retningslinjer for bruk av sosiale medier skal følges.

Erfaringer så langt

Vi er helt i oppstartfasen så det har ikke vært noen evaluering, men erfaringer så langt viser at siden er lite ressurskrevende. Maks fem minutter per dag. Vi har ingen innkomne spørsmål. Vi jobber fortsatt med å informere brukere om siden. Foreldre sier de er positive til tilbudet. Vi har lagt ut noen linker som vi mener kan være nyttige for foreldre, og vi har informert om åpningstider. Vi antar at aktiviteten øker på når vi har fått en bedre markedsføring av siden vår. Ved økt aktivitet er det mulig å hente ut statistikk på aktiviteter på siden. ■

■ KOMMUNENS RETNINGSLINJER

Vær til stede, delta i debatten. Husk at du alltid representerer kommunen.

Enhetsleder er ansvarlig for driften av offisielle enhetskonti, og Kommunikasjonsenheten skal ha beskjed om hva som opprettes.

Svar på spørsmål og kommentarer.

Si takk for skryt.

Svar også på nøytrale kommentarer (som er henvendt til kommunen).

Svar alltid på negative kommentarer, men vurder selv hvor lenge du vil at dialogen skal opprettholdes

Rett alltid opp faktafeil.

På generelle svar skriver du under med eget navn (kun fornavn).

Tilpass formen på svaret etter henvendelsens form og innhold.

Saklig? Humoristisk? Formell? Vær forsiktig med ironi og sarkasme.

På spørsmål som krever saksbehandling, eller har verdi som dokumentasjon, må innsender gjøres oppmerksom på kommunens dokumentasjonsplikt. Spørsmålet skal i tillegg viderefremmes til rette instans og arkiveres.

Vær bevisst på skillet mellom administrativt og politisk nivå.

Henvis kun til rådmannens innstilling i saker.

Ikke gi dine egne vurderinger av saker som er til politisk behandling.

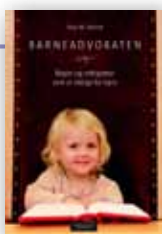
Under krisesituasjoner der rådmannen har satt krisestab, skal all kommunikasjon gå via Kommunikasjonsenheten.

Aktuelle bøker



BOKANMELDELSE

Tittel: **Barneadvokaten**
Forfatter: **Thea W. Totland**
Forlag: **Cappelen Damm Akademisk**
Anmelder: **Vibeke Olufsen**



Setter fokus på barns rettigheter

Dette er et oppslagsverk. Thea W. Totland har samlet spørsmål og problemstillinger fra egen praksis som barneadvokat. Hun har valgt ut 74 kapitler som presenteres i innholdsfortegnelsen. Her presenterer hun tema på en lettfattelig måte, slik at leseren raskt får en oversikt over problematikken og svar på de spørsmål man har. Forfatteren har på en elegant måte rendyrket kapitlenes tema og forenklet dem slik at jussen blir tilgjengelig for «hvermannen». Samtidig har hun tatt vare på de som ønsker mer utdypende svar ved å henviser til andre kapitler i boken. Slik klarer Totland å gjøre leseren oppmerksom på kompleksiteten i tema kapitlene omtaler, for eksempel «Barnets beste», «Alkohol og rusmidler» og «Foreldreansvar». For fagpersoner vil denne boken være svært nyttig ved at forfatteren henviser til originalkildene, lover, forskrifter, ort.prop, nettsider med mer.

Videre har forfatteren utarbeidet et omfattende stikkordsregister. Det gjør blant annet at leseren blir oppmerksom på tema i hverdagen som styres av juridisk vurderinger, slik som forhud, barn i bil, barnets synspunkter, familieskap, fritidsaktiviteter, lek, nettvenn, råd, sikkerhet, sex med mer. Dette er en måte å synliggjøre barns rettigheter og dermed bidra til at de blir satt på dagsorden og ivaretatt.

Totland peker på muligheter, begrensninger samt utydigheter som gir rom for skjønn og tolkning. Når hun skriver om verdibegrepet «Barns beste» kommer dette tydelig fram der hun sier: «Hensynet til barns beste er et begrep som er vanskelig å definere fordi det i seg selv innebærer et stort rom for skjønn». Som fagperson bør man ha et reflektert forhold til hvem som hevder å ha definisjonsmakt når barns beste vurderes.

Boken kan inspirere til både enfaglige og flerfaglige diskusjoner. Jeg vil anbefale alle helsesøstre å ha denne boken tilgjengelig på arbeidsplassen.

BOKANMELDELSE

Tittel: **Hvorfor spurte ingen meg?**
Forfatter: **Anne Kirsti Ruud**
Forlag: **Gyldendal**
Anmelder: **Vibeke Olufsen**



Kommunikasjon med barn og unge

Dette er en bok som vil åpne leserens øyne for barn som kompetente kommunikasjonspartnere og de voksnes ansvar for å kommunisere på barnet premisser. Som forfatteren sier betyr ikke det at den voksne skal se barnet. Nei, de voksne skal oppdage og anerkjenne barnet som et likeverdig subjekt. Anne Kirsti Ruud skriver: «Dersom barnets perspektiv skal være gjeldene, er det viktig at det er barnet som ser, og den voksne som prøver å se det barnet ser».

I begynnelsen av boken introduserer Ruud tre overordnede prinsipper for å fremme god kommunikasjon med barn og unge: Å skape mening i å forstå det barnet / ungdommen har opplevd, å la barnet / ungdommen beholde sin verdighet, å anerkjenne barnet / ungdommen, ved å godkjenne eller akseptere måten barnet presenterer seg selv, hendelsen eller situasjonen.

Disse prinsippene kan brukes i kommunikasjon med barn enten det har opplevd at katten er blitt overkjørt, eller den unges kjæreste har funnet seg en annen, eller de har blitt utsatt for en alvorlig krenkelse som mobbing, vold eller utnyttelse.

Boka er spekket med eksempler som beskriver hvordan voksne kan snakke med barn og unge i ulike samtalsituasjoner. Det gjør prinsippene praktiske og lett tilgjengelige for voksne som jobber med barn.

Undertittelen er kommunikasjon med barn og unge i utfordrende livssituasjoner. Forfatteren har klart det kunststykket å gi oss innsikt og redskap i hvordan mange yrkesgrupper kan kommunisere med barn. Man kan bruke de samme prinsippene enten man vet barnet har være utsatt for urett eller krenkelser, eller man har mistanke om det, eller man er bekymret eller observerer at barnet er litt trist eller trekker seg unna leken eller blir for voldsom.

Jeg tenker at disse prinsippene kan brukes av helsesøstre både ved rutinekonsultasjoner (4 år, 8 kl), ved målrettede konsultasjoner og i forbindelse med at barn og unge oppsøker helsesøster (åpen dør). Jeg anbefaler alle å lese boka!



Hvorfor er Möller's Tran viktig for barn og gravide?

Under svangerskapet og i barndommen skal barnets kropp og hjerne utvikle seg og vokse. Da er riktig ernæring ekstra viktig. Möller's Tran inneholder en unik kombinasjon av naturlige næringsstoffer som er viktige for fosterets og barnets helse.

“Gi daglig tilskudd av vitamin D fra fire ukers alder ved å gi tran”

- Helsedirektoratet



Anna Oppedal Tokheim,
Möller's ernæringsfysiolog

Optimal utvikling av hjernen

Möller's Tran er rik på den spesielle omega-3-fettsyren DHA, som er nødvendig for å bygge cellene i hjernen. Forskning viser at mors inntak av DHA er viktig for optimal utvikling av hjerne-, nerve- og synsfunksjon hos fosteret og hos spedbarnet i ammeperioden. Det er viktig at barnet fortsetter å få tilført DHA for hjernens og synets videre utvikling. En skje Möller's Tran (5ml) gir 1,2 gram omega-3, hvorav hele 0,6 gram DHA.

Utvikling av et sterkt skjelett

Möller's Tran er en god kilde til vitamin D. Vitamin D er viktig for opptak av kalsium i kroppen, og dermed avgjørende for optimal utvikling av skjelettet til fosteret og barnet. Her i Norge, hvor vi har lite sol, viser det seg at mange får for lite vitamin D. En skje Möller's Tran gir 10 mikrogram vitamin D som er den anbefalte daglige dosen til små barn, gravide og ammende kvinner.

Trygt kvalitetsprodukt

Möller's Tran er et naturprodukt laget av norsk arktisk fisk fra Lofoten og Vesterålen. På vei fra fisk til flaske gjennomgår Möller's Tran strenge kvalitetskontroller i alle produksjonstrinn for å sikre et produkt av høyeste kvalitet.

Lær mer om hvordan Möller's Tran lages på mollers.no

Grønt nr: 800 80 555

HUSK!

Bestill Möller's Tran til din helsestasjon på www.mollers.no/helsepersonell

Kan vi organisere oss til kom

LEDERSTAFETTEN

Det er eit leiaransvar å skape ein læringsfremmande kultur i helsestasjon og skulehelsetenesta.

Eit sentralt lovkrav for helsestasjons- og skulehelseteneste er kravet om fagleg forsvarligheit (Helsepersonellova § 4). Lovverket presiserer at både ansatte og verksemd har ansvar for at personalet held seg fagleg oppdatert. Det forventes at helsesøstre er kompetente. Det er eit leiaransvar å skape ein læringsfremmande organisasjonskultur i helsestasjon og skulehelsetenesta.

Å skape struktur som fremmer læring

Ifølgje Senge (1999) kan vi ved hjelp av struktur og systemtenking i stor grad skape vår eiga utvikling. Vi kan organisere oss slik at vi får eit miljø som bidrar til kontinuerleg læring. Klarer vi å «bake» inn læring i strukturen, er sjansen for å lykkast med kompetanseheving stor.

Senge sitt strukturomgrep handlar om rammer, regulering og organisering-

Ved hjelp av ein kompetanseplan søker vi i leiargruppa for helsestasjons- og skulehelsetenesta i Sandnes å la mål for tenesta styre kva kurs ansatte deltek på og kva internundervisning vi arrangerer. I praksis er dette vanskelig då vi har lita påverknad på det som tilbys. Det oppleves òg vanskelig å finne gode forelesarar i emner som ikkje er «på mote». Det har likevel vore til stor nytte å bestemme felles satsingsområde for kompetanseheving som LØFT, EPDS og førebygging av overvekt/inaktivitet.

I hovudet heller enn på papiret

I vår iver etter å kvalitetssikre praksis, kan det vera fristande å lage mange planar og prosedyrar. Ein kan lett verta meir opptatt av å gjera ting på «rette» måten, enn på resultatet. Mange situasjonar i helsestasjon og skulehelseteneste er derimot så komplekse at det vil vera

situasjonar. Profesjonsstyring, der ein bruker den kunnskapen og dei verdiane som ligg i kulturen og som i stor grad er internalisert, synes ofte meir hensiktsmessig her. Ein kjem slik ikkje utanom gruppelæring, der kvar enkelt helsesøster deltek i samtale og refleksjon rundt ulike tema og innlemmer ny innsikt i eigen praksis. Kulturen, altså kva som er viktig og riktig i gruppa, er avgjerande for beslutningane som tas av den enkelte (Busch, Johnsen & Vanebo, 2002). Ved å involvere alle helsesøstrene i dialog, drøfting, analyse og refleksjon om faget, får ein slik ei felles plattform som regulerer atferd (Senge, 1999).

Når dette er sagt vil det likevel vera behov for retningslinjer i situasjonar der det er nødvendig at helsesøstrene handlar på ein bestemt måte. Myndigheitene sine faglege retningslinjer for undersøking av syn og hørsel er døme på dette.

Helsesøstre med lita erfaring vil nok ønske fleire skriftlege rutinar enn dei erfarne. Desse kan likevel oppleve at det å følge prosedyrar ikkje alltid fører til klok handling og godt resultat. Vi har god erfaring med å ha ei erfaren helsesøster som vegledar og drøftingspartner for nye ansatte, kanskje særlig i skulehelsetenesta der helsesøster arbeider mykje åleine som helsepersonell, i det å fremme god praksis.

Fagmøter som bærande struktur

Med utgangspunkt i dette, oppretta vi i Sandnes i 2008 fagmøter for å fremme læring på fagfelte helsestasjon, barneskule og ungdomsskule/vgs. Ved å ha ei uttalt muntlig og skriftlig forventning om at alle møter opp, vert det ikkje opp

«Slik eg vurderer det, må ein i større grad satse på å heve kompetansenivået for heile gruppa.»

som mål, retningslinjer, planer, rutiner og prosedyrar.

Senge hevder at effektive struktur har i seg sjølv så stor kraft at ein kan setje svært ulike menneske inn i like struktur, og resultatet vil bli forbausande likt. Organisasjonen sine struktur skal fremme atferd som er ønska og tilsikta (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Det synes slik mulig å fremme læring gjennom måten vi organiserer helsestasjon og skulehelsetenesta.

lite hensiktsmessig, ja kanskje skadelig, å følgje ei oppskrift. Slik eg vurderer det, må ein difor i større grad satse på å heve kompetansenivået for heile gruppa, slik at helsesøstre gjer gode vurderingar i vanskelige saker heller enn å følgje fastlagte prosedyrar. I komplekse samanhenger der kausalkunnskapen er dårleg, er det vanskelig å vite på førehand om tiltaket vi set i gang har den ønska effekt (Opstad, 2000). Det vert slik lite hensiktsmessig å lage prosedyrar for slike

petente helsesøstre?

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



■ **Av Bjørghild Underhaug**
Seksjonsleder Helsestasjonens
familiesenter, Sandnes kommune

til den enkelte å prioritere dette framfor direkte klientarbeid, noko som kan vera fristande når fødselsmeldingane strøymar inn.

Strukturen på fagmøtene vil ha stor innverknad på læringa. I Sandnes er det eit mål å få ei felles forståing av kva helsesøsterrolla inneber i helsestasjon, barneskule og ungdomsskule/vgs. I arbeidet med å utforske rolla og finne fram til god praksis, har vi til tider fått hjelp av psykolog i eininga, og har brukte Dialogspelet som utgangspunkt for refleksjon. Som inngangsport til samtale rundt utvalte tema som barn i krise, sorg, mobbing, skulefråvær, 2 adresser etc., reflekterer vi rundt påstandar som «Helsesøster må alltid ta utgangspunkt i at barnet snakker sant, alle barn bør gå på skulen, om helsesøster 'går inn' er det alltid lurt med jevnlege, faste avtaler med barnet».

I arbeidet med å undersøke kva handlingsalternativ helsesøster har i ulike situasjonar, har vi nokre gonger brukt Navigasjonshjulet (Kvalnes, 2008, s. 54). Her ser ein alternativa i lys av juss, identitet, moral, omdømme, økonomi og etikk. Ein får slik hjelp til å belyse helsesøster si rolle ut frå dimensjonar ein ikkje umiddelbart tenker på, men som kan ha stor betydning. Er det lovlig å unnlata å kontakte foreldre når barnet strever, er ein slik praksis i tråd med verdiar i gruppa, er det rett eller galt uavhengig av lovverket, korleis blir dette oppfatta av andre, har det økonomiske konsekvensar og kva hensyn veg tyngst i valet mellom å kontakte foreldre eller ikkje, er spørsmål som kan vera nyttige i refleksjonen.

Gjennom dialog om sentrale tema i helsesøsterarbeidet deler ein tankar,



VED Å HA EIGNE MØTER SOM HAR SOM FORMÅL Å AUKE KOMPETANSEN, legg ein til rette for at kompetansebygging ikkje blir nedprioritert, skriv Bjørghild Underhaug.

erfaringar og kunnskap, noko vi antar vil verke bevisstgjerrande og regulere atferd i ønska retning. Vi tenker det vil auke tryggleik og kvalitet i korleis helsesøster for eksempel opptrer i mobbesaker på skulen.

Mi erfaring, som del av helsesøsterkollegiet, er at det å ta vare på kvarandre og ha ei god stemning er viktig. Som leiar tykkjer eg dette er sentrale verdiar, men ser likevel at frykta for å såre kan sperre for nødvendig og forfriskande diskusjon, der ueinigheta blir uttalt og tatt på alvor. Ved argumentasjon og diskusjon får ein rista elementa litt frå kvarandre og løfta fram kva som er viktig for folk. Dersom ein så analyser kva dette er, og kva det er uttrykk for, og reflekterer over det saman med annan kunnskap og erfaring, får ein etter mi oppleving ei utvida kunnskap om temaet.

Det vart sentralt å lage strukturar som fremmer samarbeid og ikkje kon-

kurransse mellom faggruppene. Rutinar for formidling av referat, og kultur for at ein deler idear og opplegg for korleis ein møter overvektige barn i barneskule og ungdomsskule/vgs, korleis ein presenterer skulehelsetenesta på skulen si heimeside og liknande, har vore viktig. Ein kunne òg tenke seg samarbeidsmøter gruppene imellom, men det har vi ikkje prøvd.

For at ansatte skal motiverast til å prøve ut nye idear som følge av ny innsikt, må strukturane støtte opp under forsøket, i tillegg til resultatet. Enkelte har fått i oppdrag av faggruppa for helsestasjonsarbeid å skaffe erfaringar på alternative måtar å drive rutinekonsultasjonar i gruppe på helsestasjonen. Andre har prøvd ut tverrfaglig samarbeid for å få til ein god skulestart. Resultata blir gjenstand for drøfting og kan føre til beslutning om ny praksis eller til vidare utprøving.

«Strukturen på fagmøtene vil ha stor innverknad på læringa.»

LEDERSTAFETTEN

Fag og leiing, hand i hand

Eit suksesskriterium i dei tre faggruppene er at leiande helsesøster/seksjonsleiar deltek. Seksjonsleiarane har ansvar for kvar si faggruppe; helsestasjon, barneskule og ungdomsskule/vgs. Ein kan få avgjort enkelte saker der og da, eller sikra at problemstillinga vert tatt opp på ein god måte i leiargruppa. Ved at leiar deltek i faggruppene vert refleksjonen rundt dei ulike tema sett ut frå både fagperson og leiinga sin ståstad, og slik vidt belyst. Økonomiske omsyn, prioriteringar og satsingsområde i eiga eining, i kommunen generelt og hjå statlige myndigheiter vert sett saman med helsesøstrene sine synspunkt som fagperson og ansatt. Eg opplever med dette at andre omsyn enn dei reint faglige får legitimitet. At fagmøtene er organisert slik at deltakarane innehar ulike roller gjer det naturleg å respektere ulike perspektiv, og utviklingsarbeidet mot betre praksis vert slik i stor grad til gjennom samarbeid. Dette

fører til lite motstand mot beslutningane som tas. Vegen til endra praksis har med dette vorte mykje kortare enn før.

Å prioritere kompetansebygging

Ved at vi gir enkelte ansatte rom til å arbeide med fagutvikling og kvalitetssikring, kan desse fungere som ressurspersonar i gruppelæringa ved at dei bringer inn oppdatert kunnskap og samanfatar denne, noko som gir grunnlag for nye, forbetra arbeidsmetodar og rutinar. Om vi meiner alvor med kompetente helsesøstre, må dette arbeidet skjermast, sjølv om ein kjenner press mot å leggje dette på is ved sjukdom og tider med knappe ressurser. Beslutninga om å halde fast på dette arbeidet må forankrast i kulturen både hjå leiarar og ansatte, då ressursmangel og vakans nok er regelen snarare enn unntaket i dei fleste kommunar.

Den enkelte ansatte har, ved hjelp av kurs, ulik arbeidserfaring, spesialutdanningar etc., ofte kunnskap som andre i

organisasjonen vil ha nytte av. Å gi rom for deira særlige kompetanse er i sterk konkurranse med andre saker på møteagendaen i andre fora enn fagmøtene. Det same gjeld den meir generelle kunnskapen helsesøstre opparbeider. Ved å ha eigne møter som utelukkande har som formål å auke kompetansen og sikre god praksis, legg ein til rette for at kompetansebygging ikkje blir nedprioritert i ein hektisk kvardag. ■

Kilder

1. Busch, T., Johnsen, E., & Vanebo, J.O. (2002). Økonomistyring i det offentlige (3. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
2. Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2005). Hvordan organisasjoner fungerer: Innføring i organisasjon og ledelse (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
3. Kvalnes, Ø. (2008). Se gorillaen! (2. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
4. Opstad, L. (2000). Økonomisk styring i helse- og sosialsektoren (2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
5. Senge, P.M. (1999). Den femte disiplin. Kunsten å skape den lærende organisasjon. Oslo: Egmont Hjemmets Bokforlag.

Ta enkel søvntest

På sovno.no kan du raskt ta en test som viser om du har en søvnlidelse. Tekst Johan Alvik Foto Colourbox

Sovno har utviklet en test som i løpet av noen minutter kan gi deg en pekepinn på om du har en søvnlidelse. I løpet av testen får du spørsmål om alt fra døgnrytme og humør, til om du snorker eller går i søvne. Etter at du har svart på spørsmålene, kommer det opp en side som forteller hva slags søvnsykdom du eventuelt har. Du får vite hva som kjenner seg denne lidelsen og hva slags behandling som kan være aktuell. Testen dekker alle de seks ulike diagnosegruppene; insomni,

søvnapné, restless legs, hypersomni, døgnrytme-forstyrning og parasomni.

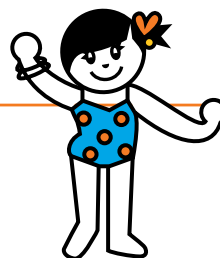
På nettstedet kan du lese mer om de ulike diagnosene. Der finnes også anbefalt faglitteratur om søvnlidelser.

Sovno er hjemmesiden til Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer. Kompetansesenteret driver formidling, forskning og fagutvikling innen søvni.



LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

80% av UV-eksponeringen
skjer i barndommen



ANTHELIOS BARN

Sollotion SPF 50+ [UVA 39]

Med La Roche-Posay kildevann

Solbeskyttelse perfekt tilpasset
barns høye aktivitetsnivå.



0% PARFYME
PARABEN

EKSTRA VANNRESISTENT
SANDRESISTENT
SVIR IKKE I ØYNENE

Toleransetestet under
dermatologisk og pediatrik
kontroll

FINNES PÅ
APOTEKET

La Roche-Posay. Dermatologisk effektivitet.

La Roche-Posay Norge • telefon 66 85 17 00

Nyttig på nett

Hvordan holder man seg oppdatert som helsesøster? Vær med på en liten rundtur på Helsebiblioteket.no for å se hva du kan finne av nyttig ressurser på nettstedet.

Tekst Ingunn Mikes Brendryen,
Helsebiblioteket.no
Illustrasjonsfoto Colourbox

Helsebiblioteket.no er et offentlig nettsted som gir alt helsepersonell i Norge gratis tilgang til oppdatert og pålitelig fagkunnskap. Har du en datamaskin med internetttilgang, har du også muligheten til å boltre deg i oppslagsverk, databaser, retningslinjer og annet som kan gjøre hverdagen din enklere.

Barn, overvekt og spiseforstyrrelser

I skolehelsetjenesten er vekt og ernæring et stadig tilbakevendende tema. I arbeidet med barn og unge møter du problemstillinger som dreier seg om spiseforstyrrelser, om overvekt og kosthold.

Anoreksi er en av de vanligste alvorlige sykdommer hos tenåringsjenter (1). I BMJ Best Practice, som er et klinisk oppslagsverk eller «point of care»-verktøy, kan du lese mer om lidelsen. Slike kliniske oppslagsverk er laget for at du raskt skal kunne få svar på konkrete spørsmål, for eksempel når du har dårlig tid og ikke har mulighet til å fordype deg i lange forskningsartikler. BMJ Best Practice inneholder kortfattet, oppsummert kunnskap som bygger på resultater av store mengder forskning, og du får svar på spørsmål om tilstander, symptomer, behandling og forebygging. Søk

på Anorexia nervosa og få en oversikt over tilstanden, en liste over diagnostiske tester og differensialdiagnoser, behandlingsbeskrivelser, anbefalinger rundt oppfølging og ikke minst rikholdige referanselister.

På Helsebiblioteket.no finner du også en samling retningslinjer og veiledere for helsepersonell som arbeider med barn og unge. Her finner du blant annet Helsedirektoratets «Nasjonale faglige retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge». I retningslinjen vektlegger direktoratet viktigheten av at fedme hos barn, som er et økende problem, bør bekjempes med forebyggingsstrategier (2). Retningslinjen gir anbefalinger for forebyggende tiltak i for eksempel familie, barnehage og skole. I tillegg kan du også sette deg inn i hvilke tiltak som bør settes i verk når lille Ole på fem år veies og måles på helsestasjonen, og helsesøster finner at Oles KMI-verdier er høye.

Som et ledd i det forebyggende arbeidet anbefaler Helsedirektoratet rutinemessige målinger av barn og unge. Disse anbefalingene er nærmere beskrevet i «Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» (3).

Informasjon til foreldre

Savner du informasjon som du kan

■ HELSEBIBLIOTEKET.NO

Offentlig finansiert nettsted

Ansvarelig redaktør: professor dr.med. Magne Nylenna

Tilbyr gratis ressurser på nett for helsepersonell

Gir tilgang til oppslagsverk, prosedyrer, retningslinjer, databaser, tidsskrifter, verktøy og annen nyttig informasjon

De aller fleste ressursene er tilgjengelige for alle som kommer fra en norsk IP-adresse

Et mindretall av ressursene krever pålogging, enten gjennom automatisk pålogging på arbeidsplassen eller med eget brukernavn og passord (4)

skrive ut og gi til småbarnforeldre på helsestasjonen? Ønsker du tips til nettsteder foreldrene kan se på i ro og mak når de kommer hjem? Helsebibliotekets side for pasientinformasjon kan i så fall være grei å kjenne til. Her kan du blant annet klikke deg inn på pasientinformasjonsbrosjyrer fra oppslagsverket BMJ Best Practice. Disse er oversatt til norsk, har et enkelt språk og dekker forskjellige temaer som atopisk eksem og cøliaki, eller diaré og forstoppelse hos barn, for å ta noen eksempler. Her finnes også lenker til pasientinformasjon på flere språk, som kan være nyttige i forhold til innvandrerfamilier. Du vil blant mye annet



ÅPENT FOR ALLE: Både helsesøstre og foreldre kan finne nyttig informasjon på Helsebiblioteket.no.

også finne lenke til helsenorge.no, som er den offentlige veiviseren til helse-tjenesten for befolkningen.

Husk at det meste av innholdet på Helsebiblioteket er tilgjengelig for alle, slik at foreldrene selv kan gå inn og kikke på det de er interessert i.

Helsesøsters 10 bud

Når et lite barn plutselig og uventet dør stilles helsepersonell ovenfor store utfordringer. Hva er helsesøsters rolle i forhold til de etterlatte?

«Krybbedødspermen» er en publisasjon laget av Landsforeningen

Uventet Barnedød. Helsebiblioteket.no har publisert en nettbasert versjon av dokumentet. Krybbedødspermen beskriver rutiner og anbefalinger, både for mottak ved sykehuset og ved oppfølging i tiden etterpå. I oppfølgingsdelen er helsesøsters rolle

spesielt vektlagt. I «Helsesøsters 10 bud» finner du for eksempel råd om hvordan du som helsesøster kan veilede foreldre og søsken, og du finner lenker til informasjonsbrosjyrer som du kan dra nytte av.

Oversikt over kunnskap

Helsebiblioteket gir deg også muligheter til å gjøre dypdykk ned i forskning innen et emne som opptar deg. Det kan imidlertid være vanskelig å orientere seg i de enorme mengdene med forskningsartikler som skrives hvert år. Hvordan kan man holde seg oppdatert på hvilke anbefalinger som gjelder til enhver tid, eller vite hvilke av alle studiene som publiseres som er gode eller ikke? Heldigvis finnes det noen som tar jobben med å søke opp og samle inn artikler innen enkelte emner, kvalitetsvurderer det de finner og oppsummerer funnene i såkalte systematiske kunnskapsoversikter.

Cochrane Library er en database som gir deg tilgang til systematiske oversikter over ulike behandlinger og forebyggende tiltak. Her kan du gå inn på Child Health og deretter Developmental problems for å se hvilke oversikter som for eksempel er laget om tiltak for barn med språkvansker.

Ta en kikk på Helsebiblioteket.no

Helsebibliotekets sider for Samfunnsmedisin og folkehelse er et annet tips for deg som arbeider på helsestasjon og i skolehelsetjenesten. Under meny-punktet «Helsestasjon og skole» finner du en samling informasjon om temaer som ernæring og tett nese, hovedsakelig rettet mot foreldre. Her finner du også korte nyhetsartikler som kan være av interesse.

Redaksjonen bak sidene for samfunnsmedisin og folkehelse gir også ut «Helserådet». Denne publikasjonen samler debattinnlegg, informasjon og saksdokumenter til hjelp og

inspirasjon for alle som jobber innen folkehelse, med særlig vekt på kommunehelsetjenesten. «Helserådet» kan du lese i sin helhet på nettsidene, men du kan også bestille eget abonnement og få det tilsendt enten i papirversjon eller på e-post.

Alle disse ressursene, og mange flere, finner du på www.helsebiblioteket.no. Ta deg gjerne en tur, og finn ut hvilke ressurser du har mest bruk for i en travel hverdag. ■

Referanser

1. Den norske legeforening (2011). Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri
2. Helsedirektoratet (2011). Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge
3. Helsedirektoratet (2011). Nasjonale faglige retningslinjer for veiging og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
4. Dette gir Helsebiblioteket.no deg. Helsebiblioteket.no 16.05.2012 www.helsebiblioteket.no/62779.cms

■ HELSEBIBLIOTEKETS RESSURSER

Helsebiblioteket.no: <http://www.helsebiblioteket.no/>

Veiledere og retningslinjer for barn og unge: <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Barn+og+unge>

BMJ Best Practice: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/welcome.html>

Helsebibliotekets pasientinformasjonsside: <http://www.helsebiblioteket.no/Pasientinformasjon>

Krybbedødspermen: <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Krybbed%C3%B8dspermen>

Cochrane Library: <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Emnebibliotek Samfunnsmedisin og folkehelse: <http://helsebiblioteket.no/Samfunnsmedisin+og+folkehelse>

PÅ NETT:
Mye kunnskap er bare et klikk unna.

Nyhet!

Natusan® first touch. Utviklet for den nyfødte hudens unike behov.

Forskning viser at spedbarnshud er nesten en tredel tynnere enn voksen hud¹ og at den mister fuktighet raskere.² Dessuten får 60 prosent av spedbarna tørr hud i løpet av det første leveåret,² og opp til 50 prosent får utslett på stumpen i løpet av bleiealderen.³

Hudpleieproduktene i serien Natusan first touch er utviklet spesielt for den nyfødte hudens unike behov og inneholder verken parfyme eller fargestoffer. Bak Natusan ligger et omfattende dokumentasjonsarbeid og mer enn 60 års klinisk erfaring.



Dokumentert mild for huden
Test av ingrediensene
Test for sikkerhet og toleranse
Dermatologisk testet



No More Tears® – Mild mot øynene
Test av ingrediensene
In vitro-tester, irritasjon og tåreflom
In vivo-tester, irritasjon og kløe



Samtlige produkter



Sinksalve, badeolje, lotion og sjampo

¹Stamatas GN et al. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. *Pediatric Dermatology*, 2009; July/Aug issue.

²Nikolovski J, et al. Barrier function and water-holding and transport properties of infant stratum corneum are different from adult and continue to develop through the first year of life. *J Invest Dermatol* 2008; 128:1728–36.

³Atherton D, Mills K. What can be done to keep babies' skin healthy? *RCM. Midwives* 2004;7:288–290.

For mer informasjon, send en e-post til nordicconsumerservice@its.jnj.com

Omsorg for livet



Samhandlingsreformen

– mer forebygging og mindre reparasjon

Jeg vil belyse noen områder for helsestasjoner og skolehelsetjenesten som det er viktig å fokusere på fremover, og se det i sammenheng med Samhandlingsreformen.



Av Jorunn Lervik, folkehelserådgiver/helsesøster hos Fylkesmannen i Sør-Trøndelag.

Samhandlingsreformen er ikke bare en helsereform, men også en samfunns- og retningsreform hvor et viktig område er å tenke "Helse i alt en gjør". Dette vil i årene fremover være viktig for alle etater i kommunene, ikke bare i helsetjenesten. Vi kan ikke fortsette utviklingen slik vi har gjort det i helsevesenet, med en pengebruk og økning av behandling og innleggelse i sykehus som har vært formidabel de siste årene. Vi må legge om kursen i forhold til å øke aktivitetene fra kostbar behandling for livsstilssykdommer, til å dreie utviklingen i motsatt retning mot venstre. Og forebyggingsretningen må skje der folk bor, i kommunene. Som helsesøstre vet vi mye i dag om at en godt planlagt og koordinert helsetjeneste til barn og unge vil ha en livslang påvirkning gjennom hele livet, og da er helsestasjoner og skolehelsetjenesten en gull verdt tjeneste for barn, unge og deres foreldre for å nå målene i Samhandlingsreformen.

Nye grep

Samhandlingsreformen vil by på mange og nye utfordringer i kommunene i årene fremover, både med tanke på kompetanse og virksomme strategier. Vi vet at det som påvirker helse ligger utenfor helsevesenet, og da blir skoler, barnehager, arbeidsliv, trafikk, kultur og andre institusjoner, viktige aktører i samhandling med helsetjenesten. Helsetjenesten besitter kunnskap som andre aktører må få vite mer om. Hva skaper uhelse- og hva skaper helse blir sentrale tema i en slik sammenheng.

Noen spør at Samhandlingsreformen vil kunne føre til sammenslåing av kommuner. Det vi i alle fall vet er at reformen vil sette store krav til kompetanse

og kvalitet. Slik jeg ser det vil en ikke greie som liten kommune de utfordringer som kommer, her må en samhandle på mange områder. Norge vil i de kommende årene stå overfor et behov for mye arbeidskraft, og vi får i årene fremover en stor befolkningsøkning og innvandring av grupper som kommer fra fattige land. Dette går raskt.

Som en følge av samfunnsutviklingen vil også helsestasjoner og skolehelsetjenesten møte nye utfordringer både som et resultat av raske endringer, og innførsel av en bredt sammensatt befolkning som vil trenge andre tilbud enn tidligere. Det vil derfor være viktig å forberede tjenesten i takt med utviklingen til beste for målgruppene. Endringer har allerede startet også for denne tjenesten ved at barseltiden er kortet ned ved sykehusene, noe som har ført til at kommunene må møte denne utfordringen med nye rutiner og kompetanse. Det blir flere barn med overvekt og kroniske sykdommer og det sier seg selv at dette blir et kommunalt ansvar å gjøre noe med. Helsestasjonene har nok sett denne utviklingen lenge.

Helsestasjoner og skolehelsetjenesten skal fortsatt være en lovpålagt helsetjeneste i kommunene som skal ivareta både faglig forsvarlighet, og følge den helselovgivningen som er gjeldende for helsetjeneste og helsepersonell. Dette er et ansvar å forholde seg til både for kommuner, men og for hvert enkelt helsepersonell. Befolkningen skal vite hvem de forholder seg til som brukere av tjenestetilbudet. De skal fortsatt vite hvem som er helsepersonell og hvem som er pedagoger, og samhandling er ikke det samme som samme arbeid.

Kunnskap

Vi har i dag forskning som dokumenterer at et



BEDRE HELSE: Samhandlingsreformen innebærer at det skal satses på helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge i kommunene. Foto: Colourbox

viktig grunnlag for helsen gjennom livet legges i fosterstadiet og tidlig barndom. At det å ha gode livsbetingelser fra mors liv og de første leveår er svært betydningsfullt for folkehelsen på sikt. Barnets fysiske og psykiske helse påvirkes av mors livsstil og erfaringer, derfor vil det og ytterligere styrke veiledning på livsstilsområdet, samt å styrke friskfaktorer i den fremtidige helsestasjons- og skolehelsetjenesten bety mye for å nå målene i Samhandlingsreformen.

Vi skal forebygge mer, og reparere mindre. Dette er et av hovedmålene i reformen. Helsesøstre jobber daglig med de temaer som er relatert til dagens utfordringsbilde innen helsetjenesten. Nemlig sykdommer som er relatert til livsstilssykdommer og psykisk helse. Det å jobbe med de bakenforliggende årsaker for utvikling av sykdommer er denne tjenestens viktige rolle, og det å sette dette i en sammenheng med mestring for å ta vare på egen helse er unikt i helsetjenestesammenheng. Altså det å påvirke foreldre og barn til å ta de riktige valgene for den fremtidige helsen. Dette er en type kunnskap "folk flest" eller andre fagfolk som jobber med barn og unge ikke nødvendigvis har- og det betyr at helsesøstre har i årene fremover en viktig oppgave også på systemnivå å spre denne kunnskapen.

Trappetrinnene i samhandlingskjeden

Helsestasjoner og skolehelsetjenesten er en sentral helsetjeneste i den såkalte "samhandlingskjeden" da den omhandler et helsetjenestetilbud som gis gratis til alle gravide, barnefamilier og ungdom – og organisatorisk befinner seg allerede i det første trinnet i trappen etter utskrivelse fra barselavdelingen ved sykehuset. Dersom helseundersøkelser av god kvalitet, samt helseopplysning ut fra individuell tilpasning skjer allerede i helsestasjonen, kan en spare enkeltindivid, familien og samfunnet både kostnader og belastning i forhold til de kurative helsetjenester lenger opp i trappetrinnene. I et sosialt ulikhetsperspektiv er denne helsetjenesten særlig trukket frem i mange sentrale dokumenter, ut fra at tjenesten er gratis, tilgjengelig og at den gjelder for alle uansett sosial status og etnisitet. Dette er en type kunnskap ikke mannen i gata nødvendigvis har med seg. Derfor er det viktig at også helsesøstre deltar aktivt i det pågående arbeidet som skjer mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten når det gjelder å lage samarbeidsavtaler. Toget går nå- og det går fort!

Start med ordføreren

Helsesøstre er daglig i dialog med foreldre og barn



på temaområder som er dagens helseutfordringer. Dette er helt unikt, sammenlignet med andre offentlige tilbud. Dette er tema som ernæring, amming, søvn, fysisk aktivitet, smittevern, tobakk, snus, seksuell helse og fysisk aktivitet. Bare for å nevne noen.

Gjennom arbeidet i helsestasjoner og skolehelsetjenesten treffer helsesøstre den friske delen av befolkningen - noe som heller ikke annen helsestjeneste gjør. Dette må utnyttes og styrkes for alt det er verdt!

Start med ordføreren- fortell din kunnskap om barn og unge og hvilken unik mulighet du som helsesøster har i forhold til å påvirke. Start med det positive og avslutt med at dette området lønner det seg å jobbe systematisk med på sikt. Ikke kutt på helseundersøkelsene som hjemmebesøk og de gitte anbefalingene i helsestasjonsprogrammet, til tross for at det er lite å finne på friske barn. Ikke effektiviser dette!

De anbefalte helseundersøkelsene i helsestasjons- og skolehelsetjenesteprogrammet er satt opp etter bestemte aldre, og er vurdert som en anbefaling ut fra en medisinsk og faglig vurdering. Nyutnevnt barneombud og barnelege Anne Lindboe ble intervjuet i tidsskriftet Sykepleien nr 6, 2012 sitat: «hyppige småbarnskontroller kan avdekke omsorgs-svikt». Det å kutte /slå sammen gitte anbefalte helsekontroller/ helseopplysningstema er å regne som avvik fra veilederen. Dette betyr at kommunene



GOD TJENESTE: Samhandlingsreformen skal sikre god oppfølging og kvalitet i alle ledd helsetjenesten. Foto: Colourbox

må kunne både begrunne og dokumentere dette valget overfor tilsynsmyndigheten i fylket. Statlige veiledere er basert på beste praksis og anbefalinger.

Vi har i dag opptil 100 prosent oppmøte i tjenesten - og da skal vi ikke fronte overfor foreldre at de selv kan bestemme om de vil komme til helsestasjonen eller ikke. Som helsesøstre vet vi at uansett foreldregruppe så setter de aller fleste sin lit til helsetjenesten - og det skal brukes slik det er tenkt og lovhjemlet!

Samarbeid og samhandling

Samhandlingsreformen handler om mer enn bare samarbeid med andre tjenester for barn og unge. Det å samarbeide med andre faggrupper har helsesøstre god erfaring med. Vi hos Fylkesmannen i Sør-Trøndelag har hatt et prosjekt over to år gående for å bistå kommunene i å styrke tjenesten i forkant av Samhandlingsreformen. Her har vi sett blant annet gjennom vår kartlegging og tilsyn at det er et stort forbedringspotensial i å styrke samhandlingen internt i eget hus. Fremtidens helseutfordringer til gravide, barn og unge vil kreve en solid samlet helsekompetanse for å skulle både møte tidlig utskrivelse fra sykehus, og for å unngå lege og sykehusbehandling. Derfor er det viktig å styrke samhandlingen på

tvers mellom helsefaglige grupper, og samtidig gjøre en ansvarsfordeling på oppgavene. Skal en lykkes må en i langt større grad jobbe med samme draktfarge mot felles mål! Dette på samme måte som å vinne en fotballkamp. Ingen lykkes helt alene med stor motstand fra motparten over grasmatta - her må en spille på lag, og ta de riktige grep mot målet. Dette krever god ledelse, styring og prioritet.

«Skal en lykkes må en i langt større grad jobbe med samme draktfarge mot felles mål!»

I 2011 gjennomførte Statens Helsetilsyn en kartlegging av helsestasjonstilbudet fra 0-6 år i 50 Norske tilfeldig utvalgte kommuner. Denne kartleggingen avdekket blant annet at tjenesten har et stort forbedringspotensial i å styrke ledelse og styring. Herav også rapportens navn: «Styre for å styrke». Det å bruke tilsynsrapporter fra helsetilsynet/fylkesmannen lokalt, som en del av i kommunenes forbedringsarbeid er nyttig, da mye har overføringsverdi til andre. Det er viktig å minne seg på at «en trenger ikke å være dårlig for å bli bedre» i dette arbeidet.

Kvalitet kommer ikke av seg selv

Det å fokusere på kvalitet vil være svært viktig i alle offentlige tjenester fremover. Dette gjelder også for helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Det betyr at skal en lykkes med godt kvalitetsarbeid må dette være en kontinuerlig prosess som stadig strekker seg for å bli bedre. Tjenester som har god kvalitet gjør ikke alt - de prioriterer. Men det forventes at en leverer det beste ut fra kunnskapsbasert praksis. I tillegg skal tjenestene være trygge og sikre, brukerne skal involveres, samt at fremtidens helsetjenester jf Samhandlingsreformen skal opptre samordnet, sømløs og preget av kontinuitet. Det betyr at det å splitte opp tjenesten ikke trenger å være til det beste for familien og barnet. Det kan se ut som om de som har god kvalitet på sine tjenester har både en tydelig målsetting, gjennomfører risiko- og sårbarhetsanalyser før endring og planlegging, tenkt personvern og driver et systematisk evalueringsarbeid. Heller ikke glem dette når helsestasjoner skal utvikle IKT systemer for samhandling. Hovedansvaret for forsvarlighet ligger hos kommunen, men helsepersonell har en særskilt plikt i å varsle fra når forsvarligheten trues.

To nye lover

Folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven er viktige tiltak for å kunne nå Samhandlingsreformens intensjon om å forebygge mer og bedre. Begge lovene er viktig for helsestasjoner og skolehelsetjeneste - det er viktig at de ses i en sammenheng, og at de brukes. Dette handler om Norsk lov!

En av hovedpremissene for å lykkes med reformen innenfor det helsefremmende og forebyggende arbeid er at det finnes folkehelse- og forebyggingskompetanse i kommunene. I dagens helsestasjoner og skolehelsetjenester finnes det allerede en generalisthelsekompetanse på forebygging som vil være viktig i fremtidens kommunehelsetjenester. Helsestasjonspersonellet kan mye om hva som er god svangerskapsomsorg, og hva som ligger i hvordan skape god helse i barneårene, noe som en først ser igjen i voksen alder. Det at helsesøstre har et såkalt "profesjonsskjønn" i sin rolle som helsepersonell med et "observasjonsblikk" for skjevutvikling, er

en viktig kompetanse som kan være vanskelig å dokumentere. Heller ikke glem din sykepleiefaglige kompetanse. Dette må hver enkelt bli langt tydeligere på å synliggjøre i kompetanseplaner. Det vil ikke holde på sikt og bare snakke om alt en kan.

Samhandlingsprisen 2011

I Sør-Trøndelag er det i dag fire kommuner i Værnesregionen (Tydal, Selbu, Stjørdal og Meråker kommune) som jobber på tvers av kommunegrensene i samarbeid med spesialisthelsetjensten i å styrke tjenestetilbudet for de som er tidlig utskrevet fra barselavdelingene. Et av målene er å bistå samlet med tverrfaglig helsekompetanse mellom to nivå slik at sårbarheten med tidlig utskrivelse skal sikres. I 2011 mottok Værnesregionen fra helseminister Anne-Grete Strøm Erichsen Samhandlingsprisen for dette arbeidet. De ser nå at dette arbeidet også kan overføres til andre områder de jobber med. ■

FIRE BLADER TIL STØTTE, NYTTE OG GLEDE!



BAM Spedbarn



BAM Gravid



BAM Nyfødt



BAM Pappa

BAM Spedbarn er spesiallaget for barnets første kontroll på helsestasjonen. Her kan nybakte foreldre lese om blant annet amming, søvn, vaksiner og prevensjon.

Bladene lages i samarbeid med helsesøstre, jordmødre og andre fagfolk.

Vil du dele ut gratis BAM-blader, så kontakt oss:

Telefon: 23 00 81 88 E-post: postmaster@bam.no www.bam.no



HELSE SØSTER KONGRESSEN

TROMSØ
23-25. APRIL
2013

MANGE MØTES
OG MYE MESTRES



HELSESØSTERS ARBEID
I ET MANGFOLDIG
KULTURELT SAMFUNN



LANDSGRUPPEN AV
HELSEØSTRE NSF

Rapport fra kongressen

Mer enn 400 helsesøstre, utstillere og forelesere hadde reist til Stabbestad utenfor Kragerø, for å delta på årets helsesøsterkongress og generalforsamling.

Tekst **Astrid Grydeland Ersvik**

Kongressen ble åpnet av leder i den lokale komiteen Gunhild Kåsa Dehli, som ønsket velkommen til «det mest sentrale stedet i Telemark»! Som et ledd i markeringen av NSF's 100-årsjubileum, ble både NSF og LaHs historie presentert ledsaget av bilder, levende sang og musikk – en sekvens mange satte pris på.

I åpningsinnlegget ved leder i LaH NSF, ble det pekt på behovet for en mer enhetlig utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten – vi må bort fra en lang rekke «enkeltmannsforetak». Det ble oppfordret til kritisk vurdering av kartleggingsverktøy og tiltak, og helsesøsters rolle i oppfølgingen etter 22. juli ble understreket. Assisterende direktør i Statens helsetilsyn Geir Sverre Braut klarte kunsten å holde et fengende innlegg om nye lovverk og faglig ansvarlighet. Gjennom de påfølgende dagene fikk deltakerne et mangfoldig faglig tilbud.

Kongressen ble holdt på et flott spa-hotell, som dessverre ikke har egnet konferansesal. Det ga ekstra utfordringer både for LaH som arrangører og delta-

kerne, men de fleste klarte å ta det med skråblikk og godt humør. Mange hadde stor glede av utfluktene til Jomfruland og Kragerø sentrum.

Festmiddagen bød på god underholdning, og ikke minst heder til avtroppende styre og årets prisvinnere. Renate Rosén Skinne fra Østfold ble Årets helsesøster 2012, og Mone Tsahai Kildal fra Oslo fikk prisen Gylne Penn 2012. Vi gratulerer begge prisvinnerne med vel fortjent heder og ære! Vil du lese mer om de to, kan du gå inn på LaHs nettside.



GOD SKRIBENT:
Vinneren av prisen Gylne penn 2012 Mone Tsahai Kildal.

Generalforsamling

Vel 240 helsesøstre deltok på årets generalforsamling hvor vi tok stilling til viktige prinsipielle saker som fortsatt tilhørighet til NSF, ny vedtektsmodell, helsesøstertittel og kontingentøkning, samt valg av nytt styre. De viktigste vedtakene

ble i korte trekk: Landsgruppen av helsesøstre skal fortsatt være en faggruppe i NSF, nye vedtekter for sentral og lokale faggrupper ble vedtatt, arbeidet med utredning/evt. endring av helsesøstertittel settes i bero og kontingenten økes fra og med 2013 til 500 kroner pr. år. Det vil fortsatt være redusert kontingent for studenter og pensjonister.

Mange styremedlemmer var på valg i år, og Hilde Egge, Astrid Seim Realfsen, Karen Jægtnes, Nina Misvær og Signe Myklebust gikk ut etter flere års innsats i styret. Takk for formidabel innsats!

Det nye styret

Som følge av vedtak om nye vedtekter, består styret nå av leder, nestleder og fire styremedlemmer samt to varamedlemmer:

Leder Astrid Grydeland Ersvik, Kristiansund.

Kom inn i sentralt styre i 2001 og har vært leder siden 2005. Har arbeidet som helsesøster, sjefhelsesøster og fagkoordinator i mer enn 20 år. Går nå inn i den siste toårsperioden som leder.

Nestleder Eli Taranger Ljønes, Misvær.

Kom inn i sentralt styre i 2010, har også vært leder og nestleder i lokal fag-

Det nye styret



Leder Astrid Grydeland Ersvik, Kristiansund.



Nestleder Eli Taranger Ljønes, Misvær.



Styremedlem/kasserer Gro Tønseth, Kvaløysletta.



Styremedlem/ sekretær Torun Rundhovde Mørenskog, Mijas Costa Spania.



FIKK HEDERSPRIS: Årets helse-søster Renate Rosén Skinne til høyre, her sammen med leder i LaH NSF.

gruppe i Nordland, og har ledet lokal arrangementskomite for helsesøsterkongress i Bodø i 2003 og i Svolvær i 2010. Jobber til daglig som helsesøster i Bodø kommune.

Styremedlem/kasserer Gro Tønseth, Kvaløysletta.

Flere års erfaring som tillitsvalgt i NSF og som medlem i NSF's fylkesstyre i Troms. Jobber som helsesøster i Tromsø kommune og er barnerepresentant i plan- og byggesaker.

Styremedlem/sekretær Torun Rundhovde Mørenskog, Mijas Costa Spania.

Kom inn i sentralt styre i 2010, og har også erfaring som hovedtillitsvalgt. Har vært helsesøster i Bykle kommune i 20 år, men arbeider nå som gjestehusansvarlig på Sjømannskirken i Costa del Sol.

Styremedlem/kommersiell kontakt

Bente Gunn Håtuft, Isdalstø.

Nestleder i LaH NSF Hordaland, mangeårig politisk erfaring fra både kommune- og fylkesstyre og som vara til Stortinget. Til daglig ledende helsesøster ved Manger helsestasjon.

Styremedlem Irene Asheim Ivesdal, Sandnes.

Har erfaring både som tillitsvalgt og fra politiske verv, og mer enn 20 års erfaring som helsesøster. Er i dag helsestasjonssjef i Sandnes kommune.

1. varamedlem Randi Sokke Johnsen, Drammen.

Har erfaring som tillitsvalgt og ansattrepresentant i Amatheas landsstyre. Utdannet helsesøster i 2010, og arbeider nå i Sande kommune.

2. varamedlem Mae Iris Haarstad, Sel.

Har vært aktiv i NSF lokallag og

styremedlem i LaH Oppland. Har mer enn 30 års erfaring som helsesøster og arbeider i dag som helserådgiver i videregående skole.

Det ble også valgt ny nominasjonskomite:

- Greta Jentoft, Tromsø
- Hilde Egge, Bærum
- Bjørghild Underhaug, Sandnes
- Bodil Erdal, Bærum
- Ive Kristin Staune Mittet, Lillehammer

Det er disse du skal kontakte om du kan tenke deg å ta et verv i sentralt styre etter 2014!

De fleste innleggene fra kongressen, sakspapirer og protokoll fra GF samt omtale av prisvinnere og nytt styre kan du lese på LaHs nettsider www.sykepleierforbundet.no/helsesostre. ■



Styremedlem/
kommersiell
kontakt Bente
Gunn Håtuft,
Isdalstø.



Styremedlem
Irene Asheim
Ivesdal,
Sandnes.



1. varamedlem
Randi Sokke
Johnsen,
Drammen.



2. varamed-
lem Mae Iris
Haarstad,
Sel.

LOETTE 28 ANTIKONSEPSJONSMIDDEL ATC-NR: G03A A07

TABLETTER, filmdragsjer: Hver aktiv tablett inneholder: Levonorgestrel 100 µg, etinyløstradiol 20 µg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). Hver inaktiv tablett inneholder: Laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171).

INDIKASJONER: Antikonsepsjon.

DOSERING: Tabletten må tas som angitt på pakningen, hver dag til omtrent samme tid. 1 tablett tas daglig i 28 etterfølgende dager. Etter at den siste inaktive tablett er tatt, starter en med nytt brett dagen etter. I løpet av de 7 dagene med inaktive tabletter inntreffer en bortfallsblødning. Oppstart: Ingen tidligere hormonell prevensjonsbruk (i løpet av den siste måneden); Medisineringen skal starte på dag 1 i kvinnens normale sykklus. Det er tillatt å starte på dag 2-7, men da anbefales i tillegg en annen prevensjonsmetode (f.eks. kondomer og sæddrepende middel) i løpet av de 7 første dagene en tar tablettene.

SKIFTE FRA ET ANNET KOMBINASJONSPREPARAT: Medisineringen bør starte dagen etter den vanlige tablettfrie perioden eller perioden med inaktive tabletter til foregående kombinasjonspreparat. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogeninjeksjon/implantat): Kvinnen kan når som helst skifte fra minipille og begynne med preparatet neste dag. En bør starte dagen etter fjerning av et implantat eller, dersom en bruker injeksjon, dagen etter neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjonene, anbefales å bruke en tilleggsprevensjon de 7 første dagene en tar tablettene. Etter abort i 1. trimester: Medisineringen kan starte umiddelbart. Andre prevensjonsmetoder er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Siden den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med en økt risiko for tromboemboli, skal p-piller ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel, hos ikke ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må graviditet utelukkes før en starter med et kombinasjonspreparat, ellers må kvinnen vente på sin første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvedlegg.

KONTRAINDIKASJONER: Skal ikke brukes av kvinner med noe av følgende: Tromboflebitt eller tromboemboliske lidelser, dyp venetrombose, en tidligere historie med dyp venetrombose eller tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulære eller kardiovaskulære lidelser, trombose ved valvulær, arvelig eller ervervet trombofili, migrene/hodepine med fokale neurologiske symptomer, slik som aura, trombose, rytmeforstyrrelser, alvorlig diabetes med vaskulære forandringer, alvorlig ubehandlet hypertensjon, kjent eller mistenkt cancer mammae, cancer i endometriet eller andre verifiserte eller mistenkte østrogenavhengige neoplasier, kolestatisk gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av p-piller av kombinasjonstypen, leveradenomer eller leverkreft, udiagnostiserte unormale vaginalblødninger, verifisert eller mistenkt graviditet, hypersensitivitet overfor noen av preparatets innholdsstoffer.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling initieres, foretas grundig undersøkelse inkl. mammaundersøkelse, blodtrykksmåling, samt en grundig familieanamnese. Hypoglykemi og typen av etterfølgende undersøkelse bør være basert på etablerte retningslinjer og tilpasses individet. Forstyrrelser i koagulasjonssystemet skal utelukkes hvis det i nærmeste familie allerede i yngre år har forekommet tromboemboliske sykdommer (først og fremst dyp venetrombose, hjerteinfarkt, slagangfall). Ved unormale vaginalblødninger skal undersøkelser gjennomføres for å utelukke kreft. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft eller som har benigne brystknuter, må følges opp spesielt nøye. Sigarettrøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger ved bruk av p-piller. Denne risikoen øker med alder og mye røyking og er ganske markert hos kvinner over 35 år. Kvinner som bruker p-piller må på det sterkeste anbefales ikke å røyke. Bruk av kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for arterietrombose og tromboemboli. Rapporterte hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi og blødningsslag, transitorisk iskemisk attack). Eksponering for østrogen og progestagener bør minimeres. Forskrivning av kombinasjons-piller med minst mulig østrogen- og progestageninnhold anbefales. Risikoen for arterietrombose og tromboemboli øker ytterligere hos kvinner med underliggende risikofaktorer. Må brukes med forsiktighet hos kvinner med risikofaktorer for kardiovaskulære lidelser. Eksempler på risikofaktorer for arterietrombose og tromboemboli er: Røyking, hypertensjon, hyperlipidemi, overvekt og økt alder. Kvinner som bruker perorale kombinasjons-piller og som har migrene (spesielt migrene med aura), kan ha økt risiko for slag. Opprett tegn på emboli (f.eks. akutte brystmerter, tungpustethet, syns- eller hørselsforstyrrelser, smerter og hevelse i en eller begge underkremittene) under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av kombinasjons-piller er assosiert med økt risiko for venetrombose og tromboemboli. Den økte risikoen er størst blant førstegangsbrukere det første året. Risikoen er imidlertid mindre enn under graviditet. Venøs tromboembolisme er dødelig i 1-2% av tilfellene. Risikoen øker ytterligere hos kvinner med tilstander som predisponerer for venetrombose og tromboembolier.

EKSEMPEL PÅ RISIKOFAKTORER FOR VENETROMBOSE OG TROMBOEMBOLIER ER: Overvekt, kirurgisk inngrep eller skader som øker risikoen for trombose, nylig gjennomgått fødsel eller abort i 2. trimester, forlenget immobilisering og økt alder. Om mulig, bør behandlingen med kombinasjons-piller avbrytes 4 uker før og 2 uker etter elektiv kirurgi hvor det er økt risiko for trombose og ved forlenget immobilisering. Bruk av p-piller er assosiert med godartede adenomer i lever, selv om insidensen av disse er sjeldne. Risikoen synes å øke med varigheten av behandlingen. Disse typer seg som akutte buksmerter eller akutt intraabdominal blødning. Preparatet skal da seponeres og pasienten undersøkes nøye. Ruptur kan forårsake død gjennom intraabdominal blødning. Kvinner som tidligere har hatt kolestase forårsaket av perorale kombinasjons-piller, eller har hatt kolestase under graviditet, har større risiko for å få denne tilstanden ved bruk av perorale kombinasjons-piller. Pasienter som bruker perorale kombinasjons-piller bør derfor overvåkes nøye, og dersom tilstanden vender tilbake, bør behandlingen avbrytes. Det er rapportert tilfeller av retinalvaskulær trombose. P-piller må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvis eller fullstendige synsforstyrrelser, proptose eller dobbeltsyn, papilledem, eller skader i retinavaskulaturen. Glukoseintoleranse er rapportert og kvinner med diabetes eller nedsatt glukoseintoleranse skal følges nøye opp. Dersom kvinner med hypertensjon velger å bruke p-piller, må de overvåkes nøye og dersom signifikant økning av blodtrykk oppstår, må preparatet seponeres. Bruk av perorale kombinasjons-piller kan være assosiert med økt risiko for cervical intraepitelial neoplasii eller invasiv livmorhalskreft hos enkelte kvinnepopulasjoner. Imidlertid er det fremdeles kontroversielt hvorvidt omfanget av slike funn kan skyldes forskjeller i seksuell atferd eller andre faktorer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert ved udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Utvikling eller akutt forverring av migrene eller utvikling av hodepine med annet forløp som er tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig, krever at p-piller seponeres og at årsaken vurderes. Kvinner med migrene (spesielt migrene med aura) som bruker kombinasjons-piller kan ha økt risiko for slag. Gjennombruddsblødninger og sporblødninger sees spesielt de 3 første månedene. Adekvate diagnostiske tiltak må iverksettes for å utelukke kreft eller graviditet ved gjennombruddsblødninger på samme måte som ved annen unormal vaginalblødning.

Dersom patologi er blitt utelukket, kan fortsatt bruk av de perorale kombinasjons-pillene eller bytte til annen formulering løse problemet. Noen kvinner kan oppleve postpille amenoré muligens med anovulasjon, eller oligomenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. En liten andel kvinner vil få ugunstige lipidforandringer når de bruker p-piller. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Økninger i plasmatriglyserider kan føre til pankreatitt og andre komplikasjoner. Akutt eller kronisk leverdysfunksjon kan nødvendiggjøre seponering inntil leverfunksjonen normaliseres. Pasienter som blir klart deprimeret når de bruker p-piller, må forsøke å klarlegge om symptomene er relatert til medikamentet. Kvinner med en sykehistorie med depresjon skal observeres nøye og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Pasienter bør informeres om at preparatet ikke beskytter mot hiv-infeksjon (AIDS) eller andre seksuelt overførbare sykdommer. Preparatet bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Utsettelse av menstruasjonen: Menstruasjonen kan utsettes ved først å ta de rosa tablettene og så kaste brettet uten å ta de 7 hvite tablettene. Start deretter direkte på et nytt brett.

INTERAKSJONER: Nedsatt serumkonentrasjon av etinyløstradiol kan føre til økt insidens av gjennombruddsblødninger og uregelmessig menstruasjon, og kan muligens redusere effekten av kombinasjons-piller. Ved samtidig bruk av preparater som inneholder etinyløstradiol og forbindelser som kan redusere plasmakonsentrasjonen av etinyløstradiol, anbefales en ikke-hormonell prevensjonsmetode (kondom og spermdrepende middel) i tillegg. Ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales brukt i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substanser som kan føre til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-piller anvendes som primær prevensjon. Det anbefales å bruke tilleggsprevensjon over en enda lengre periode etter seponering av forbindelser som inducerer hepatisk mikrosomale enzymer og fører til redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Det kan enkelte ganger ta flere uker inntil enzyminduksjonen er fullstendig normalisert, avhengig av dosen, behandlingsvarigheten og elminasjons-hastigheten til den induserende forbindelsen. Diaré kan øke tarmmotiliteten og dermed redusere hormonabsorpsjonen. På samme måte kan medikamenter som reduserer tarmoverføringstiden redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Interaksjoner kan oppstå med medikamenter som inducerer mikrosomale enzymer som kan minske etinyløstradiolkonsentrasjonen (f.eks. karbamazepin, oksykarmazepin, rifampicin, barbiturater, fenylbutazon, fenytoin, griseofulvin, topiramid, enkelte proteasehemmere, ritonavir). Atorvastatin kan øke serumkonentrasjonen av etinyløstradiol. Medikamenter som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i gastrointestinaleveggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol (f.eks. askorbinsyre, paracetamol). Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer, f.eks. indinavir og flukonazol, kan også øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Konsentrasjonen av etinyløstradiol vil kunne minske etter inntak av visse antibiotika (f.eks. ampicillin, tetracyclin) pga. redusert entero-hepatisk resirkulering av østrogen. Etinyløstradiol kan interferere med metabolismen av andre medikamenter ved å inhibere hepatisk mikrosomale enzymer, eller ved å indusere hepatisk medikamentkonjugering, spesielt glukuronidering. Plasma- og vevskonsentrasjonene vil følge den enkelte kunne minske (f.eks. lamotrigin) eller øke (f.eks. ciklosporin, teofyllin, kortikosteroider). Toledamycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved koadministrering med perorale kombinasjons-piller. Det er rapportert at bruk av perorale kombinasjons-piller øker risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med flunarizin. Gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk av johannesurt (Hypericum perforatum). Effekten av preparatet kan reduseres, og ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk med johannesurt.

GRAVIDITET/AMMING: Studier antyder ingen teratogen effekt ved utilsiktet inntak i tidlig graviditet. Overgang i placenta: Se Kontraindikasjoner. Overgang i morsmelk: Både østrogen og gestagener går over i morsmelk. Østrogen kan redusere melkeproduksjonen samt endre morsmelkens sammensetning. Bør ikke benyttes under amming.

BIVIRKNINGER: Bruken av kombinasjonspreparat er assosiert med en økt risiko for arterielle og venøse tromboser og tromboemboliske tilstander, inkl. hjerteinfarkt, slag, transitorisk iskemisk attack, venøs tromboemboli og pulmonær emboli. En økt risiko for cervix-neoplasier og cervixkreft og en økt risiko for brystkreft. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, oppkast, magekramper, oppblåst mage, smerter. Hud: Akne. Metabolske: Vektforandring (økning eller reduksjon). Neurologiske: Humørforandring inkl. depresjon, angst, svimmelhet, endret libido. Urogenitale: Gjennombruddsblødninger, og/eller sporblødning, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervicerosjon og -sekresjon, vaginit inkl. candidiasis, amenoré. Øvrige: Hodepine, inkl. migrene, væskeretensjon, ødemer, brystmerter, ømme bryster, forstørrede bryster, sekresjon fra brystene. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Endret appetitt. Hud: Kløe, vedvarende melasmer, hirsutisme, hårtapp. Metabolske: Endring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sirkulatoriske: Hypertensjon. Syn: Intoleranse for kontaktlinser. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Kolestatisk gulsott, gallesten, galleblærelidelse (forverrer eksisterende lidelse og påskynder utvikling hos symptomfrie), pankreatitt, leveradenomer, leverkarsinomer. Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme, angioødem, urticaria. Metabolske: Nedsatt glukoseintoleranse, forverring av porfyri, senkning av serumfolatnivået. Neurologiske: Forverring av chorea. Sirkulatoriske: Forverring av varikøse vener. Syn: Opticusneuritt, retinal vaskulær trombose. Urogenitale: Postpille amenoré, spesielt når slike forhold har eksistert tidligere. Øvrige: Hemolytisk uremisk syndrom, anafylaktiske reaksjoner inkl. urticaria og angioødem, forverring av systemisk lupus erythematosus.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Kvalme, oppkast, brystømhet, svimmelhet, buksmerter, tretthet/uttømmelse, blødninger ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes denne mot symptomene. Se Giftnyttinformasjonens anbefalinger G03A.

ANDRE OPLYSNINGER: Bruk av p-piller kan påvirke resultatene av enkelte laboratorietester, inkl. biokjemiske parametre knyttet til lever-, thyreoidea-, binyre- og nyrefunksjoner, plasmanivå av proteiner (f.eks. kortikosteroidbindingsglobulin og lipid/lipoprotein-fraksjoner), parametre i karbohydratmetabolismen og koagulasjons- og fibrinolyseparametre. Vanligvis holder endringene seg innen normale laboratorieverdier.

PAKNINGER OG PRISER: 3 × 28 stk. (kalenderpakn.) kr 242,70.

Sist endret: 19.08.2009
(priser oppdateres hver 14. dag, ev. refusjon hver måned)

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

“Anbefalt **førstevalg** er p-piller som inneholder enten **levonorgestrel** eller **norethisterone**, med lavest mulig dose av østrogen.”¹

Loette inneholder levonorgestrel og den **laveste tilgjengelige dose** etinyløstradiol (20 µg).²

Les mer på
WWW.PFIZER.NO/LOETTE



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

1. Dunn, N: Oral contraceptives and venous thromboembolism; BMJ 2009;339:b3164 2. Loette SPC 12.08.2010

En helsesøsters hverdag

Latter og gråt, babykontroller og engstelige mødre. Slik kan en vanlig dag se ut for en helsesøster.

Tekst Bjørg Todalshaug, Randi R. Hoaas, Hanne Mjøen, Ann-Magrit Lona og Kirsten Kamark. Alle er helsesøstre i Sør-Trøndelag

Julie på fire år sitter og venter ute på venterommet en tidlig morgen. Hun er på vanlig 4-årskontroll. Hun har nettopp fått veid og målt seg og nå venter hun på å komme inn til helsesøster.

Hun sitter spent og holder noe i hånden når jeg kommer ut for å hilse på. Hun gir meg et ark som er tapet godt på alle kanter. Jeg takker begeistret for å få en slik gave og vi blir enige om at jeg må ha en saks for å få opp tapen slik at jeg ikke ødelegger ved å rive opp.

Vi går inn på kontoret og får åpnet. Julie har tegnet ei fin tegning og inni ligger det et perlebånd hun har perlet. Tegningen henges opp på oppslagstavlen min sammen med andre tegninger og perlebåndet passer akkurat to ganger

«Julie gir helsesøster en god klem før hun hopper glad bortover gangen.»

rundt håndleddet mitt og blir et fint fargerikt armbånd.

Etterpå forteller jeg Julie hva vi skal gjøre på 4-årskontrollen. Hun starter med å tegne. Fortsetter med språk kartleggingen Språk 4 der vi ser på bilder og snakker om dem. Julie forteller villig og engasjert og vi får en fin samtale. Så gjør vi una synstesten.

En samtale med mor for å kartlegge

hvordan hun synes jenta utvikler seg hører også med. Det er rom for spørsmål og eventuelle tema mor ønsker å ta opp. Imens legger Julie puslespill.

Vi avslutter konsultasjonen og Julie kommer og gir helsesøster en god klem før hun hopper glad bortover gangen.

For helsesøster var dette en vanlig 4-årskontroll, men likevel uvanlig. Besøk av en slik forventningsfull, trygg og flott unge gjør at dagen blir ekstra fin.

6-ukerskontroll

En mor kommer til 6-ukerskontroll med barnet sitt. Jeg har vært i kontakt med mor flere ganger etter hjemmebesøk på grunn av ammevansker. Jeg vet at mor er sliten. Jeg spør mor om hun ønsker å fylle ut et EPDS-skjema. Mor skårer høyt

og har tydelige tegn på en begynnende fødselsdepresjon. Vi har satt av nok tid til en utdypende samtale rundt skjema, mor gråter og er fortvilet, jeg lytter og støtter. Det kommer fram i samtalen at hun ikke makter å amme, hun orker ikke at barnet skal være så tett på, hun sier at barnet kan være hvilket som helst barn, hun kjenner ingen morslykke eller tilknytning til barnet sitt. Jeg hjelper mor å finne ut

av hvordan hun kan avlastes i hverdagen, støtter mor i at hun kan begynne å gi noe melk på flaske. Jeg tar kontakt med en kollega som er marte-meo terapeut slik at mor kan få veiledning for å jobbe med tilknytning til barnet. Da mor skal gå stopper hun opp, takker for at jeg SA henne og lyttet. «Det var akkurat dette jeg trengte, kanskje er det et håp om at dette går bra». Vi avtaler ny samtale uken etter.

15-månederskontroll

Amina er flyktning fra Sudan og kommer med sønnen Mohamed til 15-månederskontroll. Hun har bodd i Norge i fire år, og forstår og snakker litt norsk. Amina er alene om omsorgen for gutten. Mohamed er stille og beskjeden, men allikevel tillitsfull. Han gråter litt i forbindelse med MMR vaksinen. Etter å ha fått litt trøst hos mor, vil han ned på gulvet for å se på lekene som er i lekekassa. Det kommer et stort smil for hver leke han tar opp for å vise mor. Jeg har vært på hjemmebesøk hos familien flere ganger, og vet at han ikke har så mange leker. Gutten er liten og tynn, og spesielt siden 12 måneders alder har det vært liten tilvekst. Mor synes det er vanskelig å vite hva hun skal gi ham etter at han sluttet med grøt. Vi avtaler derfor at jeg blir med henne på butikken senere i uka for å vise henne



GIVENDE JOBB: Å hjelpe barn og foreldre byr på mye glede og mange utfordringer. Illustrasjonsfoto: Colourbox

hvilke matvarer hun kan gi gutten. Mor forteller at hun ikke har fått beskjed om barnehageplass for gutten ennå. Da hun var på 12-månederskontroll hjalp jeg henne med å sende elektronisk søknad om barnehageplass. Jeg ringer barnehagen og får beskjed om at de har sendt melding til mor om barnehageplass på e-post som hun må svare på. Jeg anbefaler imidlertid barnehagen å sende brev i posten i stedet. Til slutt avtales ny vekt/lengdekontroll om en måned.

Tisser på seg

I forrige uke kom en mor hit sammen med sønnen på seks år, som skal begynne på skolen til høsten.

De hadde nettopp vært på førskolekontroll, og der ble det avdekket at Per har både en dag- og nattenurese. De hadde derfor fått en oppfølgingstime til meg for å få hjelp til at Per skal bli tørr.

Begge er i utgangspunktet skeptisk til at de skal få dette til. Per bruker bleie om natta og deler seng med foreldrene.

Han har også ofte uhell på dagtid, men bruker ikke bleie da. Jeg opplever ut fra morens beskrivelse at de har prøvd lite for å få gutten tørr på forhånd.

I utgangspunktet er han en aktiv kar som har nok med å følge to storebrødre på dagtid. Ut fra beskrivelsen opplever jeg at Per kanskje har det for travelt på dagtid til å kunne ta seg tid til å gå på toalettet.

Det viktigste for meg i første omgang er å motivere både mor og sønn til å tro



SAMTALE: Noen samtaler handler om alvorlige temaer, som det kan være vanskelig for barnet å snakke om. Illustrasjonsfoto: Colourbox

på at han faktisk kan bli tørr ved å gjøre noen enkle grep.

For Per sin del er det å bruke en vekkerklokke (nattenuresealarm) om natten som er det store spenningsmomentet. Jeg forklarer mor at det som faktisk er viktig, er å få Per tørr på dagtid før vi eventuelt starter med nattalarm. Motiverer Per til at når han blir tørr på dagtid, som jeg absolutt er sikker på at han kommer til å få til, skal han få låne nattalarmen.

Vi avtaler derfor at til neste gang de kommer på helsestasjonen skal Per sove i egen seng og eget rom, men at han kan få lov til å komme opp i foreldrenes seng om morgenen. Mor er nok mere begeistret for dette enn sønnen. Deretter lager vi et doregimeskjema som de skal bruke på dagtid. Per skal gå på do hver tredje time. Mor og barnehagen skal minne han om dette, men ikke mase. Jeg påpeker at det er viktig at dagen starter med å gå på toalettet og avsluttes med å gå på toalettet. Per får også med seg skjema og klistremerke, slik at han hver kveld han har klart å gjennomføre doregimet får sette på et klistremerke på skjemaet sitt.

Etter tiende klistremerke skal han få en «større» premie av foreldrene (kinobe-søk, el.). Jeg påpeker overfor mor at de må rose hvert framskritt og skjær det uhell, overser de dette.

Jeg fikk forresten en lykkelig mor på telefonen i dag. Hun forteller at i utgangspunktet hadde hun liten tro på dette opp-

«Far hadde drukket for mye øl og ramla ned trappa hjemme.»

legget. Men alt har fungert fra første dag. Per har ikke hatt et uhell på dagtid og han sover nå i egen seng. Mor forteller om en meget stolt ung herremann som nå bare ser fram til å begynne med vekkerklokke. Faktisk har han også hatt to tørre netter etter besøket på helsestasjonen.

Skole gutter

Det kakker så lett på døra og inn kommer «Ola» på åtte år. Etter avtale med mor og lærer skulle «Ola» snakke med helsesøster.

Lærer hadde sagt til helsesøster at

«Ola» var så ukonsentrert på skolen og at han kom seint inn fra friminuttet. Samtidig sa lærer at det var et eller annet som hadde skjedd med far til «Ola» uten at han visste hva det var.

«Ola» fortalte omsider at han ikke hørte skoleklokka da han bare tenkte på faren sin. Far hadde drukket for mye

øl og ramla ned trappa hjemme. Foten ble brekt av og nå ligger han på sykehuset nyoperert. «Ola» lurte på hvordan det går med far. «Ola» så at pappa hadde brekt foten, men han så også det store hullet i hodet hvor det rant blod fra. Ambulansen kjørte bort med pappa.

Mor hadde sagt noe om at far skulle bo en annen plass ei stund etter at han kom ut av sykehuset... «Kor da helsesøster?» spurte «Ola.»

«Ola» fortalte i fortsettelsen at det ikke var så lett å få venner på skolen og at han krangla mye med lillesøster. ■



Bør barn drikke vanlig melk eller juniormelk?

I Tidsskrift for helsesøstre nr. 1–2012 var det en annonse for Nestlé Juniormelk. Vi reagerte på noen av formuleringene i denne annonsen.

Tekst Heidi Kathrine Ruud, klinisk ernæringsfysiolog og Kaja Helland-Kigen, Opplysningskontoret for Meieriprodukter (Melk.no)

Tidsskrift for helsesøstre nr. 1–2012 annonserer Nestlé for NAN Juniormelk. I annonsen trekkes det frem at kumelk inneholder mange næringsstoffer, men at det inneholder «unødvendig mye protein og salt» og «lite jern og umettet fett i forhold til barnets behov». Dette brukes som argument for at barn fra 18 måneders alder kan drikke NAN Juniormelk.

Ikke melk som drikke før ett års alder

Anbefalingene for spedbarnsernæring som Helsedirektoratet har utarbeidet sier at introduksjonen av kumelk som drikke og i grøt bør utsettes til barnet er 12 måneder. Grunnen til dette er at melk i store mengder kan fortrenge andre mer jernrike matvarer fra kosten. Mindre mengder kumelk kan brukes i matlagingen mot slutten av første leveår – fra ca. 10 måneders alder.

Når kan kumelk være problematisk?

Anbefalingene for inntak av melk er i hovedsak gitt med tanke på barnas jerninntak det første leveåret. Små barn er blant de som er mest utsatt for jernmangel. Kumelk inneholder svært lite jern. Morsmelk inneholder heller ikke mye jern, men dette jernet tas bedre opp hos barnet. Fordi kumelk inneholder lite jern, kan for mye melk i grøt og som drikke før ett års alder fortrenge mer jernrike matvarer fra kostholdet. Etter ett års alder har andre

matvarer overtatt som hovedkilder til jern for barnet, og dermed utgjør ikke kumelken noe problem for jerninntaket så lenge melkeinntaket ikke overstiger anbefalingene.

En halv liter mager melk om dagen er greit

Dersom barna drikker seg mette på kumelk har man sett at det kan fortrenge mer jernrik mat fra kostholdet. Det er ikke melken i seg selv, men mengdene som kan være en utfordring. Derfor anbefaler Helsedirektoratet at inntak av kumelk og meieriprodukter begrenses til 5-6 dl per dag, inkludert yoghurt, fordi et høyere inntak kan være assosiert med økt risiko for jernmangel. I tillegg presiseres det at det er de magre melkevariantene som anbefales fremfor helmelk, for å redusere inntak av mettet fett og for å innarbeide gode vaner tidlig. Vann er den beste tørstedrikken mellom måltidene, mens melk gjerne kan drikkes til måltidene.

Trenger barn melk?

Melk og meieriprodukter er den største kilden til kalsium i det norske kostholdet. For barn mellom 2 og 5 år gir ett glass melk flere næringsstoffer kroppen trenger. I tillegg til kalsium og protein, gir det magnesium, fosfor, riboflavin (vitamin B2) og vitamin B12.

Er det riktig å gi alle barn tilskudd?

I de norske spedbarnsanbefalingene

fremheves det at barn fra familier med innvandrerbakgrunn har økt risiko for å utvikle jernmangel. Årsakene til dette kan være et høyt inntak av kumelk og/eller matvarer med et høyt sukkerinnhold og inntak av te, som hemmer jernabsorpsjonen. Dårlig jernstatus hos mor i svangerskapet kan også gjøre at barn blir født med små jernreserver. Forskning viser at 12 prosent av norske toåring har jernmangel. Derfor er det viktig at man er ekstra påpasselig med å velge jernrike matvarer til de små barna. De norske anbefalingene sier i tillegg at alle spedbarn bør få daglig tilskudd av vitamin D fra de er fire uker gamle. Fra seks måneders alder anbefales 5 ml tran per dag. I et variert norsk kosthold er det ellers ikke behov for tilskudd. Er det da riktig at alle barn anbefales tilskudd som NAN Juniormelk 4?

Gode vaner etableres tidlig

Sunne, trygge og varige kostvaner etableres tidlig. Forskning viser at barnets matvaner i småbarnsalderen legger grunnlag for hvilke mat de velger som voksne. Den norske HEIA-studien har vist at foreldre er viktige rollemodeller for barna. Barn bør få tilbud om de samme matvarene som resten av familien, og i minst mulig grad spise spesialprodukter. Det gir barna de beste forutsetningene for å få et naturlig forhold til mat senere i livet. ■

Ikke alt som teller kan og ikke alt som telles

I denne artikkelen gjengir jeg ulike kritiske stemmer fra de seneste årenes debatt om kartlegging av barn og foreldre. Helsesøstre har i beskjeden grad vært deltagende i denne debatten.



Av Astrid Grydeland Ersvik
Leder Landsgruppen
av helsesøstre NSF

Albert Einstein sa i sin tid: Ikke alt som teller kan telles, og ikke alt som telles teller. Det kan være et godt utgangspunkt for et kritisk blikk på den kartleggingspraksisen som utvikler seg i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

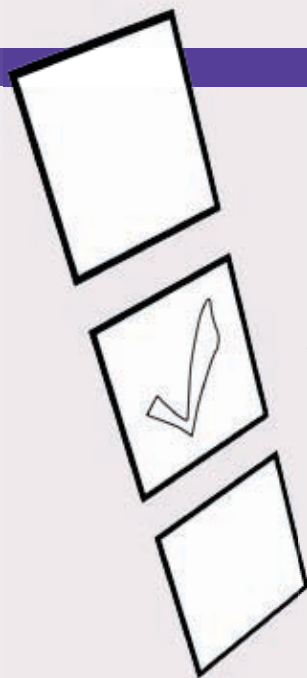
Som helsesøstre har vi en tradisjon for å jobbe og tenke selvstendig, og kombinert med til dels mangelfulle styringssignaler fra sentrale myndigheter fører dette tidvis til at vi driver en rekke «enkeltmannsforetak» rundt i norske kommuner. Vi gjør de valgene vi tenker er best – både ut fra hensyn til brukere, oss selv og kommuneøkonomien, men mangler i stor grad kunnskapen og verktøyene som skal til for å gjøre de forutgående vurderingene. Som leder i Landsgruppen av helsesøstre ønsker jeg å bidra til at helsesøstre stiller kritiske spørsmål til kartlegginger, metoder og tiltak som innføres i egen kommune. Vi må foreta selvstendige, men også felles faglige, etiske og juridiske vurderinger av hva som vil være god praksis. Det er ikke alltid slik at det som presenteres som gode verktøy, nødvendigvis er det. Sentrale helsemyndigheter har et særlig ansvar for å gi tydelige faglige anbefalinger av hvilke metoder og kartleggingsverktøy som skal benyttes i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Slike valg er for viktige til å overlates til tilfeldighetene eller ulike sterke fag- og forskningsmiljø. Et nasjonalt kompetanse- og utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten ville vært en styrke for utvikling av en mer enhetlig faglig praksis.

Vi har de siste årene sett en økende mengde kartleggingsverktøy og metoder som tilbys særlig helsestasjonene. Marte Meo, ASQ, De utrolige årene, ART, TRAS, Språk 4, EPDS, PMTO for å nevne noen. Det

gjennomføres store forskningsprosjekt som «Tidlig Trygg i Trondheim», «Barn i Bergen» og «Mor-Barnundersøkelsen». I disse samles det inn betydelige mengder data om barn, og helsestasjonene er gjerne sentrale medhjelpere i forhold til innsamling av slike data. Kartleggingspraksisen har fått utvikle seg som en følge av troen på at vi best kan forebygge skjevutvikling gjennom systematisk tidlig kartlegging og tidlig intervensjon. Bruken av kartleggingsverktøy utvikler seg i noen tilfeller fra å være kartlegging av enkeltbarn på indikasjon, det vil si målrettet undersøkelse til kartlegging man ønsker å foreta av alle barn. Intensjonene er de aller beste, men oppnår vi det vi ønsker eller kan det finnes andre veier mot målet?

Stadig flere retter kritiske blikk mot denne utviklingen. Vi er mange som har en uro for at vi gjennom den systematiske letingen etter avvik – enten det er avvik hos barnet selv, hos foreldrene eller i samspillet mellom barn og foreldre – bidrar til å skape problemer mer enn god helsefremming, vekst og utvikling. Foreldre har – blant annet i en rekke artikler i Adresseavisen – stilt kritiske spørsmål til kartlegginger som gjøres i regi av «Trygg i Trondheim». Kritikken har gått både på spørsmålsstillingene, omfanget av og lagringen av store mengder data og oppfølging av funn. En far (som for øvrig er høgskolelektor ved førskolelærerutdanningen i Trondheim) i en familie som takket ja til å delta i undersøkelsen, mener at undersøkelser som denne bidrar til «å sementere en konstruksjon av og forestilling om barn som objekter for den voksnes oppdragelses- og sosialiseringsspørsmål». Han forteller at de ved fireårsundersøkelsen hos helsesøster skulle fylle ut et spørreskjema om barnets

telles, teller



SPØRSMÅL OG SVAR: De siste årene har det vært en økende mengde kartleggingsvektøy, og i disse samles det inn betydelige mengder data om barn.

styrker og svakheter. Videre beskriver han: «I følge undersøkelsen har vi svart feil på fem spørsmål på spørreskjemaet som vi fikk utlevert på helsestasjonen, og som vi brukte 5-10 minutter på å besvare: «Har barnet raserianfall og er i dårlig humør?» Her svarte vi at vårt barn kan være det, noe som var feil svar. Så den riktige fireåringen vil aldri ha raserianfall eller være i dårlig humør. Finnes de? «Leker barnet alene, er hun ensom?» Ja, vårt barn leker alene noen ganger, selv om hun har lett for å få venner og er utpreget sosial. Feil svar. «Har barnet mange bekymringer?» Ja, det tror vi hun har noen ganger. Feil svar. Vår fireåring er opptatt av å få være med i leken blant sine venner i barnehagen, hun er opptatt av riktig farge på klærne og på spørsmål om liv og død. Dette er igjen feil. «Er barnet ofte i bevegelse og er hun stadig urolig?» Ja, det er hun. Vår fireåring fyker rundt og utforsker kroppen sin og omgivelsene rundt henne. Feil svar. «Kan barnet lett bli avledet?» Ja, det kan hun. Feil svar. Men vår fireåring kan også sitte dypt konsentrert når noe fanger hennes interesse. I følge dette spørreskjemaet befinner min datter seg i «risikozonen». Ut fra våre svar kun på det første spørreskjemaet har jeg og min kone blitt anbefalt foreldreveiledning der foreldre møtes i grupper til råd og opplæring om håndtering av barnet, i følge invitasjonen fra NTNU og Trondheim kommune».

Denne historien illustrerer hvor lett vi som fagfolk kan fanges av et system med kartlegging, vurdering og scoring av barn og foreldre – og risikerer å miste blikket for kompleksiteten, helheten og vår oppgave med å styrke foreldrene i oppdragerollen.

To av de ansvarlige for «Tidlig trygging i Trondheim»

kommenterte i en svar kronikk at «Svært få norske førskolebarn og deres foreldre mottar noen form for hjelp. Langt færre enn når barna når skolealder. Samtidig har et stort antall betydelige vansker». Videre sier de at «Helsestasjonene er opprettet for blant annet å undersøke barns utvikling, som syn, hørsel, sykdommer eller språk. Vi mener barns sosiale og følelsesmessige utvikling er like viktig, og at vi må kaste av oss forestillingen om at det å undersøke barns psykiske helse er farlig, problematisk eller på noen måte tabu.» For å fange opp barn med behov for hjelp trenger vi derfor gode undersøkelsesmetoder, mener artikkelforfatterne.

Det er grunn til å stille spørsmål ved påstandene om at svært få norske førskolebarn og deres foreldre mottar noen form for hjelp, og at et stort antall har betydelige vansker. En forestilling om at helsestasjonen ikke undersøker barns psykiske helse er vel heller ikke helt oppdatert, men kan være basert på en forståelse av at undersøkelse er lik kartlegging.

Hva er normalt?

Normalitetsbegrepet snevres inn, stadig flere risikerer å bli diagnostisert og behandlet, med stadig økte kostnader og press på tjenestene som en bieffekt. I en artikkel i Tidsskrift for helsesøstre 3-2011 spør helsesøster og familierapeut Kari Buskenes Ringstad om diagnoser alltid er hjelpsomt? Hun viser til sin mastergradsoppgave der hun har intervjuet foreldre om deres syn på diagnostisering av egne barn. Hun stiller spørsmål ved om jakten på årsaker som diagnostisering innebærer, lukker for andre forståelser og sier: «Jeg tror ikke diagnoser er noe som ligger der

ute og venter på å bli oppdaget. Vi finner det vi tror på og leter etter». En av foreldrene er sitert: «Den annerledesgrensa, den blir bare mindre og mindre for hvert år» og «Du skal være perfekt(...) Det er nå slik samfunnet har blitt, dette...». Forsker Gro Ulset ved NTNU Samfunnsforskning, barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge omtaler i en kronikk i Dagbladet 13. mai 2011 det hun kaller avviksproduksjon. Hun skriver: «Omsorgstenkning er ut! I dag skal barn kartlegges, screenes, måles og testes; atferdsmessige avvik skal registreres, diagnoser skal settes og behandling (les: medisiner) skal iverksettes. Det foregår en avviksproduksjon». Hun problematiserer hvorfor omsorgs- og relasjonstenkningen har kommet i bakevja, og mener en mulig forklaring kan være den fremtredende posisjonen måling av effekt har fått. Ettersom en vanskelig kan måle effekten av god omsorg, kan en ikke dokumentere «harde nok» fakta, hevder hun.

Elisabeth Swensen, kommuneoverlege i Seljord og foreleser på årets helsesøsterkongress er også opptatt av disse spørsmålene. I kronikken «Psykisk helse – en hellig ku», sier hun: «Barn og unge er blitt fritt vilt i den gode hensikt – i barnehager, skoler og hel-

«Typisk for programmene er at de er utviklet langt unna norske barnehager.»

sestasjoner. Under parolen om forebygging og tidlig diagnostikk foregår det en ukritisk kartlegging, testing og viderehenvisning av barn og unge til psykiatrisk diagnostikk og behandling, en praksis som trolig vil oppsummeres som et historisk svik mot den oppvoksende generasjon.

Forskerne Mari Pettersvold og Solveig Østrem utga nylig boken «Mestrer, mestrer ikke. Jakten på det normale barnet». Den omhandler kartlegging i barnehager, men til en viss grad også i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De er videre sterkt kritiske til de rent kommersielle interessene som ligger bak mange av kartleggingsverktøyene og påfølgende tiltakspakker. Jeg vil sitere fra en kronikk de hadde i Dagbladet 15. mars i år, og som er fulgt opp blant annet med en kronikk i Morgenbladet «Konstruerer adferdsproblemer»:

«Sara er en viljesterk jente på tre år. Når hun ikke får det som hun vil, blir hun sint. Barnehagen vil gjennomføre en systematisk kartlegging av Saras

sosiale kompetanse. Hun får også tilbud om å delta i et program for sinnekontrolltrening. Foreldrene ønsker at Sara får hjelp, og takker ja til det som tilbys. Det de ikke vet, er at «hjelpen» innebærer at det samles sensitive opplysninger om datteren uten garanti om at juridiske føringer om personvern blir fulgt. De tenker ikke over at skjemaet som viser hva Sara ikke mestrer, danner et bilde av henne som vil bli lagret i årevis. De vet heller ikke at noen tjener gode penger på å «hjelpe» flest mulig helt vanlige treåringer som Sara.

Det samme mønsteret går igjen i alle de kartleggings-skjemaene vi har sett på: man leter etter et «normalt barn». Men rammene for hva som er normalt, er så trange at et hvilket som helst barn risikerer å bli definert som avviker. Det er lett å få merkelappen «mestrer ikke». Kartleggingsmaterieell brukes for å finne ut hva barn mangler, mens standardiserte programmer brukes for å rette opp mangler og feil. Typisk for programmene er at de er utviklet langt unna norske barnehager. De er opprinnelig rettet mot barn og ungdom med store atferdsproblemer, aggressiv atferd og tilhørighet til kriminelt belastete miljøer. Et av programmene, art, er utviklet i amerikanske ungdomsfengsler.

Det som legitimerer programmene, er at de hevdes å fungere forebyggende. Undervisningsopplegg for å trene sosial kompetanse, slik at et barn som Sara blir mindre sint, blir nærmest framstilt som vaksine mot vold og kriminalitet. At programmene holder det de lover, garanteres ved at det vises til studier der effekten av programmene er målt. Det viser seg at de som har undersøkt om programmene virker, også er direkte involvert i utvikling og salg av programmene. Der uavhengige forskere har studert effekten av tilsvarende programmer som tilbys i skolen, er konklusjonen at de ikke virker».

I sin bok sier de følgende: «Begrunnelsene som gis for at kartlegging er nødvendig, har en fellesnevner. Det vises til et overordnet formål: Man vil Det Gode for alle barn. Kritikken mot kartleggingsiveren tilbakevises med godhetsargumenter som nærmest er uanripelige. For når godhet brukes som argument, kan ingen være uenig uten samtidig å være imot det gode.»

De peker også på at loven om personopplysninger brytes i iveren etter å kartlegge barnehagebarn, og at der hvor datatilsynet har blitt gjort oppmerksom på hva som foregår, har lovbrudd blitt avdekket. Innsamlingen og lagringen av store mengder sensitive data om barn og foreldre opptar også Svein Hammer, dr.polit i sosiologi og far som ble tilbudt å delta i «Tidlig Trygg i Trondheim». I sin kronikk «Er tryggheten

viktigst av alt» problematiserer han dette opp mot datalagringsdirektivet. Han spør blant annet: «Ville helsesøstrene som skal stå for kartleggingen få grundig innføring i alle de metodiske problemene ved bruk av spørreskjema? Ville det bli manet til forsiktighet i møtet med foreldre og barn, ut fra en bevissthet om at tolkningsfeil kunne legitimisere prosesser uten rot i virkeligheten?». Han belyser risikofokuset som han mener preger samfunnet i økende grad, og påpeker utfordringen med å argumentere mot kartlegging og datainnsamling: «»Det vil alltid finnes en mulighet til å samle enda flere data, til å redusere risikoene enda et hakk, til å øke tryggheten og sikkerheten i samfunnet bare litt mer. I møtet med dette «men-det-er-jo-til-det-beste-for-oss-alle» føles det nesten umulig å yte motmakt».

Kartlegging – hjelp eller hinder

Jeg tenker at vi som helsesøstre må gjenreise troen på egen faglighet og vår evne til å se barn og familie i en større sammenheng. Videre må vi spørre oss om kartleggingsverktøyene blir en hjelp eller et hinder når vi skal se individet, bygge relasjoner og også ivareta et folkehelseperspektiv?

Det er ikke slik at vi ikke trenger noen form for kartleggingsverktøy. Noen har sin klare berettigelse, i noen sammenhenger og i et visst omfang. Min uro går på den totale mengden, hva den gradvis kan gjøre med tjenesten – en dreining bort fra helsefremmende ressursfokus til sykeliggjørende risikoleting, hva en utstrakt kartleggingspraksis betyr for det enkelte barn og den enkelte familie, og hva det gjør med fagfolks tro på egen kompetanse, vurderingsevne og relasjonen med dem vi skal tjene – barn og foreldre. Vi blir fortalt at vårt profesjonelle skjønn og vår fagkunnskap ikke holder mål, vår relasjonelle kompetanse underkjennes. Vi gjør oss selv avhengige av ulike kartleggingsverktøy for å få bekreftet eller kunne stole på det vi allerede har observert. At den systematiske dokumentasjonen av våre observasjoner ikke er god nok, kan vi være enige om. Men er det mulig å forbedre den gjennom andre virkemidler enn storstilt kartlegging?

Anne Clancy belyser noe av dette i sitt doktorgradsarbeid « Glidende grenser og stille stemmer», hvor hun beskriver kompleksiteten i helsesøsters møte med barn, ungdom og foreldre. Hun sier blant annet at «alle vil ha det enkle, men det vi har er det komplekse». Videre peker hun på at helsesøsters faglighet ikke alltid er synlig, men det betyr ikke at den er fraværende. Hun siterer foreldre som uttalte: ”Det som er stor forskjell, å ha det personlige møtet, med

et levende menneske, som ser litt og tar på barnet, prater med oss, det er jo stor forskjell, (...) ifht informasjonen fra bøker, eller tidsskrifter eller sånn...” Hennes tolkning av foreldreutsegnene hun innhentet i en av delstudiene er blant annet at kunnskap er viktig, samt møtet med en fagperson som ser og bruker fagkunnskapen, som ser konteksten. Doktorgradsarbeidet befester enda en gang relasjonens betydning i sykepleiefaglig og medisinsk praksis, sier hun. Hun påpeker at helsesøster har en relasjonsrolle og en folkehelse-/populasjonsrolle, og at utfordringen er å synliggjøre relasjonsrollen og bygge en bru mellom relasjons- og populasjonsarbeidet.

Å telle det som bør telles

Det jeg har forsøkt å belyse i denne artikkelen er ikke ubestridte sannheter, men kritiske tanker presentert gjennom fagartikler og debatt i media der både fagfolk og foreldre har engasjert seg. Det er kritiske tanker det er verdt å ta med seg når menige helsesøstre og ledere, men først og fremst våre helsemyndigheter – skal vurdere om og hva vi skal ta i bruk av kartleggings- og metodeverktøy. Vi har alle en forpliktelse til å vurdere effektene – både de tilsktede og de utilsktede – av de verktøy vi tar i bruk. Vi må vite at vi faktisk teller det som bør telles. ■

Kilder:

1. Konstruerer adferdsproblemer, kronikk i Morgenbladet mai 2012, Mari Pettersvold, Solveig Østrem
2. Åpningsforedrag helsesøsterkongressen 2012, www.sykepleierforbundet.no/helsesostre, Astrid Grydeland Ersvik
3. Barn som mestrer – og ikke mestrer, kronikk i Dagbladet 15.03.12, Mari Pettersvold, Solveig Østrem
4. Er diagnoser alltid hjelpsomt?, artikkel i Tidsskrift for helsesøstre 3-2011, Kari Buskenes Ringstad
5. Hva synes folk om helsesøstertjenesten?, artikkel i Tidsskrift for helsesøstre 2-2011, Anne Clancy
6. Alle skal med, kronikk i Morgenbladet mai 2011, Mari Pettersvold, Morten Solheim og Solveig Østrem
7. Avviksproduksjon, kronikk i Dablaget 13.05.11, Gro Ulset
8. Psykisk helse – en hellig ku, kronikk i Dagbladet 06.04.11, Elisabeth Swensen
9. Inkompetente foreldre, innlegg i Dagsavisen 01.04.11, Astrid Grydeland Ersvik
10. Glidende grenser og stille stemmer, doktorgradsavhandling NHV 2010, Anne Clancy
11. Er tryggheten viktigst av alt?, kronikk i Adresseavisen 27.04.10, Svein Hammer
12. En rekke innlegg og artikler i Adresseavisen 2010
13. Tidlig trygg i Trondheim på trygg grunn, kronikk i Adresseavisen 29.05.08, Ragnhild Onsoien og Lars Wichstrøm
14. Tidlig trygg i Trondheim – trygge foreldre? Kronikk i Adresseavisen, 21.05.08, Knut Kvaran

Oppfølging av hjert

Barn med medfødt hjertefeil kan ha behov for oppfølging av forskjellige fagpersoner, inkludert helsesøster. Det kan også være aktuelt med flere vaksiner.



■ Av Elisabeth Getz, spesialsykepleier ved Barnehjerteseksjonen, OUS

Alle hjerteoperasjoner og kateterprosedyrer på barn i Norge blir utført ved Universitetssykehuset i Oslo, Rikshospitalet. Barnehjerteseksjonen er en spesialavdeling under Barnemedisinsk Avdeling. Seksjonen tilbyr undersøkelser og behandling av barn og unge med medfødt og ervervet hjertesykdom. Hjertefeil kan deles inn i alvorlige og mindre alvorlige feil. Alle barn med alvorlig hjertefeil skal ha kontakt med Barnehjerteseksjonen. Kontrollene foregår ellers ved lokal- og regionalsykehusene i samarbeid med Rikshospitalet.

Helsestasjonsoppfølging

Det er viktig å huske på at barn med hjertesykdom også har behov for vanlig oppfølging ved helsestasjon. Derfor bør de ordinære konsultasjonene ved helsestasjonen opprettholdes i tillegg til kontrollene på sykehus. Barnet skal følge vanlig vaksinasjonsprogram. Man bør imidlertid unngå å sette vaksine rett før (2-3 uker) eller rett etter hjerteoperasjon for å oppnå best mulig effekt.

I tillegg til det vanlige vaksinasjonsprogrammet anbefaler vi at man også vurderer andre vaksiner hos små barn med hjertefeil som skal behandles kirur-

spesiell karakter og foreskrives av sykehuset. Mens RS-vaksinen dekkes av NAV må de andre vaksinene som ikke inngår i vaksinasjonsprogrammet dekkes av pasientens familie. Beslutningen om vaksiner tas i samråd med foreldre og helsestasjon, fastlege eller spesialist på sykehus.

Tilrettelegging av hverdagen

Fastlegen skal følge opp vanlige helseplager hos barnet. Det er viktig for familien å bli tidlig kjent med helsesøster og fastlege. De kjenner det kommunale hjelpeapparatet og er i posisjon til å støtte og veilede familien og være et bindeledd mellom de forskjellige instanser i hjelpeapparatet

Barn med medfødt hjertefeil kan ha behov for oppfølging av forskjellige fagpersoner som klinisk ernæringsfysiolog, fysioterapeut, spesialpedagog (PP- tjenesten). Barn med samme diagnose kan ha ulike behov for oppfølging og det er viktig at hjelpebehovet vurderes individuelt. Det kan være nødvendig å opprette en ansvarsgruppe og i spesielle tilfeller en individuell plan (se Individuell plan 2007 fra Sosial- og helsedirektoratet) organisert gjennom habiliteringstjenesten. I en ansvarsgruppe er det naturlig at omsorgspersoner fra kommunen eller private tjenesteytere som barnehage, helsestasjon, fastlege, PP- tjeneste og lærer er medlemmer sammen med foresatte. Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester har rett til dette. Dette innebærer imidlertid ikke at familien får flere rettigheter, men at hjelpen er bedre koordinert og tilpasset deres behov. Både foresatte og behandlere kan ta initiativ til dette. Det er naturlig at en av dem som står barnet nærmest blir ansvarlig for gruppen, for eksempel helsesøster eller styrer i barnehage eller skole. Dette vil være en arena hvor barnets behandling og oppfølging blir best mulig ivare tatt ved at aktuelle fagpersoner møtes og hvor

«Det er viktig for familien å bli tidlig kjent med helsesøster og fastlege.»

gisk, eller hos små barn med annen alvorlig hjertesykdom. Disse vaksinene er vannkoppevaksine, vaksine mot rotavirus (diare-sykdom) og influensavaksine. Influensavaksinen vil også gi beskyttende effekt for barnet hvis familiemedlemmer vaksineres. Passiv immunisering mot RS-virus (Synagis) gis til barn under to år med medfødt hjertesykdom av

esyke barn

foreldre kan bidra og bli hørt.

Helsesøsters utfordringer

Det er ikke alle helsesøstre som i sin praksis kommer i kontakt med barn med medfødt hjertefeil. Det kan derfor oppstå usikkerhet i forbindelse med oppfølging av disse barna. Helsesøstrene sitter imidlertid inne med mye kompetanse om oppfølging av barn som vil komme den enkelte familie til gode.

Mer informasjon

Vi på Barnehjerteseksjonen oppfordrer helsesøstre til å ta kontakt med lokal/ regional sykehuset eller oss på Barnehjerteseksjonen tlf.23 07 23 20/18 dersom dere har konkrete spørsmål om oppfølging og behandling av barn med hjertefeil.

Dere kan også sende mail til barnehjerteseksjonen@ous-hf.no.

Vi vil også minne om at Foreningen For Hjertesyke Barn (FFHB) kan bidra med mye informasjon. Se hjemmesiden www.ffhb.no

Ask får hjelp

Min sønn Ask går i andre klasse. Han har medfødt hjertefeil. Helt siden han var 18 måneder har vi fått hjelp av en ansvarsgruppe.

Tekst **Anne Hilde Crowo, mor**

Ask er født 2004, kommer fra Lier i Buskerud og er operert for en medfødt hjertefeil. Han ble hjerteoperert første gang en uke gammel, og har siden dette hatt mange operasjoner og inngrep. Han har også implantert en pacemaker.

Ask begynte i barnehage da han var 18 måneder. Det ble på vårt initiativ opprettet en ansvarsgruppe for ham helt fra starten i barnehagen. Den besto av en leder som var styrer i barnehagen, avdelingsleder, primærkontakt, kommunefysioterapeut, helsesøster, fastlege og foreldrene. Barnekardiologen ved Drammen sykehus kunne kontaktes ved behov. Møtene ble avholdt to til tre ganger per år, alt etter hvor mye som var aktuelt å diskutere og beslutte. Temaer som ble tatt opp var både store og små problemstillinger, som søknad om ekstra assistenttimer for tilpasset oppfølging, behov for fysioterapiveiledning, oppstart i aktivitetsgruppe og i bassenggruppe, utveksling av informasjon og tilrettelegging av undervisning. Det var ikke alle deltakerne som trengte å møte hver gang.

Da Ask var fem år ble det gjort en henvendelse til

habiliteringsavdelingen i kommunen med søknad om individuell plan. Denne ble igangsatt etter at Psykologisk pedagogisk tjeneste (PPT) også hadde vært inne og gjort en vurdering, og fra da av var det en representant fra avdeling for habilitering som var leder av ansvarsgruppa. Den individuelle planen ble utformet i ansvarsgruppa, hvor alt som angikk Ask sin hverdag ble skjematisert og formalisert. Det ble gjort forpliktende vedtak om hvem som hadde hvilket oppfølgingsansvar.

Det er kjent at mange barn som er hjerteoperert har lese og skrivevansker. I tillegg kommer andre utfordringer forbundet med det å ha en alvorlig medfødt hjertefeil. Det siste året i barnehagen ble det derfor planlagt skolestart. Rektor fra skolen ble invitert høsten før skolestart, slik at man kom i gang tidlig med planleggingen. Det ble da søkt om ekstra timer til assistent på skole og til skole fritidsordningen (SFO), samt at det ble planlagt tilrettelegging av skolegangen generelt.

Ask går nå i 2. klasse. Det er møte i ansvarsgruppa to ganger per år. Skolens rektor er leder av gruppa, og PPT er nytt fast medlem i tillegg til de andre. Ansvarsgruppa følger den individuelle planen som løpende evalueres og korrigeres etter hvordan situasjonen er. ■

Hva tenker du når du hører ordet helsesøster?

Vi har spurt store og små trøndere om hva de forbinder med helsesøster.

Tekst Ann-Magrit Lona, Oddlaug Børseth Brekken, Lena Holten Skibnes og Kirsten Kamark



Trond Giske, politiker: Jeg forbinder ordet med trygghet og omsorg, en som har tid og som bryr seg. Mange som har hatt behov for det har fått mye hjelp fra helsesøstre i Norge.

Ole Skibnes, kjent trønderpoliti: Jeg tenker da på en helsearbeider som er interessert i mitt liv. Hun er opptatt av hvordan jeg lever og er interessert i alle aspekter - som om jeg spiser sunt, sover godt, trener og min psykisk helse. Hun kan gi råd og skissere løsninger. Jeg tror helsesøster er en svært viktig person for skoleelever i puberteten. Jeg tenker at alle elever som har en helsesøster å gå til vil føle dette som en trygghet og sikkerhet og vil ha lett for å åpne seg og fortelle ærlig om alt. Jeg tror videre at en helsesøster er svært godt utdannet og kan forstå og løse psykiske såvel som fysiske problem.



Ulf Risnes, vokalist i Tre små kinesere: Når jeg hører ordet helsesøster tenker jeg på en sykesøster, og så på de snille, fantastiske damene som passet på meg på gastro her i vinter da jeg lå inne for en infeksjon i bukchulen. De beste folk! Skulle hatt dobbel lønn.



Fem barn på 3.trinn, Vikåsen skole



Hasith: Litt på lege og sånt, tror at man skal ta sprøyte, litt som skolens lege.

Amalie: Æ veit itj, hjelpe folk.



Sander B.: Hjelpe folk, måle og veie.



Sander L.: Bra ord! Helsesøster hjelper, veier og tar lengde og setter sprøyte.



Jennie: Æ veit itj, hjelpe ungan på skolen så dem ikke får sykdomma, sjekke øyan.



***"-Den plagsomme
svettingen forsvant."***

***STOP 24 - antiperspiranten som
effektivt stopper sjenerende svetting.***

STOP 24 er en antiperspirant som virker effektivt på alle problemområdene. STOP 24 er enkel å bruke, den demper aktiviteten i svettekjertlene lokalt og har en langvarig effekt. STOP 24 selges på apotek og nettapotek uten resept.

Kjøp den nå hos ditt nærmeste apotek.



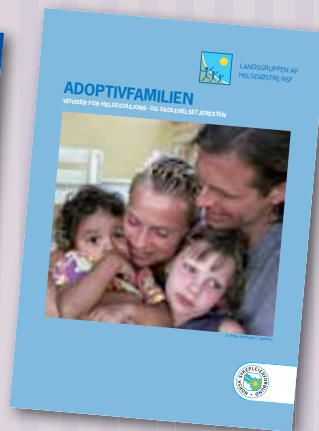
SE HVORDAN
STOP24 VIRKER PÅ
WWW.STOP24.NO



STOPPER SJENERENDE SVETTE

Besøk oss på: facebook.com/Stop24norge

Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo



KAMPANJEPRIS PÅ FAGLIGE VEIVISERE

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

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

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

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