



Tidsskrift for helsesøstre

NR. 1-2016

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF



Tiltak mot overvekt

Sykepleien

LaHs styre og lokale faggruppetledere 2015–2016

LaH NSF styre 2014-2016



Leder:
Kristin Sofie Waldum
T: 41 22 09 77
E-post: lah@sykepleier.no



Nestleder:
Anne Kjersti
Myhre Steffenak
T: 97 53 92 41
E-post: anne.myhre@hihm.no



Styremedlem:
Randi Stokke Johnsen
T: 90 55 80 23
E-post: rbsj.kasserer@gmail.com



Styremedlem:
Berit Granheim Karlsen
T: 91 64 68 01
E-post: beka@melhus.kommune.no



Styremedlem:
Mary-Line Mikalsen
T: 91 84 40 11
E-post: mary.line.mikalsen@tromso.kommune.no



Styremedlem:
Lise Gøransson
T: 45 03 60 81
lise.goransson@stavanger.kommune.no



Vararepresentant:
Eli Kristin Johansen
T: 98 47 73 75
E-post: ekj@levanger.kommune.no



Vararepresentant:
Merethe Bragstad
T: 91 64 51 61
E-post: mebrag@gmail.com



Prosjektmedarbeider:
fra juni 2015:
Ellen Kathrine Larsen
T: 95 78 57 21
E-post: ellen.kathrine.larsen@as.kommune.no

OSLO

Ingjerd Hvatum
T: 99 25 48 77
E-post: ingjerd.hvatum@gmail.com

AKERSHUS

Anne Baklund
P: 91 33 92 60 J: 46 82 40 54
E-post: anne.baklund@baerum.kommune.no

HEDMARK

Kjersti Øien Skjold
P: 91 77 44 11 J: 91 17 52 08
E-post: kjersti.oien.skjold@stange.kommune.no

OPPLAND

Ive Kristin Staune Mittet
T: 61 26 32 20 M: 41 38 12 38 J: 90 85 69 56
E-post: ive.staune.mittet@gmail.com/
ive.staune.mittet@lillehammer.kommune.no

BUSKERUD

Ann Karin Swang
M: 97 08 26 66
E-post: ann.karin.swang@hotmail.com

ØSTFOLD

Inger Johanne Bråten
M: 91 69 44 58
E-post: lahostfold@gmail.com

VESTFOLD

Bente Julie Prydz
T: 41 60 60 08 J: 33 29 53 40 J: 33 29 53 44
E-post: bente.prydz@stokke.kommune.no/
helsesoster.vestfold@gmail.com

TELEMARK

Nina Mortensen
J: 95 20 13 87 M: 95 78 57 28
E-post: nina.mortensen@porsgrunn.kommune.no

AUST-AGDER

Anne Lise Skyttemyr
T: 99 11 95 93
E-post: anne.lise.skyttemyr@arendal.kommune.no

VEST-AGDER

Anne Mette Røllid Vollan
T: 99 12 94 33
E-post: anne.mette.rollid.vollan@kristiansand.kommune.no

ROGALAND

Anna Jondahl Risnes
T: 98 68 73 37
E-post: anna.jondahl.risnes@sandnes.kommune.no

HORDALAND

Grethe Almanning
T: 95 70 10 10
E-post: bente.gunn.haatuft@helse-bergen.no

SOGN OG FJORDANE

Hilde Hoddevik
T: 90 98 04 67
E-post: hilde.hoddevik@outlook.com/
hho@eid.kommune.no

MØRE OG ROMSDAL

Ann Elin Skeide
T: 91 52 42 60
E-post: lah.more.romsdal@gmail.com

SØR-TRØNDELAG

Cecilie Margrethe Fjeldvær
T: 41 63 32 27
E-post: cecilie.schei@gmail.com

NORD-TRØNDELAG

Gunhild Mo Forberg
T: 99 64 59 12
E-post: leder@lahnordtrondelag.no

NORDLAND

May Elin Holand
T: 94 83 02 89
E-post: may.elin.holand@bodo.kommune.no

TROMS

Siv Normann Henriksen
M: 99 01 28 24 J: 77 09 91 55
E-post: siv.henriksen@ibestad.kommune.no

FINNMARK

Kjerstin Møllebakken
P: 95 15 46 70 J: 78 97 76 70 M: 95 15 46 70
E-post: kmosvk@gmail.com

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

ANSVARLIG REDAKTØR

Kristin Sofie Waldum-Grevbo
Tlf. 41 22 09 77
lah@sykepleier.no

ANNONSER

Ellen Kathrine Larsen
Tlf: 95 78 57 21
elllar@nsf.no

ABONNEMENT

lah@sykepleier.no

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/
helsesostre

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Color Print A/S

FORSIDEFOTO:

Colourbox

NESTE UTGAVE: 19. mai 2016

REDAKSJONSKOMITÉ:

Møre og Romsdal har ansvaret for denne utgaven av Tidsskriftet for helsesøstre.

Fra venstre på bildet står Kristin Meli, Anne Grethe Slinning, Ann Elin Skeide og Astri Mette Larsen.



Innhold

NR. 1-2016

- 4 Helsesøsterkongressen 2016
- 5 Leder
- 6 Smånytt
- 8 Forebygger klamydia hos unge menn
- 11 Morsmelk er alkoholfritt
- 12 Lederstafetten: Liv Standal
- 15 Bra mat for bedre helse
- 16 Aktuelle bøker
- 18 Et yrke i endring
- 22 Tiltak mot overvekt hos barn
- 30 Mindre frafall
- 34 Trygghets sirkelen
- 38 Tilbakeblikk
- 40 Nettstedet barnE-mat skal bidra til gode matvaner
- 43 Foreldre og samliv - for barnets beste
- 50 Et samlet tilbud

«Vi er heldige som får jobbe med framtida.» Liv Standal, side 12



RELASJONSKOMPETANSE

*-en av bærebjelkene
i helsesøsteryrket*



12. febr 2015

HELSEØSTERKONGRESSEN

Lillehammer

20. - 22. september

2016



LANDSGRUPPEN AV
HELSEØSTRE NSF

Mer info om kongress 2016
finner du her:

<https://www.nsf.no/helsesosterkongress---gf/artikkelliste/410091>



LEDER:
Kristin Sofie Waldum - Grevbo



Jordmor eller helsesøster, ja takk begge deler!

I mitt arbeid som utøvende helsesøster var jeg en periode så heldig å jobbe på en helsestasjon der det også var jordmor til stede. Vi samarbeidet tett og drev blant annet barselgruppe sammen. Opplevelsen min var at kompetansen var overlappende og utfyllende. Dette gjorde at vi både hadde faglig og personlig utbytte av samarbeidet. Det viktigste var likevel at vi sammen ga familiene et bedre tilbud. Jeg blir derfor lei meg, sint og oppgitt når jeg erfarer at helsesøstre og jordmødre rakker ned på hverandre for å fremheve sin egen fortreffelighet. Midlene og retorikken for å oppnå økte ressurser for egen profesjon får oss ikke alltid til å fremstå som troverdige tjenere til befolkningens beste. Særlig ikke når den ene i all offentlighet trekker den andres kompetanse i tvil.

I 2014 fikk vi nye retningslinjer for barselomsorgen fra HelseDirektoratet. Retningslinjene anbefaler at det gjennomføres hjemmebesøk av både jordmor og helsesøster etter fødsel. Jordmors hjemmebesøk skal foregå i den perioden mødrene tidligere lå på sykehuset, helsesøster skal som før komme 7.-10. dag etter hjemkomst. Til sammen skal disse besøkene gi god støtte og trygghet i en ny livssituasjon, gjennom et tilbud som ivaretar mors helse etter fødsel, barnets helse i barseltiden, søsken, foreldrerollen og familiesituasjonen for øvrig. Ved å følge disse retningslinjene og anerkjenne den utfyllende kompetansen ligger forholdene til rette for å gi familiene en god start.

Fra 2016 har jordmødre og helsesøstre fått utvidet rett til å forskrive prevensjon. Vi har ikke fått denne utvidede rettigheten fordi vi skal realisere oss selv, eller fordi det er stas å overta legeoppgaver. Endringen trer i kraft fordi det er til befolkningens beste at anbefalt prevensjon er lett tilgjengelig i svangerskapsomsorgen på helsestasjonen, i skolehelsetjenesten, på HFU, i studenthelsetjenesten osv. Måten vi har håndtert forskrivningsretten på p-piller på har gjort at våre to yrkesgrupper har vist seg tilliten verdig.

Barselretningslinjene og forskrivningsretten gir til sammen en unik mulighet for styrket samarbeid mellom jordmødre og helsesøstre, blant annet på helsestasjonen. Min fremtidsdrøm for helsestasjonen handler rett og slett om å følge disse nye føringene: Friske gravide med normalt svangerskap går til konsultasjoner hos jordmor på helsestasjonen. Etter fødsel følger naturlig hjemmebesøk av jordmor som så «overleverer familien» til helsesøster. Helsesøster blir kjent og opparbeider seg tillit ved å gå på hjemmebesøk. I samme periode får mor etterkontroll og prevensjon av jordmor som har fulgt henne i svangerskapet. Barselgruppe er noe yrkesgruppene samarbeider om.

I tillegg til å få til et godt samarbeid mellom jordmødre og helsesøstre skal vi selvsagt samarbeide med andre viktige fagpersoner rundt familiene, som leger, fysioterapeuter og psykologer. Grunnen til at jeg likevel trekker frem disse to gruppene spesielt, er at vi er så nært beslektede. Hvis ikke vi støtter hverandre og ser hverandres styrke, hvordan skal vi da klare å samarbeide med de andre?

Optimismen min stiger når jeg hører at anerkjennelsen av hverandres kompetanse øker på arbeidsplasser der begge yrkesgrupper er til stede, akkurat slik jeg selv opplevde det i samarbeidet med jordmor Marit. Min oppfordring til både jordmødre og helsesøstre er derfor, snakk hverandre frem. Bare på den måten blir fremtidsdrømmen om en enda mer kraftfull helsestasjon der begge grupper er sterkt representert virkelig – til befolkningens beste.

Takk til Møre og Romsdal som har stått på for denne utgaven – god lesning!

Kristin Waldum - Grevbo

LEDER AV LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

Avspeiler sykdom

Et speil som inneholder 3D-skannere og kamera kan gi svar på hvordan helsen din er. Det smarte speilet «Wize mirror» ser ut som et vanlig speil, men inneholder 3D-skannere, multispektrale kameraer og gass-sensorer for å vurdere helsen til den står foran det. Speilet gjør dette gjennom å undersøke personens ansikt, vurdere fettvev, blodgjennomstrømning, ansiktsuttrykk og ansiktsfarge.

Kilde: Gemini



Tall om Downs

Det ble født 74 barn med Downs syndrom i Norge i 2014. Antall levendefødte har vært stabilt etter 2000. Antall svangerskap som er registrert med Down syndrom har derimot økt. Tallene er hentet fra Medisinsk fødselsregister hos Folkehelseinstituttet. Beregninger viste at omlag 90 prosent av foreldrene velger å avbryte svangerskapet dersom fosteret har Down syndrom.

Kilde: Folkehelseinstituttet

SMÅNYTT

Ikke bare babbel

Ekkolali er et språkfenomen som betyr å gjenta ord og fraser. Ekkofraser kan bli oppfattet som meningsløse gjentakelser, men for små barn kan gjentakelsene være en naturlig del av språkutviklingen. Ekkolali er mer utbredt og varer lenger hos barn med autisme, blindhet og utviklingshemming. Ved Institutt for spesialpedagogikk ved UiO har Gro Aasen gjennomført en doktorgrad om språkutvikling og kommunikasjon blant blinde barn med autisme. Aasen mener ekkolali er positivt, fordi et er et skritt på veien til å snakke. Men for å vurdere hva som blir sagt, trenger barnet voksne som kjenner ham eller henne godt. De voksne bør ha spesiellkompetanse på sansetap og autisme og samtidig tilby barna hjelpemidler slik at de har flest mulig holdepunkter for å forstå verden.

Kilde: UiO



«Meningen med livet er å bli ropt inn til kvelds.»

Gunnar Gjengset

Syk av overvekt

Personer med alvorlig overvekt har større risiko for å få infeksjoner. Risikoen stiger faktisk i takt med vekten. Dette viser et dansk forskningsprosjekt ved Skejby Sykehus som har hentet ut data fra over 37 000 blodgivere. Studien er knyttet til «Det Danske Bloddonorstudie». Her har man funnet ut at personer med en BMI over 30, får flere infeksjoner i form av hals- og lungebetennelse og hudinfeksjoner. Infeksjonene rammer både kvinner og menn. Men det viser seg å være flere hudinfeksjoner hos menn og flere luftveisinfeksjoner hos kvinner. Infeksjonen som er overrepresentert, er byller. Forskningen sier ingen ting om hva

som kan være årsaken, men forskeren som er intervjuet av Forskning.no har to teorier: Overvektige har flere hudfolder hvor det kan oppstå infeksjoner. Det kan også være at overvektige ganske enkelt ikke er så motstandsdyktige.

Kilde: Forskning.no



Føler press

Vondt i magen og hodepine hos ungdom skyldes like gjerne omtale i sosiale medier som febersykdommer. Et toårig studie ved Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Agder har tatt for seg lærernes oppfatning av ungdomskoleelever. Lærerne oppfatter at psykologiske og sosiale aspekter er fremtredende i elevenes beskrivelse av smerteårsaker. Mange unge føler et press på å fremstå som perfekte på sosiale medier, og å få positive tilbakemeldinger på dette. Hvis ikke det skjer, kan det gjøre vondt.

Kilde: Universitetet i Agder

Overvurderer seg selv

Menn tror de er mer aktive enn de i virkeligheten er, viser en nasjonal kartlegging som ble presentert i høst. Men kvinner er faktisk mer aktive enn menn i alle aldre. Idrettshøgskolen utstyrte 5000 deltakere med såkalte akselerometer rundt livet, for å registrere alle bevegelsene og sammenligne resultatene. Det viste seg at forskerne fant et avvik, spesielt hos menn, mellom hvor aktive de oppga at de var i forhold til registreringene.

Kilde: Forskning.no



Månen påvirker barn

Fullmånen er forbundet med en negativ endring i barns fysiske aktivitetsnivå, blodtrykk og blodsukker, viser en dansk undersøkelse utgitt i tidsskriftet *Clinical Obesity*. Forskerne tok regelmessig blodprøver og observerte blodtrykk, søvn og aktivitetsnivå hos 795 skolebarn (8–11 år). Informasjonen ble samlet inn over ni månedersperiode. Det er første gang man har studert dette, og forskerne kan ikke forklare hvorfor månen påvirker barns helse.

Kilde: Forskning.no

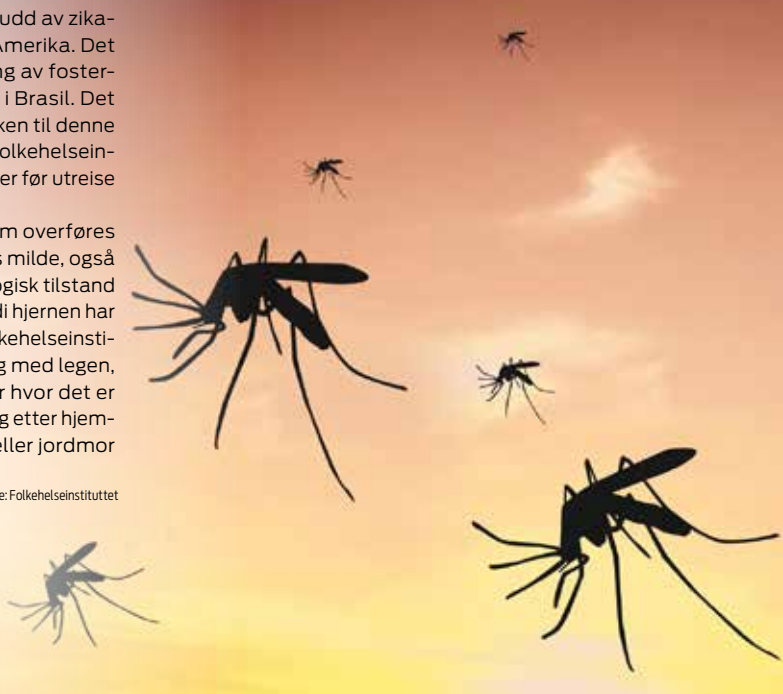
Tekst Trine-Lise Gjesdal Foto Colourbox

Forholdsregler for gravide

Det rapporteres om tilfeller og utbrudd av zikafeber i flere land i Sør- og Mellom-Amerika. Det er også observert en fortsatt økning av foster-skaden mikrocefali i flere delstater i Brasil. Det er ikke slått fast at zikafeber er årsaken til denne alvorlige hjerneskaden. Likevel ber Folkehelseinstituttet gravide om å ta forholdsregler før utreise til utbruddsområdene.

Zikafeber kommer av et virus som overføres via mygg. Symptomene er forholdsvis milde, også hos gravide. Mikrocefali er en nevrologisk tilstand hos nyfødte. Hodeskallen er liten fordi hjernen har utviklet seg unormalt i fosterlivet. Folkehelseinstituttet anbefaler gravide å rådføre seg med legen, om de planlegger reiser til områder hvor det er utbrudd. Myggbeskyttelse er viktig. Og etter hjemkomst, bør gravide informere lege eller jordmor om oppholdet.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Livsmot eller mismot

Undersøkelser viser at nedstemthet, depresjon og psykosomatisk sykdom er mer utbredt blant personer med innvandrerbakgrunn enn ellers i befolkningen. Og det er særlig utbredt blant kvinner med pakistansk bakgrunn. Grunnen kan være hjemlengsel, uvirk-somhet, isolasjon og ensomhet. For å kunne utvikle gode tilbud og tilpassede tjenester til eldre kvinner med innvandrerbakgrunn, har forskere ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse innhentet mer kunnskap ved å intervjuv innvandrerkvinner over 50 år: to grupper med indisk bakgrunn og to med pakistansk. Hensikten er å stimulere til nytenkning, mer brukerorientering og bedre samhandling med kvinnene om helsefremmende opplegg de finner aktuelle.

Kilde: Aldring og helse



Forebygger klamydia hos unge menn

Langt flere jenter enn gutter tester seg for klamydia i Ålesund. Helsestasjonen for ungdom har derfor økt innsatsen for å få gutter til å teste seg.

Tekst **Wenche Skarbø**, helsesøster i Ålesund kommune

Helsestasjon for ungdom i Ålesund kommune søkte i 2014 om prosjektmidler til tiltak for å følge opp handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort – strategier for bedre helse 2010–2015. Vi fikk tildelt 170 000 kroner, og startet prosjektet Forebygging av klamydia hos unge menn i aldersgruppen 20–24 år. Bakgrunnen for prosjektsøknaden var at vi ved Helsestasjon for ungdom (Hfu) og i skolehelsetjenesten opplevde at langt flere jenter enn gutter testet seg for klamydia.

Tall fra folkehelseinstituttet viser at det er stadig økende tilfeller av klamydia på landsbasis. I 2012 ble det diagnostisert 21489 tilfeller av klamydia. 46 % av disse var i aldersgruppen 20–24 år. Av de under 25 år var 66 % kvinner og 34 % menn.

Mål med prosjektet

Vi rettet prosjektet mot et av de over-

ordnede målene i handlingsplanen; å styrke ungdom og unge voksne til å ta vare på sin seksuelle helse. Målsettingen vår med prosjektet var:

- Få ned antall klamydiasmittede
- Få flere gutter/menn til å teste seg
- Øke bevissthet i forhold til kropp og helse
- Øke prevensjonsbruk – kondom
- Hindre fremtidige infertilitetsproblemer

Vi dannet en prosjektgruppe bestående av helsesøstre fra Helsestasjon for ungdom, som hadde jevnlig evalueringsmøter. Det ble ansatt en helsesøster som prosjektleder i 20 % stilling. Prosjektet ble gjennomført i skoleåret 2014/15.

Stand på musikkfestival

Det har vært et inspirerende og spennende prosjekt, med mange gode tiltak. Vi startet prosjektet med en stand

på Jugendfestivalen, som er en stor musikkfestival i Ålesund. Her delte vi ut informasjonsflyers og 5000 kondomer. Vi hadde en morsom dag på jobben, strålende stemning og mange gode samtaler med gutter. Kveldens hovedattraksjon var artisten David Guetta. Ut på kvelden observerte vi en oppblåst svevende kondom over scena... Da lusket vi oss stille og rolig hjem, vel fornøyd med kvelden.

Informerer om klamydia

Vi har utarbeidet informasjonsbrosjyre om klamydia, «roll-up» og plakater med informasjon om klamydia og Hfu. En lokal ungdomsbedrift har laget T-skjorter til oss. Det har gjort oss mer synlig både på stand, skole og Hfu.

Vi har hatt undervisning om temaet klamydia i videregående skole, som har vært rettet mot avgangsklassene. Vi valgte å inkludere jentene i under-



PÅ MUSIKKFESTIVAL: Helsesøstre hadde stand på Jugendfestivalen i Ålesund, for å informere gutter om klamydia. Her er Wenche Skarbø og Britt S. Skuseth iført spesiallagde T-skjorter.

visningen siden det ikke krevde mer ressursbruk. Vi har seks videregående skoler, og vi regner med å ha nådd rundt 800 elever gjennom denne undervisningen. Fast helsesøster på de ulike skolene var med på undervisningen, og supplerte med informasjon rundt russetiden.

Vi har hatt stand på Høgskolen i Ålesund, hvor vi delte ut informasjon om klamydia og prevensjon. Vi fikk da en gyllen anledning til å informere om helsesøstertilbudet på skolen.

Vi har hatt egne guttekvelder på Hfu. Vi annonserte i en lokal avis i forkant, hadde egen annonse rettet mot målgruppen på Facebook, benyttet informasjonskanalene på de videregående skolene og to av helsesøstrene var intervjuet i radio. Likevel ble dette tilbudet lite besøkt.

Vi har samarbeidet med Folkehelseinstituttet og de mikrobiologiske avdelingene på sykehusene, når vi har laget informasjonsmateriell og revidert eksisterende prosedyrer. Dette har vært nyttig, og gitt god faglig oppdatering på emnet.

Flere tester seg

For å vurdere effekten av prosjektet har vi sett på besøkstall fra Helsestasjon for ungdom. Vi ser at besøkstallene for Hfu har vært stabile de tre siste årene. I prosjektperioden har vi hatt en økning av dem som ønsker å teste seg for klamydia. Det var 40 % flere gutter som testet seg i 2014 enn i 2013. Økningen fortsetter i 2015, noe vi er svært fornøyd med. Det er også flere jenter som tester seg nå enn tidligere, en økning på ca. 30 prosent. At flere kommer for å teste seg sier muligens noe om at vi har fått en økt bevissthet rundt kropp og helse.

Vi har sett en økning i totalt antall klamydiasmittede, og det er kanskje

å si. Kan vi ha nådd ut med budskapet om kondom?

Vi så en markant økning i antall gutter som ønsket å teste seg for klamydia på Hfu de påfølgende ukene etter undervisning på skolene og «stand» på høyskolen. Helsesøstrene ved skolene har også opplevd økt etterspørsel etter klamydiatesting (klamydiatestede ved skolene er ikke med i våre utregninger). Utfordringen etter prosjektperioden er å nå disse ungdommene uten den ekstra innsatsen vi har hatt på informasjons-siden i prosjektperioden.

For oss som har jobbet i prosjektet har det vært en utrolig lærerik og positiv opplevelse. Vi har fått fordypet oss

«Vi så en markant økning i antall gutter som ønsket å teste seg.»

ikke så rart med tanke på økning i antall som tester seg. Likevel ser vi at selv om menn med klamydiasmitte på landsbasis øker med cirka 6 %, har vi en nedgang i prosent klamydiasmittede her på HFU. Hva dette skyldes er vanskelig

i en oppgave, blitt faglig oppdatert og sett gode resultat av vårt arbeid. En god følelse. Prosjektgruppen har bestått av helsesøstrene Wenche Skarbø (prosjektleder), Unni G. Ringstad, Elisabeth J. Paulsen og Britt S. Skuseth. ■

MAM Manual Breast Pump

Enkel, bekvem og individuelt tilpasningsbar



mambaby.com

MAM Manuel Brystpumpe er enkel å bruke og rengjøre fordi den består av kun fire deler. Trakten har innebygde puter og kan dreies 360°. Det gjør at det alltid er mulig å pumpe ut melk, hvilket bidrar til at risikoen for melkespreng reduseres, og at melkeproduksjonen holdes i gang. Brystpumpen passer til MAM's populære tåteflaske MAM Anti-Colic, som takket være den ventilerte bunnen gir en ideell strøm av melk og reduserer kolikk hos 8 av 10 barn*. Flasken har dessuten en naturtro sugedel som gjør det lett å skifte mellom amming og flaske.

Brystpumpen fås hos utvalgte apotek og barneutstysbutikker.

MYK OG BEKVEM

Det er innebygde puter i trakten, som gir en behagelig følelse, og som gjør at trakten sitter bedre fast på brystet.

REGULERBAR PUMPESTYRKE

Innstillingshjulet gjør det enkelt å stille inn sugestykken på pumpen fra svak til kraftig. Med regulerbar pumpestyrke er det lettere å finne en bekvem måte å pumpe på.

ENKEL Å BRUKE OG SETTE SAMMEN

Brystpumpen er enkel å håndtere og rengjøre fordi den består av kun fire deler – forbindelsesrør, pumpe med håndtak, silikonventil og trakt.

Bestill en brystpumpe til fremvisning kostnadsfritt på bvc@bambino-mam.se

Har du spørsmål er du velkommen til å ringe til vår sykepleier Evelina Rosén på telefon +46 8 545 180 70.

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



KRITISK TIL ANBEFALINGENE:

La oss slutte å diskutere alkohol i morsmelken. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Morsmelk er alkoholfritt

I følge forskningen kan ammende mødre drikke alkohol uten at barnet tar skade. Men Helsedirektoratet holder på sine gamle anbefalinger og mener at alkohol i morsmelk kan være skadelig. Tekst Astrid Midtsund, helsesøster

Holder Helsedirektoratet på de gamle anbefalingene fordi man kjenner til forskning hvor barn har blitt skadet av alkoholholdig morsmelk? Nepe. Sier man det fordi man håper at ammende mødre skal la være å drikke alkohol helt? Muligens. Jeg mener det er på tide å diskutere hvor mye det er trygt for spedbarnsforeldre å drikke.

Bruk av alkohol hos ammende mødre er et omtalt tema i media. Det dukker opp med jevne mellomrom i avisene og oftest med fokus på hvor lenge mor må vente før hun kan amme etter å ha drukket alkohol. Det spekuleres i hvor farlig alkoholen er for barnet, og helsemyndighetene argumenterer repeterende med at man ikke vet hvor lite alkohol i morsmelken som skal til for at det skal være skadelig for barnet. Inntil nå?

Forvirrende anbefaling

I februar 2014 publiserte PubMed – verdens største database innen medisin – den danske forskningsgruppens gjennomgang av alle tilgjengelige studier om amming og alkohol. Først i mai i år ble den omtalt i Dagens Medisin og derfra spredte den seg raskt til aviser, slik at alle foreldre kunne lese om det. Helsedirek-

toratet responderer til forskningen med at de ikke vil endre på anbefalingene. De sier at selv om forskere konkluderer med at alkohol i morsmelk ikke er skadelig, så er det ikke det samme som at det er sant. Er det ikke det?

Anbefalingene Helsedirektoratet gir er at konsentrasjonen av alkohol i morsmelken tilsvarer konsentrasjonen i morens blod, altså det samme som i den danske studien. Så dette er de enige med forskerne i? Men så sier de norske anbefalingene at det er uvisst hvor grensen går for hvor skadelig alkohol i morsmelken er for barnet. Virkelig?

I de norske anbefalingene illustreres dette med et eksempel der man antar at et glass vin kan gi en promille på 0,3 til 0,4. Altså, hvis mor har tatt et glass vin og får en promille på 0,3 eller 0,4, betyr det i praksis at alkoholprosenten på morsmelken er 0,03 eller 0,04 prosent. En drikk med så lav alkoholprosent anses å være alkoholfri. Så hvordan kan myndighetene argumentere for at det kanskje kan være skadelig. Jeg bestriker ikke at alkohol i svangerskapet er skadelig eller at berusede foreldre kan påvirke spedbarn negativt, men la oss slutte å diskutere alkohol i morsmelken.

Kjære Helsedirektoratet

Jeg har stor tillit til helsemyndighetene. Jeg tror at de vil det beste for barn, men jeg synes ikke dette er måten å gå frem på. De fleste nybakte foreldre er usikre og har mange spørsmål til helsesøstre. De er kritiske til hva vi bygger våre faglige råd på og vi må vise til at vi har gode begrunnelser for det vi sier. Dette er bra.

Helsesøstre er forpliktet til å følge anbefalinger fra Helsedirektoratet. Jeg er avhengig av å holde meg oppdatert for å kunne gi forskningsbaserte faglige råd. Når forskningen og anbefalinger ikke stemmer overens, kompliserer det jobben min. Det kan redusere tilliten fra foreldrene, noe som er en forutsetning for en god veiledningssituasjon.

Jeg skulle ønske at Helsedirektoratet benytter anledningen til å møte «ny» forskning undrende og åpen for faglig refleksjon. Og så kan vi heller diskutere hvor lite alkohol i foreldrene, og ikke i morsmelken, som skal til før spedbarnet reagerer eller omsorgen svekkes. ■

Saken har tidligere stått på trykk på Aftenpostens nettsider.

Mykje har endra seg i yrk

LEDERSTAFETTEN

Liv Standal

Leiande helsesøster i Sula kommune

Etter mange år borte frå helsesøsteryrket fekk eg jobb som leiande helsesøster i Sula kommune i 2012 . Eg greip høvet - det var no eller aldri.

Eg vart oppfordra til å skrive i Leiarstafetten på eit møte for leiande helsesøstrer på Sunnmøre: «Du kan ta det, du som har så lang erfaring og har gjort så mykje forskjellig.»

Ja, ja, dette kom uventa, nettopp fylt 60 år, og det er 30 år sidan eg var ferdig på helsesøsterutdanninga på Huk i Oslo. Det får bli litt om utviklinga gjennom desse åra.

Den første tida

Fartstida mi som helsesøster er ikkje så lang. Eg starta med friskt mot rett etter ferdig utdanning. Då var eg småbarnsmor. Det var krevjande år i livet. Eg kjende ofte at eg kanskje var den mest slitne av oss, når eg skulle rettleie og oppmuntre kvinner på min eigen alder. Den gongen var det endå lågare helsesøsterdekning i kommunane. Eg kan hugse at eg hadde opptil 30 barn på lista mi i løpet av ein helsestasjonsdag. Datamaskinar hadde vi ikkje, og det vart knapp tid til å skrive i journalane. Skulehelsetenesta var å vaksinere. Vi var få helsesøstrer, og i periodar var eg den einaste med helsesøsterutdanning på Klipra

«Eg trur på det å vere tydeleg, blid og optimistisk.»

helsestasjon i Ålesund. Skulle eg søke hjelp til nokon hos barnevernet, pedagogisk-psykologisk teneste eller på sosialkontoret, var det sjeldan eg fekk kontakt.

Det var ei tid i yrkeslivet mitt då eg kjende på noko som kan likne utbrenning.

Heimetenesta

Etter nokre år flytta vi heim til Sula, som er heim-

kommunen min. På den tida var det inga ledig helsesøsterstilling i Sula. Derimot vart stillinga som sjukepleiesjef ledig, og eg vart verande der nokre år og leidde heimetenestene. Her hadde eg tett samarbeid med helsestasjonen og dei andre instansane i kommunen. Inspirerende og lærerike år. Eit opphald på Svalbard og 15 år i den vidaregåande skulen gjorde at eg var borte frå helsesøsterenesta ein del år, men heile tida sa eg at ein dag skal eg tilbake til faget mitt.

Helsesøster igjen

Då stillinga som leiande helsesøster i Sula kommune vart ledig vinteren 2012, tenkte eg: «No eller aldri.» Eg var heldig og fekk stillinga. No var eg tilbake i faget.

Det hadde skjedd store endringar i kommunen sidan sist eg arbeidde der. Folketalet hadde auka frå 6000 til nesten 9000 menneske. Sula er nabokommune til Ålesund og har hatt stor arbeidsinnvandring og tilflytting frå nabokommunane. Unge familiar opplever at dei får gode tilbod i Sula. Bustadene er litt rimelegare enn i bykommunen, vi har fått bygd eit par nye skular, og vi har god barnehagedekning.

Helsesøsterenesta har 4,25 helsesøsterstillinger, ei jordmorstilling og ein sekretær/vegedame. Dette er fordelt på åtte damer: jordmor, sekretær og fem helsesøstrer, inkludert meg sjølv som leiande. Sterke, flotte, sjølvstendige, kunnskapsrike og erfarne fagfolk.

For meg var det fantastisk å vere helsesøster igjen, få møte barna og foreldra. Rolla mi er annleis enn sist. Eg får bruke yrkeserfaringa og livserfaringa mi og tilleggsutdanningane som eg har opparbeidd meg dei åra eg var borte. Å få kome inn i skulen i ei anna rolle, få vere ei støtte for lærarar og elevar der det måtte trengast, er givande. Eg er



kjend med livet i skulen og veit også litt om kvar skoen trykker.

God oppvekst-prosjektet

Kort tid etter at eg begynte, vart prosjektet God oppvekst starta opp i Sula.

I dette prosjektet skulle leiande helsesøster, leiar for PPT og leiar for barnevernet vere med, i tillegg til ein prosjektkoordinator. Det vart mange lange arbeidsdagar der vi gjorde oss kjende med korleis dei andre arbeider. Prosjektet førte oss nærare kvarandre, og samarbeidet vart godt. Vi arbeider jo med dei same barna.

Gjennom God oppvekst-prosjektet starta vi med lavterskeltilbodet SamBa: Saman om barna. Vi har lånt det frå Kristiansund. Vi fekk kome opp til dei, og dei orienterte oss om korleis dei dreiv det. Dei hadde brukt mange år på å arbeide fram ein god modell. For oss gjekk det mykje fortare fordi vi fekk bruke malen deira, og vi har tilpassa opplegget til vår kommune.

Vi har småbarnsteam, og skuleteam på alle skulane, med møte kvar 6. veke. Ungdomsskuleteamet har møte kvar månad. I desse teama er det foreldre, helsesøster, ein representant frå PPT og ein frå barnevernet i tillegg til ein lærar og ein førskulelærar. Alt etter som barnet vi tek opp, høyrer til i skulen eller i barnehagen. Dette tilbodet har vore ein suksessfaktor for samarbeidet vårt. Her kan vi drøfte utfordringane tverrfagleg saman med foreldra. Vi bruker fagkunnskap og ser utfordringane til det einskilde barnet og familien deira med forskjellige auge. Erfaringa til no er at vi alle, også foreldra, opplever konstruktive, gode møte der vi kan finne gode løysingar på eit tidleg tidspunkt, før problematikken får utvikle seg. Ofte er tiltaket samtalar med helsesøster, men då har vi eit mykje breiare bilete av barnet og situasjonen til barnet.

Dagens tilbod

Vi arbeider med å bygge ut tilboda våre. Vi har no Icdp-grupper og Bapp-grupper. Barnevernet har til-



bod om kurs i «Circle of Security», noko vi gjerne skulle hatt på helsestasjonen òg.

Resultatet av prosjektet God oppvekst var at Tiltakseining for barn og unge vart oppretta 01. januar 2015. Eg har fått tittel som fagleiar saman med dei som tidlegare leia barnevernet og pedagogisk-psykologisk teneste. No har vi fått ein felles einingsleiar. Vi treng fleire tilbod og det arbeider vi med å få til.

LEIAR: Liv Standal er leiande helsesøster i Sula kommune på Sunnmøre. (Foto: Privat)

Utfordringar

Ei utfordring for fagleiaren er å halde motet oppe når ting ikkje går slik ein ønsker, som til dømes det

«For meg var det fantastisk å vere helsesøster igjen.» Liv Standal



LEDERSTAFETTEN

å få nye stillingar. Då må ein sjå opp og fram. Nokre gonger må vi i fellesskap finne ut korleis vi kan klare å få «snudd steinane» ein gong til. Kanskje vi til og med må gjere avvik på grunn av knappe ressursar. Vi levde i trua på at vi i alle fall skulle få litt av dei ressursane som kom over statsbudsjettet for 2015. Slik vart det ikkje. Vi vart skuffa, men prøvde å sjå positivt på det og tenkte at det skulle bli spanande å bli organiserte under oppvekstetaten, der dei er, alle dei andre som arbeider med barn og unge.

Omorganisering

Før var vi og barnevernet underlagde helse og omsorg. Den tida var det ikkje alltid like lett å fremje førebyggjande arbeid, når gamle og sjuke ikkje fekk det tilbodet som dei sårt trong. Korleis skulle ein då klare å argumentere for mellom anna rutinekontrollar av friske barn?

I ei tid med lite ressursar i kommunane er det ikkje lett å argumentere for førebyggjande arbeid – det er noko vi alle veit.

Eg sit no i mellomleiargruppa for oppvekst saman med barnehagestyrarane, rektorane på skulane og oppvekstsjefen og dei andre fagleiarane og einingsleiar i Tiltakseining for barn og unge. Eg ser mange fordelar ved å vere i lag, sjå kvarandre, gjere oss kjende med dei utfordringane dei einiskilde slit med, vere med på å bygge opp gode tilbod for barn og unge i kommunen vår. Slikt inspirerer alle. Vi blir kjende over grensene, og då kommuniserer vi betre.

Vi i Tiltakseining for barn og unge er ikkje samlokaliserte enno, men håpar at det skal skje i løpet av 2016. Ein slik omorganiseringsprosess krev mykje av alle. Det blir meir møteverksemd i første omgang. Alle har knapt med tid, og det blir mange møte. Eg ser det som svært viktig at alle heile tida er involverte og er orienterte om framdrifta, slik at alle får eigarskap til den nye eininga. Det er tre forskjellige kulturar som skal smeltast saman. Det er viktig at vi alle beheld fagidentiteten vår, og at vi heile tida veit kva oppgåvene våre er.

Endra rolle

Mi oppgåve blir no å vere fagleiar for helsestasjo-

nen og jordmortenesta, bygge bru mellom oss som er i denne nye eininga, bygge opp under fellesskapet mellom oss og inkludere alle, få det beste ut av tenestene våre og kvar einskild medarbeidar. Eg må støtte medarbeidarane mine, lytte og oppmuntre, skape positivt engasjement, vere innovativ og lojal. I ei tid der vi ser nye oppgåver heile tida, er det viktig å sjå kva vi får gjort, og ikkje fokusere for mykje på det ein ikkje har fått til, og det vi ikkje har klart å kome i gang med på grunn av manglande ressursar, men legge planar framover.

Arbeidet framover

I skrivande stund er tida inne for å kjempe for ei ny stilling gjennom midlane som kjem over statsbudsjettet. Rådmannen går for eit nullvekstbudsjett i eininga vår. Skal vi få ei stilling som vi så sårt treng for å oppretthalde tilbodet vårt?

Korleis skal vi få politikarane til å forstå behovet, når vi alltid har vore flinke jenter og aldri overskride budsjettet vårt? Resultata av førebygging kan vi først sjå om 20 år. Eg kan sjå at billege tiltak som vi sette inn for 25 år sidan, har gitt god utvikling for mange familiar i dag.

No veit vi at 100 millionar kroner er øyremerkte til skulehelsetenesta. Takk for det! Så lever vi i håpet om at det skal bli ei heil helsesøsterstilling til. Vi veit at alle samarbeidspartnarane våre treng oss.

Arbeids glede og trivsel

På det siste møtet med politikarane i oppvekstutvalet vart det kommentert at helsesøstertenesta ikkje har sjukemeldingar og lite anna fråvær. Det seier litt om miljøet og arbeidsgleda i helsesøstertenesta, det å ha meningsfylt arbeid, kanskje oppleve seg nesten som unnnverleg.

Eg trur på det å vere tydeleg, blid og optimistisk. I skrivande stund er eg optimistisk. Eg trur at politikarane har forstått at vi må styrkast, skal vi etter kvart klare å demme opp for stadig aukande behov i samfunnet.

Vi er heldige som får jobbe med framtida, og kvar dag kan kjenne på at vi har gjort noko som kan bidra til at unge får ein god barndom. ■

Bra mat for bedre helse

Innvandrарar i Volda lærer å lage sunn mat på kurs. Kurset er eit samarbeid mellom helsestasjonen, Volda læringscenter og innvandrarkontoret.

Tekst Ann-Elin Overvoll Lillebø og Palma Kristin Håvik, helsesøstre ved helsestasjonen i Volda

Kosthald og ernæring er viktige element i folkehelsearbeidet. Volda kommune har integrert Helsedirektoratet sitt «Bra Mat» kurs i skuletilbodet til flyktningar og asylsøklar. Fleire avdelingar innan «Opplæring og oppvekst» samarbeider om kurset.

Kurset er ei innføring i sunt kosthald og kvifor dette er anbefalt. Ved å gjere små endringar i kosten kan ein oppnå store helsegevinstar og dermed førebegge ulike sjukdomar som er knytt til levevanar. «Bra Mat» kurset byggjer på norske retningslinjer og internasjonal forskning om ernæring og fysisk aktivitet.

Bakgrunn

Det vart arrangert «Bra Mat» kursleiar-kurs i Volda i 2008, og sidan 2009 har det regelmessig blitt halde «Bra Mat» kurs for ulike grupper. Folkehelsekoordinator var ein viktig pådrivar for å etablere tilbodet, både i høve til det praktiske, økonomiske og gjennomføringa av kursa.

«Bra Mat» kurset frå Helsedirektoratet er eit kurs med fem samlingar. Vi såg at kurset kunne vere nyttig for innvandrargruppa og vidareutvikla konseptet slik det er i dag. Sidan 2011 har Volda hatt egne «Bra Mat» kurs for innvandrарar to gongar pr. år. Kurset består av åtte samlingar à to timar, med annan kvar gong teori og praktisk matlaging. Vi legg vekt på visuelle hjelpemiddel, praktisk deltaking og smaksprøver. Alle får kvar si kokebok og heftet «Små grep, stor forskjell» som Helsedirektoratet har utgitt. Vi nyttar tolk ved behov.

Samarbeid

Kurset er eit samarbeid mellom helsestasjonen, Volda læringscenter og inn-

vandrarkontoret som koordinerer kursa. Helsestasjonen har ansvar for teoridelen og lærar ved Volda læringscenter underviser i den praktiske matlagingsdelen. Kurset blir i hovudsak finansiert gjennom ekstratilskot og gjennom stillingsressursar ved helsestasjonen og læringscenteret. Vi opplever at undervisning i grupper er tidssparande i høve til individuell kostveiledning. Kurset kan bidra til at ein tileignar seg gode vanar tidleg når ein etablerer seg i ein ny kultur.

Tilbakemelding frå deltakarane

Innvandrargruppa i Volda er samansett, med ulik kunnskapsbakgrunn og ulike

tradisjonar. Men språkbarrierar, ein jungel av etikettar, ukjent ferdigmat og nye ingrediensar møter dei alle i butikken. Det har vore god deltaking på kursa, som har rundt 15-20 deltakarar. Det brukar å vere mange spørsmål, diskusjonar og utveksling av tradisjonar på samlingane. Etter kvart kurs har vi oppsummering og evaluering.

Små steg mot varig endring

Kurset gir auka kunnskap, språktrening og aktiv deltaking – i eit og same konsept. Eit steg i rett retning meiner vi. Og det er jo det det handlar om: Små steg mot varig endring, små steg mot utjamning av sosiale forskjellar. Det nyttar! ■



PÅ KURS: Shukri (til venstre) og Said lagar sunn og god smoothie. Foto: Ann-Elin Overvoll Lillebø.

Aktuelle bøker



Omslagsfoto Forlagene

BOKANMELDELSE

Forfattere: **Barbro Holm Ivarsson, Liria Ortiz og Peter Wirbing**
Forlag: Gyldendal
Norsk forlag
Anmelder: **Aud Berit Wedum, helsesøster, Ålesund**



MI Motiverende samtaler. En praktisk håndbok for sosialt arbeid

Samtaler som endringsverktøy. Boken omhandler en veiledningsmetode som arbeider med å fremme og aktivere indre motivasjon for positiv atferdsendring. Sentralt i metoden er ferdigheter i forhold til å stille åpne spørsmål, evnen til å gi bekreftelser, evnen til aktiv lytting og evnen til innimellom å oppsummere samtalen for klienten. Fokuset blir å understøtte og bekrefte de positive faktorene for endring som klienten selv bringer fram. I enkelte situasjoner kan motivasjonen for endring være lav. Hjelperen vil da, ved å bruke samtaleredskaper som er beskrevet i boken, kunne bidra til å øke klientens motivasjon for endring.

Forfatterne beskriver i boken utfordringer som hjelperen må være forberedt på å møte i veiledningssamtalen. Hjelperens evne til å skape en god relasjon til klienten er avgjørende for å kunne lykkes.

Dette er en praktisk håndbok med mange eksempler. Boken er lettlest og språket enkelt. Boken kan anbefales og vil kunne være et nyttig verktøy å benytte i samtaler på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten. Det er beskrevet metoder som hjelperen kan benytte for å visualisere og tydeliggjøre for klienten/brukeren de valg han/hun faktisk har.

BOKANMELDELSE

Forfatter: **Kate From og Rikke Mølbakk**
Forlag: Gyldendal akademisk
Anmelder: **Belinda Renée Dragset, helsesøster**



Psykologi for barn

Jeg har lest fire bøker i serien *Psykologi for barn* og skriver anmeldelsen samlet for bøkene «Jeg vill! Emil og Trine bestemmer selv», «Konger og dronninger. Aleksander og Julie bestemmer selv», «Tenk hvis? Sigfrid og Erik engster seg» og «Jeg tør ikke. Line og Hamid engster seg».

Det som skiller denne serien fra mange andre psykologibøker er at den er ment for bruk i samspill med barna. Temaene bøkene tar for seg er aktuelle i helsesøsters arbeid med barn og familier, både på helsestasjon og i skolen. Undertegnede har lest fire av bøkene, to på hvert tema om angst og grensesetting. Bøkene deles inn i alder 4–8 og 9–13 og er delt inn i to deler. Hoveddelen har flere historier som belyser problemstillingene på ulike måter. Etterordet inneholder faktakunnskap om vanskene og er ment for voksne. Historiene belyser utfordringene på måter som barn vil kjenne seg igjen i, og gir innblikk i hvordan det kan oppleves for andre barn som har vanskene. For å holde lesernes interesse og skape rom for refleksjon, er det for de minste barna skrevet spørsmål til teksten underveis i historiene og for de eldste på 9–13 år er det lagt opp til at historien fortelles i sin helhet mens de har samlet spørsmål til ettertanke etter hver tekst i et eget kapittel.

Serien er lettlest. Bøkene har et løsningsorientert fokus hvor barnets delaktighet og mestring står sentralt. Bøkene kan med fordel anbefales til foreldre som en kort innføring i ulike problemstillinger de kan oppleve i sin relasjon med barna. Jeg vil absolutt anbefale dere å ta en titt på serien, jeg vet med sikkerhet at jeg kommer til å kjøpe flere bøker. Andre tema som belyses i serien er problemsinne og sinnemestring, tvangstanker og handlinger, familievold, overvektige barn, sorg og vennskap.

«Man skal ei lese for å sluke, men for å se hva man kan bruke.» *Henrik Ibsen*

BOKANMELDELSE

Forfatter: **Oda Rygh**
Forlag: **Humanist forlag, 2015**
Anmelder: **Liv-Kari Alnes**
Lyngøy, helsesøster, Ålesund



Når livet er kjipt. En håndbok for unge folk

Livet er fullt av opp- og nedturer, og det er vanlig at livet føles kjipt iblant. Noen nedturer er større enn andre, og boken beskriver situasjoner som dette, for eksempel sykdom, depresjon, ulykke, å miste jobben eller noen du er glad i. Slike nedturer påvirker ofte andre områder i livet, i tillegg til at de er tøffe å oppleve i seg selv.

Boken er en praktisk håndbok for ungdom og unge voksne som trenger tips til hvordan man holder hverdagen i gang når livet butter imot. Noen av temaene er økonomi, rus, energi og tidsbruk. Den inneholder også informasjon om hvordan få hjelp, samt hvordan hjelpe.

Forfatteren starter boken med sin egen historie. Her beskrives ungdomstid med livskrise, og erfaring som bipolar pasient i psykiatrien. Videre knyttes stoffet i boken opp mot to ungdommer, deres familier og nettverk med venner, utdanning og jobb. Boken er lagt opp i emner som kan leses og benyttes hver for seg, eller som helhet for krigsmestringsfokus, og gir en grundig og detaljert innføring i temaene. Forfatteren fører leseren godt inn i stoffet, og skriver uten bruk av faguttrykk og vanskelige beskrivelser. Samtidig viser et klart mestringfokus, og gir en grundig og detaljert innføring i temaene. Forfatteren fører leseren godt inn i stoffet, og skriver uten bruk av faguttrykk og vanskelige beskrivelser. Samtidig viser et klart mestringfokus, og gir en grundig og detaljert innføring i temaene. Forfatteren fører leseren godt inn i stoffet, og skriver uten bruk av faguttrykk og vanskelige beskrivelser. Samtidig viser et klart mestringfokus, og gir en grundig og detaljert innføring i temaene.

BOKANMELDELSE

Forfatter: **Margrete Wiede Aasland**
Cappelen Damm Akademisk
Anmelder: **Linda Kristin Henden, helsesøster, Eid**



Barna og seksualiteten

Dette er en lettlest bok, med mange eksempler. Eksemplene er hentet fra forfatterens jobb som pedagog i barnehage, samtaler med barn og foreldre og i sin jobb som sexologisk rådgiver. Forfatteren ønsker at barn skal få et godt forhold til kroppen sin og ha kunnskap om seksualitet. Tilpasset alder. Boken ønsker å gi den voksne trygghet og kunnskap til å kunne samtale med barn om kropp, følelser og seksualitet. Voksne utfordres til å være ærlige i samtaler med barn om kropp, kjønnsorganer og hvordan barn blir til. Den voksne trenger da mye kunnskap, må finne sin form og være komfortabel og fortrolig i samtaler. En krevende oppgave som jeg mener denne boken kan bidra med gjennom eksempler og forfatterens kunnskap og erfaring.

Gjennom hele boken finnes kommentarer av psykologspesialist Thore Langfeldt.

Forfatteren mener barn bør få snakke og stille spørsmål om seksualitet før de begynner på skolen, fordi når barn kommer i 9–10 årsalderen begynner de å bli flau. Hva da med pubertetsundervisningen? tenker jeg. Blir ikke den stort sett gjennomført i 5. klasse? Bør denne da flyttes flere skoleår frem?

Forfatteren undrer seg i boken over hvem som har ansvaret for å gi barnet og den unge informasjon om seksualitet? Er det helsepersonell, skolen eller barnehagen eller er det foreldrene selv? Spørsmål jeg selv ikke har reflektert så mye over tidligere.

Boken tar opp temaet seksuelle overgrep. Som helsesøster er min erfaring at vi som helsepersonell lett kan tenke seksuelle overgrep når barn viser en seksualisert atferd. Balansegangen om at jo mer barn vet om kroppen, jo lettere kan det være å tro at barnet blir misbrukt og at foreldre kanskje blir mistenkeliggjort. Det er tanker jeg gjør meg når jeg leser boken. Ingen enkle svar på dette synes jeg. Forfatteren mener tilgang til kursing og litteratur er viktig for å håndtere og forstå barns seksuelle uttrykk og lek.

Forfatteren mener barn må lære å bestemme over sin egen kropp. Det er lov å si «Ja» og lov å si «nei». Barnet må lære å sette egne grenser. Det vil gi økt bevissthet om hva barnet liker og ikke liker, hva det vil og ikke vil i møte med fysisk kontakt, nærhet og berøring. Viktig forebyggende budskap som jeg er enig i at vi voksne tidlig må lære barn.

Forfatteren har et eget kapittel som omhandler «barn leker doktorleker» og et kapittel om onani. Forfatteren vektlegger at barn må få muligheten til å utforske hele kroppen med glede og nysgjerrighet, uten å føle skam og skyld ved berøring av sine kjønnsorganer.

Siste kapittel handler om hvordan vi kan snakke med barn om seksualitet, kropp, kjønnsorganer og hvordan barn blir til.



Et yrke i endring

Helsesøstertjenesten har endret seg over tid. Denne studien tar for seg yrkesidentitet, ansvar og kvalitetet på arbeidet. Og om veien videre for helsesøstre.

Av **Berit Misund Dahl**,
førsteamanuensis, avdeling
for helsefag, NTNU

Helsesøster er en sentral aktør i utøvelsen av myndighetenes folkehelsepolitikk. Helsesøstertjenesten er endret over tid, med økt kompleksitet og skiftende politisk fokus på folkehelse. Tidligere var helsesøsterinnsatsen rettet mot å forebygge sykdom i befolkningen, mens hovedfokus nå skal være på helsefremmende strategier, ressurstenkning og mestring, og primærforebygging rettet mot alle barn, unge og familier.

Jeg vil her presentere doktorgraden min, med tittel: *The meaning of professional identity in public health nursing* (Dahl, 2015). Avhandlingen bygger på tre artikler, og er en studie av helsesøstertjenestens yrkesidentitet. En avklaring av identiteten er også en avklaring av helsesøstrene sitt ansvar i forhold til befolkningen og handler om kvaliteten på arbeidet, og om veien helsesøstrene skal gå videre.

Hensikt

Hensikten med studien var å bidra til å utvikle kunnskap og forståelse av profesjonell identitet i helsesøstertjenesten. Slik kan en få økt kunnskap

og strategier i helsesøsterutdanningens rammeplan for hvordan helsesøstre skal fremme helse og forebygge sykdom. Rammeplanen skal være en lenke mellom samfunnet og utdanningen, og skal ha en styrende funksjon i forhold til utdanningens underliggende verdier og kunnskap. Den skal sikre et ensartet faglig nivå på alle helsesøsterutdanningene i Norge.

Funn

Del én

Artikkel én (Dahl, Andrews, & Clancy, 2014), er en kritisk diskursanalyse (Fairclough, 2010) av rammeplanen for helsesøsterutdanningen (Rammeplan, 2005), og avdekker motstridende diskurser om helsefremming og sykdomsforebygging i utdanningsplanen. En diskurs kan forstås som en setning med et meningsinnhold, og viser til hvordan et emne er presentert i teksten. Fairclough (2010) definerer diskurs som både en individuell og en sosial aktivitet.

Jeg analyserer hvordan diskurser eller meninger i samfunnet finnes igjen i, og har påvirket rammeplanen, og hvordan rammeplanen har påvirket helsesøstertjenesten.

Utgangspunktet er at samfunnsmessige diskurser kan påvirke helsesøstrenes identitetskonstruksjon. Ved å analysere mulige dominerende og tilslørte diskurser i rammeplanen, var målet å avdekke underliggende statlige strategier i form av sosiale krav og forventninger til helsesøstertjenesten.

Funnene peker på at det er et dominerende biomedisinsk kunnskapsfokus i rammeplanen, for eksempel på å forebygge astma/allergi, kreft og infeksjoner, som handlet om at helsesøster skal ha et sykdomsfokus, og arbeide med å forebygge pro-

«Individnivået overskygget befolkningsperspektivet.»

Berit Misund Dahl



om hvordan helsesøstre utfører oppgavene sine. Studien belyser også hvordan helsesøstre kan bidra til bedre folkehelse, til økt livskvalitet og til reduserte helseforskjeller i befolkningen.

Hensikten var videre å avdekke statlige prinsipper



blemer. Det var mindre fokus på helse og helsefremmende arbeid, samfunnsvitenskapelig kunnskap, sosiale prosesser og kommunikasjon.

Teksten fokuserer på brukermedvirkning, men analysene avdekket en underliggende ekspertideologi. Ressurstenkning, mestringsfokus og empowerment-begrepet var fraværende i teksten. Fokuset var på helsesøster som ekspert og hjelper. Helsesøster kunne slik fremstå som en disiplineringsagent – en som skal formidle statlige anbefalinger og bidra til å endre oppførselen hos brukerne, fremfor å fokusere på ressurser og mestring.

Individnivået overskygget befolkningsperspektivet, og hvor oppgaver knyttet til større grupper eller befolkningen knapt var nevnt. Statlige føringer vektlegger at helsesøster skal ha hovedfokus på helsefremming og primærforebygging på både individ- og befolkningsnivå (Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015, 2011), mens rammeplanen vektla i hovedsak et sykdomsforebyggende fokus og problemløsende arbeid på individnivå. Funnene synliggjør at rammeplanen bør revideres. Det er behov for større fokus på helsefremmende innsats både på individ og befolkningsnivå.

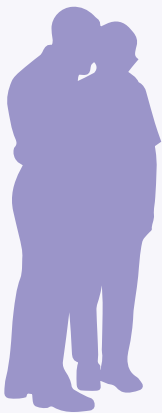
Del to

Artikkel to (Dahl, Clancy, & Andrews, 2014) analyserer betydningen av etisk følelseladde møter, og deres mulige påvirkning på profesjonell identitet i norsk helsesøstertjeneste, og er en fenomenologisk, hermeneutisk studie (Lindseth & Norberg, 2004). Den bygger på 23 helsesøsterintervjuer om arbeids hverdagen deres i møte med brukerne. Spørsmål var, for eksempel, hva det betydde for dem å være

helsesøster. Om de kunne fortelle om en situasjon hvor de følte de gjorde en god jobb, og en gang de følte seg utfordret. Utgangspunktet er at slik helsesøstrene beskriver praksis og hvordan verdier og kunnskap blir brukt og integrert i klinisk praksis, skal kunne gi et bilde på hvordan helsesøstrene forstår seg selv og sin identitet.

Funnene synliggjorde at helsesøster var opptatt av velferden til barn, unge og familiene. Videre kunne helsesøster oppleve uklare grenser mellom arbeid og privatliv, at de tok med seg vanskelige saker hjem. Noen ga for eksempel mobilnummeret sitt til ungdom og sa de kunne ringe når som helst. Det handlet om å være bekymret på brukernes vegne, og å ta opp kampen og å være advokat for brukerne som ellers ikke ble sett og hørt. Funnene viste også til at helsesøster var modig og kunne takle motstridende lojaliteter, og at det var viktig å oppnå tillit hos brukerne. Men helsesøster kunne også kjenne seg utilstrekkelig. Det betydde at helsesøstre kunne oppleve at de sviktet i å møte forventningene fra brukerne. De kunne også føle seg uviktig for brukerne. Fortellingene fra helsesøstrene tydeliggjør en moralsk dimensjon i helsesøsterfaget, med nære relasjoner mellom helsesøster og bruker, og møtet som en etisk fordring, som kunne oppleves krevende for helsesøster. Identiteten kunne ha sterkere koplinger til personlige og profesjonelle verdier enn til institusjonelle verdier og politiske direktiver. Hensynet til brukerne kunne overskygge institusjonelle verdier som for eksempel økonomi og effektivitet. Det kunne medføre at helsesøster kunne gå utover den tilmålte tidsressursen i en konsultasjon.





Studiens konsekvenser for praksis kan være at etisk følelsesladde møter kan medføre verdikonflikter og følelse av både utilstrekkelighet og tilfredshet. Å være modig og håndtere vanskelige situasjoner kan styrke den profesjonelle identiteten. Å ta ansvar for brukerne er en avgjørende faktor som kan overskygge institusjonelle krav, og som samtidig kan være en utfordring for yrkesidentiteten. Det å reflektere over etiske dilemmaer i utdanning og praksis kan bidra til å kartlegge alternative handlingsvalg og bidra til en god profesjonell praksis, og en tydelig profesjonell identitet.

Del tre

Artikkel tre (Dahl & Clancy, 2015) handler om betydningen av kunnskap og identitet i helsesøstertjenesten i en tid i endring, og er en tolkning av helsesøstres fortellinger. Dette er også en undersøkelse av sammenhenger mellom erfaringer i praksis og konstitueringen av helsesøster sin yrkesidentitet, og bygger på de samme informantene som i studie to. Fokus var på hvordan helsesøstrenes kunnskaper kom til uttrykk i møte med brukerne, og hvordan erfaringene kan påvirke identiteten til profesjonen.

Funnene, eller karakteristikkene av helsesøster, var at de var generalister og kunne «litt om mye», og at de brukte klinisk skjønn i møte med enkeltbrukere. Det

«Fortellingene fra helsesøstrene tydeliggjør en moralsk dimensjon.»

handlet også om å avdekke ressurser hos, for eksempel, en ungdom, og det å vektlegge mestringsstrategier i møte med brukerne. Helsesøstrene var opptatt av individuell problemløsning, som betydde å fokusere på brukere med spesielle behov, og å bruke mye tid på enkeltfamilier. Det kunne også gå ut på å følge retningslinjer og protokoller, og å få mindre tid til dialog med elevene. Videre kunne det å fokusere på enkeltproblemer gjøre at helsesøstrene opplevde at de manglet spesialisert kunnskap på ett felt.

Tidspress i konsultasjonene og ukritisk bruk av forskningsbasert kunnskap og prosedyrer kan bidra til å svekke den kliniske dømmekraften. Tidspress kunne også medføre at det primærførebyggende fokuset ble fortrenget til fordel for å løse enkelt-elevens problemer og kunne medføre en overgang til behandlerrollen.

Helsesøstrene har en bred generalist-kunnskap i forhold til deres hovedmålgruppe som er alle barn, unge og familier, og på deres spesielle område helsefremming og sykdomsforebygging. Studien synliggjør at dette ga dem en spesialist-generalist identitet.

Helsesøstrene i denne studien var ikke tydelige i sin rolleforståelse, og en avklaring av denne posisjonen, i forhold til juridiske grenser mot andre profesjoner, kan konstituere en sterk identitet i helsesøstertjenesten.

Kunnskapsbasert praksis

Et uttalt sentralt og faglig mål for helsesøstertjenesten og helsetjenesten for øvrig er en kunnskapsbasert praksis (God kvalitet – trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, St.meld. 10 (2012-2013); NSF, 2011). Helsesøstrene fant det vanskelig å kombinere evidensbasert eller forskningsbasert kunnskap med klinisk vurdering eller skjønn. Studien viser til Aristoteles' kunnskapskategorier episteme, techne og fronesis (Aristotle, 2004), og peker på viktigheten av å kunne balansere evidensbasert kunnskap (episteme), mot praktisk kunnskap (techne) og klinisk vurdering (fronesis) i konsultasjonene, i en helhetlig tilnærming og i dialog med brukeren. En balansering av kunnskapsformene med fokus på best mulig praksis i møte med brukerne, vil gjennom senere refleksjon kunne tydeliggjøre og styrke yrkesidentiteten.

Konstituering av profesjonell identitet

Den profesjonelle identiteten konstitueres i et samspill mellom helsesøstrenes personlighet, historie og utdanning, og gjennom møter med brukere, kolleger og samarbeidspartnere i praksisfellesskap. Jeg har i hovedsak benyttet den franske filosofen Ricoeurs teori om identitet (Ricoeur, 1992). Ricoeur forstår identitet som todelt: idem (det identiske, det samme), har med karakter og grunnleggende verdier å gjøre, og det ved en person som gjør at vi kjenner vedkommende igjen etter mange år, og ipse (selvet), som viser til hvordan vi handler, for eksempel å handle på best mulig måte for de involverte uavhengig av setting. Disse identitetsdelene bindes sammen gjennom praksisfortellinger og vil konstituere en narrativ identitet.

Helsesøstertjenestens profesjonelle identitet handler om profesjonens selvforståelse i forhold til myndighetsnivået (macro nivå) og til praksisnivået

(micro nivå) (Wackerhausen, 2009). Begge nivå vil påvirke yrkesidentiteten, myndighetsnivået gjennom institusjonelle verdier og krav til tjenesten, og praksisnivået gjennom profesjonsverdier, enkeltmøter med brukerne, og samarbeidspartnere, og hvor hendelser kan reflekteres over i praksisfellesskap. Når helsesøstrene forteller hverandre historier fra praksis, kan historiene flettes sammen med noen felles historier eller karakteristikk om profesjonen, og det kan utvikles en kollektiv yrkesidentitet.

Oppsummering

Oppsummert påpeker studien at helsesøster sitt mandat og praksis er kompleks og mangfoldig, noe som kan være utfordrende for konstitueringen av en spesifikk yrkesidentitet.

Det er usikkerhet rundt helsesøster sitt mandat og posisjon i organisasjonen, en frustrasjon som er knyttet til prioritering av arbeidsoppgaver. Helsesøster opplever etiske konflikter, og kan velge å prioritere de som trenger det mest, selv om det går på bekostning av de mange.

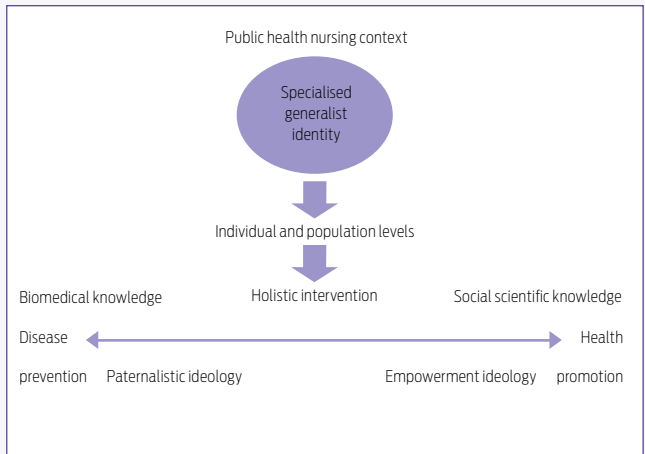
Helsesøster er presset på tid i konsultasjoner, og kan bli eksperten som forteller hvordan brukerne skal leve livene sine, forenelig med en paternalistisk ideologi, fremfor å vektlegge dialog og ressurstenkning eller empowermentideologi i konsultasjonene.

Helsesøstrene i denne studien var bevisst at de hadde en maktposisjon knyttet til mandatet og kunnskapsgrunnlaget deres, og som krevde følsomhet og lytteferdigheter i møte med brukerne.

Jeg har oppsummert betydningen av helsesøsters profesjonelle identitet i en figur (Figur 1). Helsesøster som en spesialist-generalist skal arbeide både på individ- og befolkningsnivå med et helhetlig fokus. Helsesøster har avansert kunnskap innen biomedisin og samfunnsvitenskap knyttet til helsefremmende og sykdomsforebyggende intervensjoner, med hovedvekt på helsefremmende og primærforebyggende strategier på individ- og befolkningsnivå.

Studien peker på at myndighetene må tilrettelegge slik at helsesøstrene kan hjelpe alle barn, unge og familier til å mestre hverdagen. At risikofaktorer og helseproblemer avdekkes i tidlig fase, og kan følges opp og henvises videre. Slik kan helsesøster bidra til økt livskvalitet og bedret helse i befolkningen.

Ved at helsesøster får tydeliggjort og styrket sitt mandat og sin posisjon i organisasjonen, kan helsesøstertjenesten konstituere en sterk profesjonell identitet. ■



FIGUR 1: Balansering av helsesøstrenes spesialist-generalist identitet.

Referanser:

1. Aristotle. (2004). *The Nicomachean Ethics*. London: Penguin Books.
2. Dahl, B. M. (2015). *The meaning of professional identity in public health nursing*. (Dissertation), University of Bergen, Bergen, Norway. <http://hdl.handle.net/1956/10605>
3. Dahl, B. M., Andrews, T., & Clancy, A. (2014). Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(1), 32-37
4. Dahl, B. M., & Clancy, A. (2015). Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 679-687
5. Dahl, B. M., Clancy, A., & Andrews, T. (2014). The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 600-608
6. Fairclough, N. (2010). *Critical discourse analysis: the critical study of language*. Harlow: Longman.
7. St.meld. 10 (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester: kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
8. Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutic method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145-153.
9. Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015. (2011). (Vol. nr. 16 (2010-2011)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
10. NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*: Norsk Sykepleierforbund.
11. Rammepplan. (2005). *Rammepplan og forskrift for helsesøsterutdanning av 01.12.2005*: Utdannings- og forskningsdepartementet.
12. Ricoeur, P. (1992). *Oneself as another*. Chicago: University of Chicago Press.
13. Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 455-473





Tiltak mot overvekt hos barn

Både Vestnes og Rauma kommune skårte høyt på forbruk av medisiner for diabetes type 2. Det ble derfor besluttet å prøve ut en modell for å styrke tilbudet til personer med diabetes type 2 i alle aldre. Samtidig ble det bestemt å gi et bedre oppfølgingstilbud til overvektige barn og unge i kommunene.

Bakgrunn

Ifølge folkehelsebarometeret til Rauma kommune i 2013, hadde kommunen en utfordring i antall diabetes type 2 tilfeller. Både Vestnes og Rauma kommune lå høyt på forbruk av diabetes type 2 medisiner. Ved vektkontrollene i 3. og 8. klasse i Vestnes hadde cirka 25 prosent av barna overvekt eller fedme. Med bakgrunn i dette, fikk Vestnes og Rauma kommune prosjektmidler fra Helsedirektoratet i 2013 og fra Fylkesmannen i 2014 til et felles prosjekt.

Mål og målgruppe

Hensikten med prosjektet var å utvikle og prøve ut en modell med styrking av tilbudet til personer med diabetes type 2 i frisklivssentralen (FLS), samt gi et bedre oppfølgingstilbud til barn og unge med overvekt. Målgruppene var personer med diabetes type 2 i alle aldre, samt barn og unge som etter vektkontrollen i 3. og 8. klasse har en Iso-KMI lik eller over 25.

Prosjektstyring

Det ble ansatt en diabetessykepleier på 30 prosent stilling lokalisert i Rauma kommune, fysioterapeut (20 prosent) og helsesøster (20 prosent) som var lokalisert i Vestnes kommune. Prosjektet ble organisert i styringsgruppe, prosjektgruppe og to arbeidsgrupper.

Styringsgruppen besto av enhetslederne for frisklivssentralene og folkehelsekoordinatorerne i Vestnes og Rauma. Enhetsleder i Rauma var leder.

Prosjektgruppen besto av folkehelsekoordinatorerne og de tre prosjektstillingene og ble ledet av prosjektleder (koordinator/rådgiver i Rauma).

Det ble opprettet to arbeidsgrupper – en for barn

og unge og en for diabetes. De som var ansatt i prosjektstillingene var ansvarlige for fremdriften og gjennomføringen av planlagte aktiviteter. Arbeidsgruppene brukte ressurspersoner fra de to kommunene samt fra Muritunet, Høgskolen i Molde, Lærings- og mestringscenteret i Møre og Romsdal, brukerrepresentanter med flere. Disse rapporterte til prosjektgruppen. Prosjektgruppen hadde møter omlag en gang i måneden. Arbeidsgruppene og styringsgruppen hadde møter cirka annenhver måned. Prosjektleder og folkehelsekoordinator i Vestnes rapporterte til styringsgruppen.

Sammenheng

Gjennomføring

Fysioterapeut (20 prosent) og helsesøster (20 prosent) ble knyttet opp mot tiltak til barn med overvekt og deres foreldre. De var samlokalisert i Vestnes kommune.

Ganske fort så man at det mest realistiske var å avgrense målgruppen. Man ble enige om at målgruppen skulle være barn i 3. klasse med overvekt og deres foreldre.

Vestnes hadde 12 barn i 3. klasse med overvekt og fedme. Seks deltok fra starten og fem fullførte hele prosjektperioden med deltagelse i alle tiltakene. Tilbudet som ble gitt til barna og deres foreldre var; et felles oppstarts- og avslutningsmøte for foreldre, tre helsesamtaler for foreldre, seks kvelder med matkurs for foreldre og barn samt aktivitetsgruppe med faginnhold til barn, søsken og foreldre én gang per uke. Tiltakene ble implementert over en periode på ni måneder. Helsesøster og fysioterapeut ansatt i prosjektet holt matkurs, og fysioterapeuten i prosjektet ledet aktivitetsgruppen. Helsesøstre i sko-

Av Anita K. Kvalsvik, helsesøster, Vestnes kommune

lehelsetjenesten gjennomførte helsesamtaler med foreldrene.

Rauma hadde tolv barn med overvekt. Fem av barna ble fulgt opp med tre helsesamtaler til foreldre av helsesøster. Foreldre til to barn deltok på deler av et ordinært BraMat-kurs tilknyttet frisklivssentralen. Det var ikke mulig å opprette egen aktivitetsgruppe i Rauma, men denne var tenkt som et tilbud gjennom frisklivssentralen ledet av fysioterapeut.

«Måling av vekt og lengde i 3. klasse foregikk på den enkelte skole.»

Store deler av prosjektstillingene gikk med til å utvikle materiell og kartleggingsverktøy, som senere ble brukt ved helsesamtaler, matkurs og aktivitetsgruppe. Materiell og kartleggingsverktøy ble samlet i fire permer; hovedperm (diverse skriv), helsesamtaler, matkurs og aktivitetsgruppe.

Evalueringemetodene som ble brukt i prosjektet, var basert på før- og ettermålinger i forbindelse med intervensjonstiltak, samt skriftlig og muntlig evaluering av de forskjellige tilbudene.

Resultat

Vestnes kommune:

- Alle fikk bedret kondisjonen. Medianverdien for bedring var 7 i kondisjonstall og etter slutttest lå alle over cut-off for helserisiko.
- Alle rapporterte om livsstilsendringer i kost og aktivitet.
- 4 av 5 hadde knekk i vektkurven.

Rauma kommune:

Rauma kommune hadde ikke barn å rekruttere inn i prosjektet før høsten 2014. Rekrutteringstiden viste seg å ta lengre tid enn vi beregnet, og det var vanskelig å rekruttere barn og foreldre til hele «prosjektpakken». Det ble veldig kort tid til å intervenere i Rauma kommune før sluttrapporten skulle skrives i mars 2015. Derfor har jeg kun beskrevet gjennomføring og resultat for Vestnes kommune.

Prosjektgjennomføring

Som et kick-off for prosjektet ble det i februar 2014 holdt et seminar med fokus på barn og unge med overvekt. Dette skjedde i samarbeid med flere nabo-

kommuner, Ålesund sykehus og Muritunet. Dagen var viktig for både inspirasjon og kunnskapsdeling. Våren 2014 ble brukt til å utvikle kartleggingsverktøy, undervisningsopplegg og arbeidsverktøy. Ved utviklingen av matkurset, tok en utgangspunkt i BraMat-kurset som er utviklet av Helsedirektoratet, og tilpasset målgruppen. Tilbudet som ble prøvd ut på barn i 3. klasse med overvekt/fedme og deres foreldre var; et felles oppstartsmøte og et avsluttende møte for foreldre, tre helsesamtaler for foreldre med helsesøster, matkurs for foreldre og aktivitetsgruppe med faginnhold til barn og foreldre. Tiltakene ble implementert over ni måneder.

I Vestnes kommune ble deltakerne rekruttert inn i prosjektet i mai 2014, etter veiing i 3. klasse. I Rauma kommune begynte rekrutteringen i september 2014.

På grunn av store avstander mellom kommunene, planla vi å gjennomføre tiltakene til en gruppe i hver av kommunene i løpet av prosjektperioden.

Rekruttering

Måling av vekt og lengde i 3. klasse foregikk på den enkelte skole. I etterkant fikk alle foreldre med barn som har ISO KMI lik eller over 25, en telefonhenvendelse fra helsesøster med tilbakemelding vedrørende resultatet. I løpet av telefonsamtalen ga helsesøster informasjon og tilbud om å bli med i prosjektet. Prosjektet ble «solgt» inn som et pakketilbud der de måtte delta på alle tiltakene. Noen deltakere ønsket en helsesamtale på helsestasjonen før de takket ja.

Oppstartsmøte

Alle foreldrene ble invitert til et oppstartsmøte. Agenda for dagen var; informasjon om prosjektet og de ulike tiltakene, hvorfor viktig å forebygge overvekt hos barn, praktiske opplysninger. Det ble mange gode diskusjoner og ytringer underveis i møtet. Det ble for eksempel spurt om hvordan de skulle presentere at familien skulle delta i prosjektet. Det ble en god gruppeprosess på dette vanskelige spørsmålet.

Helsesamtaler

Helsesøster til det enkelte barnet gjennomførte minimum tre helsesamtaler til hver familie. Barnet var ikke med på denne samtalen. Der mor og far ikke bodde sammen, ble det tilbudt felles samtale så langt det var mulig. Skilte foreldre fylte ut et felles oppstart- og avslutningsskjema. I neste runde vil vi prøve ut muligheten for at de fyller ut hvert sitt skjema.



NYE VANER: «Bra mat for bedre helse» er et kurs for foreldre som er tilpasset barn. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Vi brukte motiverende intervju (MI) som metode i samtalen, og vi erfarte at skjemaene var et godt arbeidsverktøy ved bruk av MI. Det var blant annet til god hjelp når foreldrene satte ned mål og tiltak for perioden fram til neste samtale. Avslutningsskjemaet var til stor nytte for å finne ut om familien hadde gjort livsstilsendringer fra oppstart til slutt i prosjektet. En mor som kom til siste helsesamtale, var sikker på at hun ikke hadde gjort forandringer i prosjektperioden. Mor og helsesøster gikk gjennom avslutningsskjemaet og sammenliknet dette med oppstartskjemaet og fant ut at familien hadde innført mange positive forandringer i forhold til kost og aktivitetsvaner. Vi tenker hun hadde gjort noen lure forandringer som kostet henne lite krefter å opprettholde. Det er da mer sannsynlig at familien klarer å opprettholde den nye vanen.

Matkurs

Kurset var for foreldre, og det var ønskelig at begge foreldrene deltok.

I kursøkt fem – praktisk matlaging: Her leide vi inn en kokk og både foreldre og barn deltok. (Se oversikt over de øvrige kursøktene på neste side).

Kurset strakk seg over seks kvelder å to timer (19.30 til 21.30), med én pause etter behov. Interval-

lene mellom kurset variere, men det er anbefalt å ha minst 14 dager mellom hver kurskveld, og cirka en måned mellom de to siste kurskveldene.

Livsstilsendring fikk stor oppmerksomhet på kurset. Hver kurskveld startet med temaer som endring, mål og tiltak som de ønsket å jobbe med. Dette ble også sett i sammenheng med mål og tiltak de satte seg i helsesamtalen hos helsesøster. Motiverende intervju ble brukt som metode i gruppesamtalen.

For å kunne gi god og sammenhengende oppfølgingen var det viktig med informasjonsutveksling mellom lederne i matkurset, aktivitetsgruppen og helsesøster som har helsesamtaler. Vi innhentet derfor skriftlig tillatelse til informasjonsutveksling.

Foreldrene fikk utdelt hver sin perm som de tok med seg på hver kursøkt. Her kunne de samle materialet de fikk underveis.

På matkurset delte vi ut kopier av powerpointer med plass til notater, faktaark og foreldreverktøy.

Kurslokalet hadde tilgang til dataoppkopling og framviser. Det var praktisk med tilgang til enkel kjøkkenløsning siden vi hadde litt servering og demonstrasjon hver kurskveld.

Boken «Mathjelpen for foreldre, hjelp barna å spise sunt døgnet rundt» ble delt ut gratis til alle deltakerne.

Kursøkt 1:

- Bra mat for bedre helse. Velkommen på kurs!
- Forventninger og mål for kurset
 - Måltids- og aktivitetsvaner
 - Endringshjulet – endring av vaner og motivasjon
 - Foreldre som rollemodeller
 - Vann
 - Energibalanser
 - Fysisk aktivitet
 - Målsetting – hjemmeoppgave

Kursøkt 2:

- Må det søte liv smake søtt?
- Siden sist – målsetting og motivasjon
 - Hva inneholder maten?
 - Karbohydrater – det søte liv
 - Fiber
 - Frukt og grønnsaker – fem om dagen
 - Grove kornprodukter
 - Plyndringstimen
 - Liker ikke – smaksutvikling
 - Målsetting – hjemmeoppgave

TEMAER PÅ KURSET: Det ble utarbeidet powerpointpresentasjon. Denne ble lagt frem slik at det ga mulighet for refleksjon og samtale.

Oversikt over dokumentene som er utarbeidet til matkurset:

- Powerpointpresentasjon til seks kursøker.
- Arbeidsverktøy – matkurs: verktøy som kan brukes på kurset av kursholderne med beskrivelse/tips til hver økt.
- Foreldreverktøy – helsesamtale og matkurs: Verktøy som foreldrene kan bruke på matkurset og i helsesamtalene.
- Foreldreverktøy – matkurs: Tips til meny for en uke, med handleliste.
- Faktaark: Informasjonsark til utdeling til foreldrene.

Aktivitetsgruppe

I aktivitetsgruppa var intervensjonen rettet direkte mot barna. Samlingene var aktive og hadde fokus på fysisk aktivitet, både med tanke på økt intensitet, mengde og økt kunnskap.

Tilbudet var for barn, i følge med forelder. Søskene i barneskolealder var også velkomne til å bli med. Foreldrene ble oppfordret til å delta på aktivitetene.

Det ble lagt opp til ukentlige samlinger på ettermiddagen (17.30 til 18.30). Tidspunktet var viktig for at foreldre skulle kunne delta. Tett oppfølging i starten var viktig for å få kontinuitet, og for å skape motivasjon. Man tok fri i skolens ferier og de ukene det ble holdt «matkurs for foreldre».

Flesteparten av samlingene var lagt opp til fysisk aktivitet i gymsal, og hovedinnholdet i gruppesamlingene var leksbasert intervalltrening. Formålet var å trene og bedre kondisjonen, der fokuset var bevegelsesglede i morsomme konkurranser og lek. Det var også noe styrketrening og ferdighetsmestring i vanlige aktiviteter som å hoppe tau/slengtau, kaste

og sparke ball, klatre i trær og balanseaktiviteter. Det ble lagt opp til aktiv lek, glede og mestring i fysisk aktivitet.

Det var blant annet lagt opp til turaktiviteter som; fjelltur med geocoaching, aketur, uteleker i naturen, refleksrebusløp og sykkeltur. Dette for å gi barna økt erfaring i uteaktiviteter ved å være i fysisk aktivitet.

På hver samling ga man enkel informasjon om ulike fagtemaer tilpasset barnas nivå, og det ble åpnet for samtale. Temaene ble hentet fra områdene kropp, helse, fysisk aktivitet og kosthold. Dagens fagtema ble tatt opp i gruppen på starten eller slutten av hver samling og det ble satt av cirka ti minutter til dette.

Innhold i fagtemaene var:

- Fysisk aktivitet
- Arenaer for fysisk aktivitet
- Kroppen din – muskel og skjelett
- Kroppen din – hjerte og lunger
- Skjermaktivitet
- Energibalanse
- Matvarer; energi- og næringsinnhold
- «Sukker-karusellen»
- Frukt og grønnsaker – fem om dagen
- Grove kornprodukter og «grovhetskalaen»
- Vann som tørstedrikk og annen drikk
- Mellommåltid og «Plyndringstimen»
- Tallerkenmodellen og porsjonsstørrelse
- Nøkkelhullsprodukt og handleturen
- Oppsummering og veien videre ...

Det ble utarbeidet «temaark» tilhørende hvert enkelt fagtema. Temaarkene ble delt ut til barna/deltakerne, og skulle gi kort repetisjon på hva som

Kursøkt 3:

- Fett ikke ett fett og varedeklarasjon
- Målsetting og motivasjon
- Fett i maten
- Kjøtt
- Fisk
- Meieriprodukter
- Smør og margariner
- Salt
- Nøkkelhull og varedeklarasjon
- Hjemmeoppgave

Kursøkt 5:

Praktisk matlaging foreldre og barn

Kursøkt 4:

- Hvor ofte og hvor mye, rutiner og planlegging
- Målsetting og motivasjon og ambivalensutforskning
- Måltidsvaner
- Tallerkenmodellen
- Måltidet som sosial arena
- Hvordan engasjere barna i å planlegge meny og handle sunne matvarer
- Planlegg handleturen/middagene
- Bruk oppskriftsbok/internett
- Målsetting – hjemmeoppgave

Kursøkt 6:

- Repetisjon
- Mat og økonomi
- Regelmessighet
- Karbohydrater – det søte liv
- Fett
- Varedeklarasjon
- Se etter nøkkelhullet
- Gode valg gjennom dagen
- Små skritt – store forbedringer
- Målsetting og motivasjon – hva har dere oppnådd og veien videre
- Evaluering av kurset – skriftlig

var hovedpunkter i fagtema. På temaarket var det også beskrevet et «ukesoppdrag» (hjemmeleksje). Formålet med et ukesoppdrag er at barna skal reflektere og utforske mer rundt fagtema, og gjennom det bli mer bevisst sin egen fysiske aktivitet og kostholdsvaner i hverdagen.

Barna fikk utdelt hver sin perm til å samle temaarkene i.

Til hjelp for fysioterapeut/aktivitetsleder ble det også utarbeidet et «arbeidsverktøy for aktivitetsgruppa». Dette er ment som hjelp for fysioterapeut/aktivitetsleder, ved at man her kan få bakgrunnsinformasjon om fagtemaet og ideer til hvordan man enkelt kan snakke om og illustrere temaet for barna.

I den første samlingen hadde fysioterapeut/aktivitetsleder en samtale med barna om hvorfor de var med i «aktivitetsgruppa». Forslag til gjennomføring av denne samtalen er beskrevet i eget tema i arbeidsverktøyet.

Barna som var med i aktivitetsgruppen gjennomførte én aktivitet som målte fysisk form/kondisjon. I prosjektet brukte man testen «måling av kondisjonstall»/«Andersen-testen». Dette er en intervalltest, men vi forsøkte å legge den opp mest mulig lekent. Det var ikke nødvendig at barna fikk vite at de ble testet. Det anbefales at denne gjennomføres som gruppeaktivitet ved 2. eller 3. gruppesamling, og re-testing ved avslutning.

Gjennomføring av denne testen er beskrevet i eget tema i arbeidsverktøyet.

Som forslag til aktiviteter å bruke i aktivitetsgruppa er det laget en «idébank».

Oversikt over dokumenter som er utarbeidet til aktivitetsgruppa:

- Arbeidsverktøy – praktisk og fagtema

- Temaark til aktivitetsgruppa, fagtema
- Idébank til fysiske aktiviteter

Akutt møte

Foreldrene møttes til felles evalueringsmøte. Der hadde vi fokus på skriftlig og muntlig evaluering av de ulike tiltakene i prosjektet.

Helsesamtale nr. 3, der måloppnåelse, oppstart- og sluttskjema ble sammenliknet, viste at alle deltakere hadde gjort positive forandringer vedrørende kosthold og aktivitet. Barna hadde fortalt foreldrene at de ble mer slitne i gymtimen, fordi de tok i mer og ikke var redde for å bli slitne. Foreldrene sa at barna kunne finne på å foreslå aktiviteter i helga, at de hadde blitt mer glad i aktivitet, og at de for eksempel hadde kuttet ut saft på ukedager.

Dialogmøtet som ble holdt med foreldrene, viste at samtlige var meget fornøyd med tilbudet. De synes at hele «pakken» var viktig og klarte ikke å

«Vi brukte motiverende intervju som metode i samtalen.»

velge bort noe. Noen syntes at oppstartsskjemaet var vanskelig å fylle ut. Noen syntes at to helsesamtaler var nok, da motivasjon og fokus på endring også var tema på matkurset.

Oppstart- og fullførtskjemaene ble også evaluert av helsesøstrene. Selv om de er omfattende, mener de at det er et godt hjelpemiddel og at det fungerte veldig godt å bruke dem i møte med foreldre. Alle



deltakerne synes det var viktig at aktivitetsgruppen møttes på kveldstid slik at foreldrene kunne delta.

Facebookside ble opprettet av en mor i gruppen. Det kan være et resultat av at det ble skapt et engasjement og en gruppefølelse hos deltakerne i prosjektet.

Videreføring og informasjonsspredning

Intensjonene er at materiellet og verktøyene som er utarbeidet i prosjektet skal gjøre det enklere for kommunene å gjennomføre tiltakene, selv med begrensede ressurser. Utfordringen er likevel å skaffe ressurser til gjennomføring av de ulike tiltakene.

Prosjektet har konkludert med at matkurset og aktivitetsgruppen bør skje i FLS, og at helsesamtalene bør foregå i skolehelsetjenesten. Dette må tilpasses hver enkelt kommune ut ifra ressurser de har til rådighet. I prosjektperioden har fysioterapeut drevet aktivitetsgruppene på kveldstid. Dette vil medføre et for stort ressursbruk etter prosjektperioden, og det bør jobbes med å få andre aktivitetsledere inn, eventuelt frivillige.

Prosjektet har vært fremlagt i en rekke fora, både internt i kommunene og på samlinger arrangert av fylkesmannen og fylkeskommunen. Prosjektet har også vært omtalt mediene, gjennom lokalaviser i begge kommuner.

Videre arbeid

Våren 2015 ble det søkt om nye prosjektmidler i Møre og Romsdal fylkeskommune til å ferdigstille permene for distribuering til andre kommuner. Dette fikk vi avslag på.

Vi har hatt kontakt med en barnelege ved Ålesund sykehus som skal skrive en doktorgrad om temaet. Det er mulig vi innleder et samarbeid med ham.

Rauma kommune skal i 2015/16 gi tilbud om helsesamtaler etter utarbeidet modell til foreldre der barnet får påvist overvekt etter veiing i 3. klasse.

Vestnes kommune har satt av penger til å gjennomføre alle tiltakene en gang til. Vi er i ferd med å rekruttere barn og familier fra to kull 3. klassinger 2014/2015 og 2015/2016, med oppstart i januar 2016. ■

Referanser:

Kilder brukt i utarbeiding av opplegget for aktivitetsgruppen:

1. Aadland, E., m.fl. (2014) The Anderson Aerobic Fitness Test: Reliability and validity in 10-year-old children.
2. Adegboye, A. R.A., Andersen, S.A., Froberg, K., et al. (2010). Recommended aerobic fitness level for metabolic health in children and adolescents: a study of diagnostic accuracy. *British Journal of Sports Medicine*.
3. Andersen, L.B. Andersen, T.E., Andersen, E Andersen, S.A. (2008) An intermittent running test to estimate maximal oxygen uptake: The Anderson test. *The journal of sports medicine an physical fitness*.
4. Barrile (2008) Det en gang ... Livet. ISBN: 978-952-5703-31-3
5. N.L.M., Barne- og ungdomsavdelingen (1999) Ressursperm for allidrettsgrupper.
6. Beitostølen helsesportssenter w/ Vegge, Sæbu (2002) Leker for alle.
7. Hauglid (2011) Kroppen. Rebus forlag. Art nr. 302018
8. Helsedirektoratet (2010). Nasjonale faglige retningslinjer for "Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Oslo. IS-1734
9. Helsedirektoratet. Bra mat – for bedre helse
10. Kreftforeningen (2013) Gode vaner for god helse. https://kreftforeningen.no/PageFiles/3773/PP_presentation.
11. Nordstrand, B. (2014) Sukkerkok i hodet. Flaiva
12. Nasjonalforeningen for folkehelse. Petter Puls – aktivitetshefte.
13. Mer informasjon: www.nasjonalforeningen.no – til skolen.
14. Nasjonalforeningen for folkehelse. Full kræsj – og 24 andre morsomme leker. (Petter puls)
15. Norges gymnastikkforbund. Gymlek. <http://www.gymnastikk.no/barn/gymlek/Sider/Gymlekforside.aspx>
16. Geitmyra Matkultursenter. (2014) Grønt elevhefte.
17. Mer informasjon: <http://www.geitmyra.no/portal/>
18. Skodje frisklivssentral w/ Bolstad, A. (2014) Ideer til fysiske aktivitetsleker. Internt dokument

19. Torgersen, Olsen (2003) Kroppen. ISBN 978-82-03-24056-0
20. Ødegaard, A. (2014) Idebank for fysisk aktivitet. Internt dokument

Kilder brukt i utarbeiding av helsesamtaler og matkurs:

21. Helsedirektoratet. Bra mat – for bedre helse
22. Gudbjørg Øen (red.) (2012). Overvekt hos barn og unge- forstå, forebygge, behandle og fremme helse. Fagbokforlaget, ISBN: 978-82-450-1066-4
23. Devon A. Devron og Rune Blomhoff (red.) (2012). Mat og medisin. Cappelen Damm høyskoleforlaget, ISBN: 978-82-7634-967-2
24. Ingvild Sørebo Danielsen (2014). Fedme hos barn, intervensjoner og atferdsendringer i praksis. Kommuneforlaget AS, ISBN: 978-82-446-2168-7
25. Nasjonalt råd for ernæring (2011). Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer. Helsedirektoratet, IS-1881
26. Barbro Holm Ivarsson (2010). MI Motiverende intervju, praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren. Gothia Forlag, ISBN: 978-91-7205-761-6
27. Kjersti Sortland (2011). Ernæring – mer enn mat og drikke. Fagbokforlaget, ISBN: 978-82-450-1120-3
28. Yngvild Sørebo Danielsen (2014). Fedme hos barn. Intervensjoner og atferdsendringer i praksis. Kommuneforlaget, ISBN: 978-82-446-2168-7
29. Helsedirektoratet (2012). Kosthåndboken, veileder i ernæringsarbeid i helse – og omsorgstjenesten. IS: 1972
30. Rune Blomhoff og Christopher Sjuve (2013). Mathjelpen for foreldre, hjelp til barn å spise sunt døgnet rundt. Kagge Forlag AS, ISBN: 978-82-489-1334-4
31. Kari Jaquesson (2012). Sunnere hverdagsmat, smart mat for barn, ungdom og voksne. Cappelen Damm Faktum, ISBN: 978-82-02-39262-8
32. Folkehelseinstituttet. 2015. kommunehelse statistikkbank. Tilgjengelig på <http://khs.fhi.no/webvieW> (lest 19.03.2015)
33. Geitmyra matkultursenter. 2014. Mathjelpen for foreldre. Kagge forlag AS Oslo.
34. Helsedirektoratet. 2010. Nasjonale faglige retningslinjer for «Forebygging, utredning og behandling av overvekt hos barn og unge. Oslo. IS-1734

Melkeallergi – den vanligste formen for matallergi hos små barn

Pepticate bygger på 30 års forskning på brystmelk og er dokumentert velfungerende, med god symptomlindring for barn med kumelkallergi.^{1,2} Prebiotiske kostfibre gir en effekt lignende brystmelkens kostfibre. De motvirker hard mage og avføringen blir myk som hos ammede spedbarn.³ Pepticate smaker og lukter mer som en vanlig morsmelkerstatning, som gjør at barnet raskt venner seg til smaken og liker produktet.⁴

Mer informasjon om kumelkallergi og våre allergiprodukter finner du på www.kumelkallergi.no og www.nutricia.no

Små melkeallergikere ♥ **Pepticate**



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

Pepticate er et næringsmiddel for spesielle medisinske formål. Skal brukes under medisinsk tilsyn etter nøye vurdering av øvrig ernæringsbehandling, inkludert amming.

Pepticate

– med brystmelken som forbilde

NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition

Mindre frafall

Færre elever slutter ved Borgund videregående skole. Kan dette tilskrives et forebyggende tverrfaglig helsetilbud til elevene? spør artikkelforfatterne.

Tekst **Elisabeth Juliebø Paulsen**, helsesøster og **Line Volstad Melbye**, helsesøster og teamleder, Virksomhet barn og familie, helsestasjoner og skolehelsetjenesten, Ålesund kommune.

For fire år siden begynte elevtjenesten ved Borgund videregående skole i Ålesund og studere årsaken til at elever dropper ut av skolen. Skolen oppdaget at sekkepostene «personlige årsaker/sykdom» og «andre frafallsårsaker/ikke oppgitt» var de mest brukte frafallsårsakene. Gjennom møter i elevtjenesten og med elevene bak tallene, så de behovet for mer forebygging og oppfølging av elever som strevde med

av innovasjon, forskning og utdanning) som sier at mellom hver fjerde og hver femte elev som sluttet i løpet av skoleåret 2010–2012, hadde en psykisk sykdom eller psykososiale problemer. Dette er i samsvar med helsesøsters erfaring ved Borgund videregående skole.

Normtallene Helsedirektoratet har foreslått er 800 elever i videregående skole per 100 prosent helsesøsterstilling i skolehelsetjenesten. For Borgund vide-

sesøsters forebyggende funksjon ville være av stor betydning for elevene. For lærerne har dette betydd at de kan konsentrere seg om det pedagogiske arbeidet. Helsesøster er nå til stede på skolen hver dag, mot to dager i uken for fire år siden. Siden ressursene har økt, kan helsesøster også involveres i helse-relaterte og forebyggende prosjekter ved skolen. De kan også i større grad følge opp elever som trenger tilrettelegging og støtte i skolehverdagen. For elevene innebærer dette et bedre lavterskeltilbud som viser seg spesielt viktig for skolens mange tilflyttende elever.

«De hadde tro på at helsesøsters forebyggende funksjon ville være av stor betydning.»

såkalte utenomfaglige problemer. Dette er i tråd med skolens pedagogiske plattform og resultater etter jobbing med LP-modellen (Læringsmiljø og pedagogisk analyse).

Ekstra ressurser

Regjeringen.no viser til forskning utført av NIFU (Nordisk institutt for studier

regående skole vil dette tilsvare omtrent 120 prosent stilling. I tillegg forutsettes merkantil ressurs, samt lege- og fysioterapeutressurser.

Skoleledelsen ved Borgund videregående skole valgte på bakgrunn av dette å blant annet kjøpe ytterligere helsesøsterressurser. Dette ble tatt fra lærernes eget budsjett da de hadde tro på at hel-

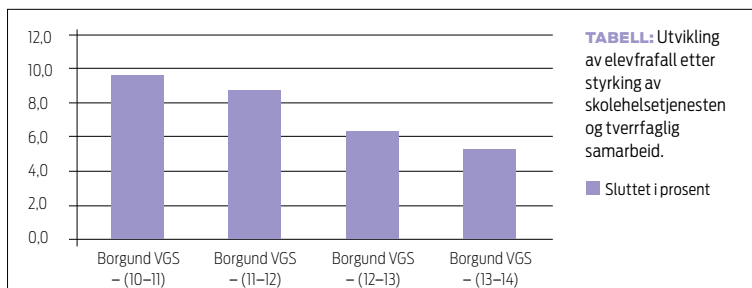
Avtale med kommunen

For nærmere fire år siden inngikk Borgund videregående skole en avtale med Ålesund kommune om å betale for ytterligere helsesøsterressurser. Helsesøster ved Borgund skole er ansatt i Ålesund kommune og har tilhørighet i kommunens skolehelsetjeneste, noe som er av stor betydning for helsesøsters fagkompetanse og kollegiale miljø.

Avtalen som er inngått er utformet

■ Borgund videregående skole

- Videregående skole i Ålesund
- Yrkesfag
- Antall elever: 966
- Kommunale helsesøsterressurser: cirka 40 prosent
- Kjøpte helsesøsterressurser: cirka 60 prosent
- Ungdomsveiledere «Sjef i eget liv»
- NAV-veiledere





BEDRE TILBUD: Elevene Ved Borgund videregående skole opplever at det er enkelt å komme i kontakt med helsesøster. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

gjennom et samarbeid mellom begge parter, og inneholder momenter som stillingsandel, tilstedeværelse på skolen og deltakelse i helsestasjonens møte- og fagutviklingsvirksomhet.

Ålesund kommune dekker i dag om lag 40 prosent helsesøsterstilling på Borgund videregående skole. Skolen dekker ytterligere 60 prosent slik at den samlede helsesøsterdekningen utgjør en full stilling. Av denne ressursen brukes 15 prosent på helsestasjon for ungdom (HFU) for å kunne gi elevene et bredt tverrfaglig helsetilbud. Elevene har gjennom HFU, tilgang til legehjelp, psykiatrisk sykepleier i tillegg til helsesøster.

Sted for mestring

Helsesøster har i flere år hatt et tett samarbeid med ungdomsveilederne i Ålesund kommune. Ungdomsveilederne har utviklet og driver refleksjonsgruppen «Sjef i eget liv» som er et tilbud til ungdom som ønsker å få bedre innsikt i egne følelser og reaksjoner, og da mestre utfordringer i dagliglivet bedre. Deltakere til gruppene rekrutteres av helsesøster, og gruppene drives av ungdomsveilederne

Hilde Kirkholm og Joakim K. Henriksen. Tilbakemeldinger fra deltakere viser at dette er noe elevene har glede og nytte av, og flere elever beskriver at dette er det første stedet hvor de opplever mestring i skolesammenheng.

Skoleledelsen viser til egne statistikker som viser at 28 færre elever sluttet i skoleåret 2013/2014 sammenliknet med skoleåret 2010/2011. Dette utgjør en reduksjon på over fire prosent. (Se tabell.)

Skårer høyt

Utdanningsdirektoratets «elevundersøkelse» viser at Borgund videregående skole skårer høyere på tilfredshet med skolehelsetjenesten sammenliknet med både det samlede nasjonale resultatet og resultatet for Møre og Romsdal fylke.

Helsesøster ved skolen har utført en enkel anonym spørreundersøkelse som viser at elevene opplever at det er enkelt å komme i kontakt med helsesøster nå som helsesøster er til stede hver dag. Flere av elevene har oppsøkt helsesøster fire ganger eller mer. I eksempler på hva elevene tenker helsesøster kan hjelpe med i skolehverdagen, svarer de moti-

vasjon, være i bedre humør og klare seg gjennom skoledagen, seksualitet, følelser og trivsel og utfordringer med skolen. På spørsmål om hvor elevene ville ha oppsøkt hjelp dersom de ikke hadde fått tak i helsesøster, svarer noen av elevene at de ikke ville oppsøkt andre.

Mye brukt

Helsesøstertjenesten ved Borgund VGS er svært mye brukt. Både skole og helsesøster erfarer at jo mer tilgjengelig tilbudet er, jo mer blir det tatt i bruk. Siden skolen økte helsesøsterressursene og satte i gang refleksjonsgruppen «Sjef i eget liv» i 2012, har frafallsstatistikken gått ned og flere elever får hjelp. Det kan tenkes at det gode tverrfaglige tilbudet er en medvirkende årsak til dette. ■

Referanser:

1. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/1131579/264661/Normtall>
2. Eifred Markussen og Idunn Seland
3. Å redusere bortvalg – bare skolens ansvar? En undersøkelse av bortvalg ved de videregående skolene i Akershus fylkeskommune skoleåret 2010–2011. Rapport 6–2012
4. Utdanningsdirektoratet elevundersøkelse 2014/2015

TABLETTER, filmrasjerte: 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).

Indikasjon: Antikonsepsjon. **Dosering:** Tablett 1-21 er aktive tabletter, mens tablett 22-28 er inaktive tabletter. Tabletterne må tas i den rekkefølgen som er angitt på brettet. 1 tablett tas daglig i 21 påfølgende dager, etterfulgt av 7 dager med inaktive tabletter. I perioden med inaktive tabletter inntreffer en bortfallsblødning som starter 2-3 dager etter siste aktive tablett, og vil kunne være intill neste brett påbegynnes. Oppstart: Ingen tidligere hormonell antikonsepsjonsbruk (i løpet av siste måned). Første tablett tas på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er mulig å starte på dag 2-7, men da anbefales tilleggsprevensjon (f.eks. kondom og sårdrepende middel) de 7 første dagene. Skifte fra et annet kombinasjonspreparat: Bruk av Loette 28 skal helst starte dagen etter siste aktive tablett i den foregående pakningen med kombinasjonspreparat, og ikke senere enn dagen etter den vanlige tablettperioden eller perioden med inaktive tabletter. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogeninjeksjon/implantat, spiral): En kan når som helst skifte fra en minipille og begynne med Loette 28 neste dag. Bruk av Loette 28 bør starte dagen etter fjerning av implantat eller spiral, og ved bruk av injeksjon, dagen da neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjoner anbefales bruk av tilleggsprevensjon de 7 første dagene. Etter abort i 1. trimester: Medisineringen kan starte umiddelbart. Tilleggsprevensjon er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med økt risiko for tromboemboli, og p-pillar skal ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel hos ikke-ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samleie har funnet sted, må tabletten utelukkes før start med kombinasjonspreparat, eller en må vente på første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når aktive tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsvedlegg. Utsettelse menstruasjon: Fortsett med neste brett uten å ta de inaktive tabletterne. Forsiknelsen kan forelenges som ønsket, helt til slutten av det andre brettet. Gjennombrudds- eller sportblødninger kan oppstå. Vanlig dosering

gjennomtas etter den normale 7-dagers perioden med inaktive tabletter. Barn og eldre: Bruk for første menstruasjonsblødning eller postmenopausal er ikke indisert. Administrering: Tabletten inntas hver dag til omtrent samme tid, og sammen med noe å drikke. **Kontraindikasjoner:** Eksisterende eller tidligere venetrombose (dyp venetrombose, lungemboli), arterietrombose (f.eks. myokardinfarkt), promittantallergier eller prodrom på trombose (f.eks. angina pectoris, forgjørende transitorisk iskæmi anfall) eller cerebrovaskulær hendelse. Kardiovaskulære lidelser, tromboembolisme (eksisterende eller tidligere), tromboeng valvulopater, tromboeng rytmeforstyrrelser, arvelig eller ervervet trombofili. 1 alvorlig eller flere risikofaktorer for venøs eller arteriell trombose kan også utgjøre en kontraindikasjon (se Forsiktighetsregler). Migræne med fokale nevrologiske symptomer i anamnesen, diabetes mellitus med vaskulære forandringer, eksisterende eller tidligere alvorlig hepatisk sykdom så lenge leverfunksjonsverdiene ikke er normalisert, eksisterende eller tidligere levervaskulær (benign eller malign), kjente eller mistenkte maligniteter som påvirkes av kjønnshormoner (f.eks. i genitalier eller bryster), kolestatiske gulsott under graviditet eller gulsott ved tidligere bruk av kombinasjons-p-pillar, udiagnostiserte vagnblødninger, ukontrollert hypertensjon, pankreatitt forbundet med alvorlig hypertriglyseridemi (inkluderende eller tidligere), kjent eller mistenkt graviditet, overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Dersom noen av disse tilstandene oppstår for første gang under behandlingen skal den avsluttes omgående. **Forsiktighetsregler:** Før behandling initieres eller gjennomtas skal det tas opp fullstendig anamnese inkl. familieanamnese, blodtrykksmåling og legedokumentasjon (se Kontraindikasjoner og advarsler. Graviditet må utelukkes. Ved normale vagnblødninger skal kraft utelukkes. Kvinne fra familier med økt forekomst av brystkreft, eller som har benigne brystkirtler, må følges opp spesielt nøye. Dersom noen av forholdene/risikofaktorene nevnt nedenfor er til stede, bør fordelene ved bruk veies opp mot mulig risiko. Dersom noen av forholdene/risikofaktorene forverres eller opptrer for første gang ved bruk av p-pille, bør seponering vurderes. Sirkulatoriske sykdommer: Kombinasjons-p-pillar gir økt risiko for venøs og arteriell trombose og tromboemboliske hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskem, blodingslag, transitorisk iskæmi anfall). En østrogen-/progesteronkombinasjon som inneholder minst mulig østrogen og progesterogen, men som likevel er effektivt i å forhindre graviditet, bør velges. Kombinasjons-p-pillar gir økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE) og risikoen er størst i 1. behandlingsår. Forekomsten av VTE ved bruk av p-piller med lav østrogeninnhold (<50 µg etinyløstradiol) varierer med ca. 20-40 tilfeller pr. 100 000 kvinner, avhengig av prostagestantypen, sammenlignet med 15-20 tilfeller pr. 100 000 kvinner hos ikke-brukere og 60 tilfeller pr. 100 000 svangerskap. VTE er dødelig i 1-2% av tilfellene. For kombinasjons-p-pillar med levonorgestrel og <50 µg etinyløstradiol er hyppigheten av venøse trombotiske og tromboemboliske hendelser omtrent 20 tilfeller pr. 100 000 kvinner. Den samlede absolute risikoen (innsensien) av VTE for levonorgestrel-inneholdende p-pillar med 30 µg etinyløstradiol er omtrent 20 tilfeller pr. 100 000 kvinner. Tromber i andre blodårer, f.eks. i hepatiske, mesenteriske, renale, retinale vener eller arterier, er rapportert svært sjeldne. Ved tegn på emboli under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Risikofaktorer for venøse tromboemboliske komplikasjoner: Økt alder, økt kroppsmasseindeks (BMI >30 kg/m²), risikofaktorer for arterielle tromboemboliske komplikasjoner eller cerebrovaskulær skade: Økt alder, ryking (ytterligere økt risiko ved støyrryking og økende alder, spesielt ved ≥15 sigaretter/dag og hos kvinner >35 år), dyslipoproteinemi, hypertensjon, migræne, valvulær hjertesykdom, atrieflimmer. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med karkomplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus (SLE), hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarm sykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og sigmoidellamm. Kvinne med migræne (spesielt migræne med aura) som bruker kombinasjons-p-pillar kan ha økt risiko for slag. Økt hyppighet og alvorlighetsgrad av migræne kan være grunn til umiddelbar seponering. Ved tilbakevendende eller vedvarende eller alvorlig hodeme med ånn forlop skal p-pillar seponeres og årsaken vurderes. Biokjemiske faktorer som kan indikere predisposisjon for venøs eller arteriell trombose (arvelig eller ervervet) inkl. aktivert protein C (APC)-resistens, hyperhomocysteinemi, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulant). Sigarettrykking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger. Tumor-er. Langtidsbruk av kombinasjons-p-pillar øker risiko for livmorkarsinomer. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert i tilfeller av udiagnostisert normal endometriell blødning. Noe økt relativt risiko (RR = 1,24) for brystkreft. Risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Godartede levertumorer er sjeldne, og enda sjeldnere ondartede levertumorer. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til invastreringe intraabdominale blødninger. En lever tumor må vurderes som differensialdiagnose ved sterke smerter i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning. Ved mistanke skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Lipidforstyrrelser: Kvinne som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Hypertriglyseridemi, eller familiær historie for dette, kan gi økt risiko for pankreatitt. Hypertensjon: Ved hypertensjon eller tidligere hypertensjon/hypertensjonsrelaterte lidelser (inkl. visse nyrelidelser) bør annen prevensjonsmetode velges. Behandlingen bør avbrytes umiddelbart ved klinisk relevant blodtrykkssenkning (forekommer sjeldne). Hvis konstant økt blodtrykk eller en klinisk signifikant blodtrykkssenkning ikke responderer adekvat på blodtrykkssenkende behandling, må kombinasjons-p-pillar seponeres. Det er vurderes som egnet, kan bruk av kombinasjons-p-pillar gjennomtas hvis normotensive verdier kan oppnås med hypertensjonsbehandling. Leverfunksjon: Ved akutt eller kronisk forstørrelse av leverfunksjon kan det vurderes å avbryte behandlingen inntil leverfunksjonsverdiene er normalisert. Steroidhormoner metaboliseres dårlig hos pasienter med svekket leverfunksjon. Ved tilfellefall av kolestatiske gulsott eller kolestase-relatert pruritt som tidligere har forekommet under graviditet eller ved tidligere bruk av kjønnshormoner, må kombinasjons-p-pillar seponeres. Effekter på karbohydratmetabolisme: Glukoseintoleranse er rapportert. Kvinne med diabetes eller nedsatt glukoseintoleranse skal følges nøye. Andre tilstander: Følgende tilstander kan forekomme eller forverres: Gulsott og/eller pruritt relatert til kolestase, gallesteiner, forny, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis, otokolesterol-relatert hørselstap. Eksogene østrogen kan induisere eller forverre symptomene på angiodem hos kvinner med arvelig angiodem. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt er rapportert. Pasienter som blir klart deprimert når de tar p-pillar, kan for å forsøke å kartlegge om symptomene er relatert til medikamentet, seponere preparatet og benytte en annen prevensjonsmetode midlertidig. Ved tidligere depresjon kreves nøye observasjon, og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Kiosame kan forekomme, særlig ved tidligere chloasma graviditært. Ved kvisemellemten bør sollys og ultrafiolett stråling unngås. Tilfeller av retinal vaskulær trombose er rapportert. P-pillar må seponeres dersom det forekommer uforklarlig delvis eller fullstendig synsforsvinner, propiose eller dobbeltsyn, papilloedem, eller skader i retina-vaskulaturen. Inneholder laktose, og dette bør tas hensyn til ved sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktase-mangel, galaktosemalabsorpsjon, og hos pasienter med et laktosefritt kosthold. Kvinne bør in-

formeres om at p-pillar ikke beskytter mot hiv-infeksjoner (aids) og andre seksuelt overførbare sykdommer. Redusert sykdomskontroll: Uregelmessige blødninger kan forekomme, spesielt de første behandlingsmånedene. Dersom disse vedvarer etter en tilvenningsperiode på ca. 3 sykklus, eller inntreffer eller tidligere regelmessige sykklus, bør ikke-hormonelle årsaker vurderes, og maligniteter eller graviditet utelukkes. Enkelte får ikke borte fallblødning i løpet av det tablettfrie intervall. Dersom p-pillen ikke er inntatt iht. retningsskjema i forkant av en ubledd blødning, eller dersom 2 bortfallsblødninger er ubledd, må graviditet utelukkes før bruk kan fortsette. Noen kan oppleve post-pille amenoré (muligens med anovulasjon) eller oligomenoré, spesielt dersom de har hatt slike tilstander tidligere. Kvinne med slike problemer på forhånd, bør informeres om denne muligheten. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se G03A07. Interaksjoner med andre legemidler kan gi gjennombruddsblødninger eller redusert effekt. Ved bruk av legemidler som kan gi redusert effekt, bør en barriere-metode eller annen prevensjonsmetode midlertidig brukes i tillegg. Bruk av ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substansen som kan gi redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved bruk av leverenzyminduserende midler, som barriere-metode brukes hele tiden ved samtidig behandling, og i 28 dager etter seponering. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-pillar anvendes som primær prevensjon. En barriere-metode bør brukes under behandling med antibiotika og i inntil 7 dager etter avsluttet behandling (for rifampicin og griseofulvin følges ovennevnte anbefalinger for leverenzyminduserende legemidler). Dersom behandling direkte fortsetter etter at de aktive tabletterne er brukt, skal de inaktive tabletterne kasseres og man starter direkte på neste brett. Levermetabolisme: Interaksjoner kan forekomme med legemidler som induiserer mikrosomal leverenzym (f.eks. fenytoin, barbiturater, primidon, karbamazepin, rifampicin, rifabutin og muligens okskarbazepin, topiramid, felbamad, griseofulvin og naturlegemidler med johannesurt (*Hypericum perforatum*)), og kan føre til økt clearance av kjønnshormoner. Johannesurt kan induisere enzymer som teoretisk kan redusere effekten av p-pillene, og gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk. Ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk. Hiv-proteasehemmere (f.eks. ritonavir), ikke-nukleotid revers transkriptasehemmere (f.eks. nevirapin) og kombinasjoner av dem, kan potensielt øke hepatisk metabolisme. Atrovastatin kan øke serumkolesterolnivået av etinyløstradiol. Legemidler som opptrer som kompetitive inhibitorer for sulfonering i GI-veggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol, f.eks. askorbinsyre (C-vitamin) og paracetamol. Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer (f.eks. indinavir, flukonazol og troleandomycin) kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Enteropatiske sirkulasjon: Enteropatiske sirkulasjon av østrogen kan avta når visse antibiotika (f.eks. penicilliner, tetrasykliner) gis samtidig, noe som kan redusere serumkonstrasjonen av etinyløstradiol. Troleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved samtidig bruk av kombinasjons-p-pillar. Påvirkning av metabolismen av andre medikamenter: Kombinasjons-p-pillar kan påvirke metabolismen av visse andre legemidler ved å inhibere hepatiske enzymer eller induisere hepatisk medikament-konjugering, spesielt glukuronidering. Økt plasmakonsentrasjon av ciklosporin er rapportert ved samtidig bruk av p-pillar. Kombinasjons-p-pillar har vist seg å induisere metabolismen av ketoconazol, som har ført til subterapeutiske plasmakonsentrasjoner av lamotrinol. Interaksjoner med absorpsjon: Diaré kan øke tarmmotiliteten og dermed redusere hormonabsorpsjonen, mens legemidler som reduserer tarmmotiliteten kan redusere hormonabsorpsjonen i blodet. Kombinasjons-p-pillar kan øke risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med funarizin. Forskrivningsinformasjonen for legemidler som brukes samtidig skal konsulteres for å identifisere mulige interaksjoner. **Graviditet/Amning:** Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Må ikke brukes under graviditet. Dersom graviditet inntreffer skal behandlingen avsluttes umiddelbart. Epidemiologiske studier har ikke vist økt risiko for fødselsdefekter hos barn født av kvinner som bruker kombinasjons-p-pillar før graviditeten, eller teratogen effekt ved utilsiktet inntak tidlig i graviditeten. Overgang i morsmelk: Kombinasjons-p-pillar kan redusere mengden av og andre sammensetningene på melken. Bruk anbefales vanligvis ikke før kvinnen har sluttet å amme. Små mengder med antikonsepsjonsstoffer og/eller andre reaktive stoffer kan utskilles i melken og påvirke barnet. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10): Kjønnsganer/bryst: Gjennombruddsblødning/sportblødning. Nevrologiske: Hodeme, inkl. migræne. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: kvalme, magesmerter. Hud: Akne. Infeksjoner: Vaginit, inkl. candidiasis. Kjønnsganer/bryst: Byrstsmerter, ømme bryster, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervix-ektopsi og sekresjon, amenoré. Nevrologiske: Angst, svimmelhet. Psykiske: Stemningsforandringer inkl. depresjon. Undersøkelser: Vektforandringer (økning eller reduksjon). Øvrigt: Værskeretsjon, ødeme. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré, magekramper, oppblåst mage, oppkast. Hud: Utslett, kiosame (melasma), som kan være vedvarende, hirsutisme, hårtap, utricaria, kløe. Kjønnsganer/bryst: Forstørrede bryste. Psykiske: Redusert libido. Stoffskifte/emåring: Endret appetitt (økning eller reduksjon). Undersøkelser: Blodtrykkssenkning, forandring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme. Immunsystem: Overfølsomhetsreaksjoner, analytiske/analytiske reaksjoner inkl. svarte linjer i urinalyse og utricaria. Angiodem og alvorlige reaksjoner med allergiske og sirkulatoriske symptomer. Kjønnsganer/bryst: Vaginal sekresjon, sekresjon fra brystene. Lever/galle: Kolestatiske gulsott. Psykiske: Økt libido. Stoffskifte/emåring: Glukoseintoleranse. Undersøkelser: Reduksjon i serumvæver av folat (kan være klinisk signifikant dersom kvinnen blir gravid etter seponering av p-pillar). Øye: Intoleranse for kontaktlinser. Svært sjeldne (<1/10 000, ukjent): Gastrointestinale: Pankreatitt, inflammatorisk tarm sykdom (Crohns sykdom, ulcerøs kolitt), iskæmiisk kolitt. Hjerte/kar: Forverring av karskive vev. Immunsystem: Forverring av systemisk lupus erythematosus. Lever/galle: Sykdom i galleblæren, inkl. gallestein (kan forverre eksisterende galleblærelidelser og kan fremskynde utviklingen av galleblærelidelser hos symptomfrie kvinner), leveradenomer, hepatocellulær skade (f.eks. hepatitt, unormal leverfunksjon). Nevrologiske: Forverring av chorea. Nyre/urinveier: Hemolytisk uremisk syndrom. Stoffskifte/emåring: Forverring av porfyri. Svulster/cyster: Hepatocellulære karsinomer. Øye: Optikusnevitt, som kan føre til delvis eller fullstendig synstap, retinal vaskulær trombose. Alvorlige bivirkninger sett for kombinasjons-p-pillar: Venøs og arteriell tromboembolisk sykdom, hypertensjon, herpes gestationis, Sydenhams chorea. Frekvensen av diagnostiske brystkrefttilfeller er lettere økt blant p-pille-brukere. Økningen i antall er liten i forhold til den totale risikoen for å få brystkreft. Årsakssammenheng med bruk av kombinasjons-p-pillar er ukjent. **Overdosering/Brytning:** Det er ikke rapportert om alvorlige skadelige effekter av overdose. Symptomer: kvalme, oppkast, brystsmerte, svimmelhet, buksmerter, tretthet/uttømmelse. Små vagnblødninger hos unge jenter. Blødning ved seponering kan forekomme. Behandling: Intill spesifikt antall. Symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A. **Egenskaper:** Klassifisering: Antikonsepsjon. P-pille av kombinasjonstypen. Virkningsmekanisme: Hemmer effekten av gonadotropiner. Hovedmekanismen for denne effekten er inhibisjon av ovulasjonen, men andre endringer som inntreffer omfatter endringer i cervix-slimhinnen (hemmer spermienes evne til å nå inn til livmoren) og endringer i endometriet (redukerer sannsynligheten for implantasjon). Levonorgestrel/etinyløstradiol har vist å kunne redusere mengden av sirkulerende androgener og fritt testosteron (22% reduksjon fra baseline), ved å øke mengden av «sex hormone binding globulin» (SHBG; 148% Det er vist 35% reduksjon av det totale antall akne-lesjoner i ansiktet ved bruk av lavdose p-pillar (100 µg levonorgestrel/20 µg etinyløstradiol). Absorpsjon: Levonorgestrel blir raskt og fullstendig absorbert. Biotilgjengelighet ca. 100%. Etinyløstradiol blir raskt og nesten fullstendig absorbert fra mage-tarmkanalen, men ga. 1. absorption i tarm og lever, er biotilgjengeligheten 38-48%. Proteinbinding: Levonorgestrel er i serum primært bundet til SHBG. Etinyløstradiol er i plasma 97% bundet til albumin. Etinyløstradiol bindes ikke til SHBG, men induiserer SHBG-syntese. Halveringstid: Levonorgestrel: Ved steady state ca. 36:13 timer. Etinyløstradiol: ca. 18:4,7 timer. Metabolisme: Levonorgestrel: Den viktigste metabolismeveien går via reduksjon, fulgt av konjugasjon. De fleste metabolittene som sirkulerer i blod er sulfater av 3α,5β-tetrahydrolevonorgestrel, mens seks forresten foregår i form av glukuronider. Noe uforandret levonorgestrel sirkulerer også som 17β-sulfat. Etinyløstradiol: 2-hydroksylering via CYP 3A4 i lever er den viktigste oksidative metabolske reaksjonen. 2-hydroksymetabolitten blir videre omdannet ved metylering og glukuronidering, før den utskilles. Utskilt i feces. Levonorgestrel og dets metabolitter blir primært utskilt i urin (40-68%), og ca. 16-48% blir utskilt i feces. Etinyløstradiol: Ca. 40% utskilles via urin, og ca. 60% blir utskilt i feces. Andre opplysninger: Laboratorieundersøkelser: Bruk av antikonsepsjonsstoffer kan påvirke resultatet av visse laboratorieundersøkelser, inkl. biokjemiske parametre for leverfunksjon, skjoldkirtelfunksjon, binyre- og nyrefunksjon, plasmavæver for transport/proteiner, f.eks. kortikosteroidbindende globulin og lipiddilipoprotein-fraksjoner og parametre for karbohydratmetabolisme, koagulasjon og fibrinolyse. Endringerne ligger vanligvis innenfor normalområdet. **Pris og pakninger:** Loette 28, TABLETTER, filmrasjerte 3 x 28 stk. (kvalenderpakning). Kr. 211,90 (trimpris 112,30).

Sist endret: 12.06.2012



Loette har fått ny pris

For jenter 16-20 år koster Loette nå **kr. 1,30*** for 3 mnd. bruk.

* Kvinner kan fra og med måneden etter fylte 16 år og til og med måneden før fylte 20 år få dekket utgifter til prevensjonsmidler etter bidragssats vedtatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Bidragssatsen for p-piller er 111 kroner for tre måneders forbruk. Prisen på Loette 28 er 112,30 kroner for tre måneders forbruk. Kvinner som bruker prevensjonsmidler som er dyrere enn bidragssatsen må betale mellomlegget selv, og mellomlegget for Loette blir 1,30 kroner for 3 måneders forbruk.

Tryggere bruk av p-piller

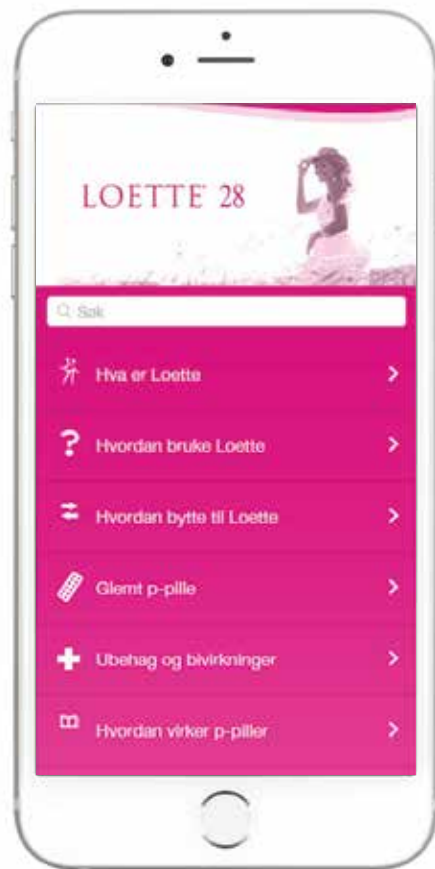
Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon.

Grundig vurdering av alle som skal begynne med p-piller, informasjon om bivirkninger og risikofaktorer, samt rask oppfølging ved mistanke om blodpropp er viktig.

Ref.: Statens legemiddelverk

Nyttig informasjon om
Loette på din mobil

Last ned!



Send **LOETTE** til **2242**

LOETTE®
LIVNORREGATELLETTEHUSKALGA

Trygghetssirkelen

– aldri for sent å bli bedre foreldre

Trygghetssirkelen er en modell for å analysere og tolke barns atferd, følelser og behov. Modellen kan gi foreldre en bedre forståelse av det de ser hos barnet sitt, slik at de kan møte barnet på en god måte.

Av **Marita Jacobsen**,
ledende helsesøster Fræna
helsestasjon

Elin Ukkelberg, helsesøster
Fræna helsestasjon

Det ligger i genene våre at vi ønsker å føle trygghet. Det viktigste foreldre kan gjøre for barnet sitt, er å oppføre seg på en slik måte at barnet føler seg trygt. Først når barnet føler seg trygt, kan det utforske og leke. Vi tenker at alle foreldre ønsker å gi barna sine denne tryggheten. Likevel opplever de fleste at det å være foreldre byr på mange utfordringer. Forskning tyder på at trygg tilknytning er en beskyttelsesfaktor og assosieres med høy sosial kompetanse og god psykisk helse. Barn med trygg tilknytning utvikler langt oftere et positivt selvbilde og god forståelse av egen og andres atferd enn utrygge barn.

Trygghetssirkelen

Trygghetssirkelen (Circle of Security Parenting) er en metode for å lære foreldre å bedre forstå barnets behov og de signaler om kontakt og trygghet barnet sender til foreldrene. Metoden er utviklet av Kent Hoffman, Glen Cooper og Bert Powell og er basert på omfattende forskning innen tilknytningssystemet. Det viser seg at barn helt automatisk søker trygghet i sine foreldre samtidig som de har en naturlig trang til å utforske omgivelsene. Målet med kurset (COS-P) er at foreldrene får en forståelse for barnets ulike behov i forbindelse med utforskningssystemet og tilknytningssystemet, samt hvordan deres egen tilgjengelighet påvirker hvordan barnet uttrykker behovene sine. Her i Norge er metoden blant annet tatt i bruk ved flere helsestasjoner, barneverntjenester og BUP. For å få holde kurs i COS-P må du gjennom et fire dagers kurs som gir sertifisering. Påmelding gjøres gjennom COS international, mens

kurset gjennomføres av Brandtzæg og Torsteinson.

Trygghetssirkelen illustreres som en oval sirkel med to hender i den ene enden. Hendene representerer den tryggheten foreldrene skal være for barna sine gjennom å være større, sterkere, klokere og god. Hendene utgjør den trygge basen som barn trenger for å gå ut og oppdage verden. Barnets utforskningssystem er representert på toppen av sirkelen, mens barnets tilknytningssystem er representert på bunnen av sirkelen. Her er foreldrenes hender den trygge havnen barnet kommer inn i når de trenger påfyll i «følelseskoppen» sin. Når koppen er fylt opp, er de klare til å våge seg opp på sirkelen og ta en ny runde.

Ved å lære seg hvor barnet befinner seg på trygghetssirkelen, kan man som foreldre gi barnet den tryggheten og støtten som det har behov for.

Kurs for foreldre

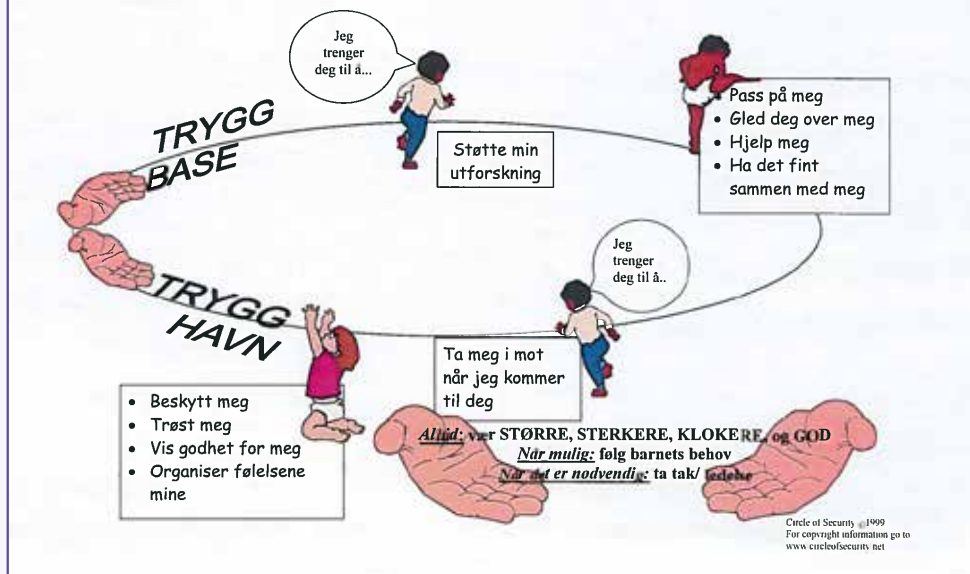
Kurset baserer seg på et ferdigutviklet DVD-materiell, fordelt på åtte kapitler og legger kort fortalt vekt på:

- Hvordan observere, tolke og møte barnets behov
- Hvordan hjelpe barnet til å regulere egne følelser
- Hvordan håndtere situasjoner hvor barnet oppfører seg utfordrende
- Hvordan takle egen frustrasjon i møte med barnet

I hverdagens mas og tidspress blir ofte barnets behov vanskelig å se. Kurset skal hjelpe foreldrene til å bli klar over hva de bør bli oppmerksomme på

CIRCLE OF SECURITY®

FORELDRE SOM IVARETAR BARNES BEHOV



TRYGGHETSSIRKEL: Trygghetssirkelen illustreres som en oval sirkel med to hender i den ene enden. Hendene representerer den tryggheten foreldrene skal være for barna sine gjennom å være større, sterkere, klokere og god.

og få foreldre til å se verdien av gode øyeblikk. Et sentralt mål i COS- P er å se barnet innenfra og seg selv utenfra. Noen ganger ønsker barna at foreldrene følger med på dem, har det gøy sammen med dem, passer på at det er trygt rundt dem og fryder seg med dem. Andre ganger trenger de at foreldrene tar ledelsen og hjelper dem med å regulere følelser, gi dem trøst og beskytte dem. Det kan være vanskelig å forstå hvilke behov barn uttrykker gjennom sin atferd. Gjennom hele kurset over foreldrene på å anvende sirkelen gjennom å se korte filmsekvenser av foreldre-barn-dyader for deretter å reflektere og tolke hvilke signaler barnet gir og hvor barnet befinner seg på sirkelen.

«Jeg ante ikke at det var så mye som foregikk mellom barnet mitt og meg.»

«Jeg har fått øynene mer opp for at barnet mitt er sin egen lille person med sine egne små behov.»

«Sirkelen lærte meg å se og oppdage behovene til barnet mitt, sånn at øverst gikk hun ut for å utforske og de vil at du skal vise at du liker utforskningen deres og så pleier de å komme tilbake. Det var jeg ikke klar over.» Dette er sitat fra foreldre på kursets DVD.

Lærer om seg selv

Et kjernemål er at foreldre skal oppdage at deres egne erfaringer med nære omsorgspersoner kan påvirke hvordan de responderer overfor sine egne barn. Erfaringene fra egen barndom kan føre til at foreldre feiltolker barnets signaler og behov, noe som igjen kan lede til uheldige responser. Sentralt står begrepet «hai-musikk», hvor foreldrene får se to

videoklipp av samme kystlinje. Videoklippet demonstrerer hvordan ulik musikk sammen med videobilde gir ulike opplevelser av spenningsnivå og fare. Foreldrene vil kunne få en forståelse av egen «indre musikk», det vil si hvordan egne erfaringer med nære omsorgspersoner kan påvirke deres forståelse og væremåte med barna sine. Målet er at foreldrene i stressende eller konfliktfylte situasjoner skal kunne ta et steg tilbake fra sin egen følelsesmessige opplevelse og reflektere rundt barnets følelser eller behov.

«Først når barnet føler seg trygt, kan det utforske og leke.»

Foreldrene vil kunne endre innstilling til barnet fra at barnet er krevende til at det har et behov.

Foreldrene får også reflektere over egne styrker og svakheter i deres rolle som «større, sterkere, klokere og god». Barnet behøver at foreldrene er større og sterkere slik at de kan føle seg trygge i visshet om at noen har vilje og evne til å beskytte dem. Noen foreldre vil innse at det å være slem (større/sterkere uten god) mot barnet sitt vil gi dem problemer. Andre tror at hvis barnet ikke frykter dem, så vil det ikke adlyde. Mange foreldre har ikke tenkt over at det å være en svak forelder oppleves som skremmende for barnet (overdrevent hensynstagende uten større/sterkere).

God nok

Når foreldre lærer seg trygghetssirkelen kan de føle skyld for ting de har eller ikke har gjort og/



SE BARNET: Foreldre må kunne se sitt barn innenfra og seg selv utenfra. Noen ganger ønsker barnet at foreldrene tar ledelsen og hjelper dem med å regulere følelser. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

eller kjenne et press på seg for å bli perfekte foreldre. Gjennom hele kursets forløp ønsker vi at omsorgsgiverne skal føle seg «gode nok» i forhold til det de har gjort, det de gjør og hvem de

er. Læringsprosessen stagnerer når omsorgspersonen henger seg opp i en følelse av at de er «dårlige». Dette innebærer at det er rom for feil i omsorgsgivningen. Vissheten om at det aldri er for seint, gir foreldrene håp og hjelper dem til å fokusere på mulighetene til å forsøke nye måter å opptre på i spill med barna deres. Og noe av det viktigste foreldrene tar med hjem til barnet sitt er; «Barnet mitt behøver bare at jeg er god nok».

I Fræna kommune har vi ikke noen lang erfaring med COS-P. Kommunen har cirka 10 000 innbyggere og tre helsesøstre har tatt sertifisering i COS-P i løpet av 2014 og 2015. Vi har virkelig troen på trykghets-sirkelen. Vi er i startfasen, men har veldig lyst å få dette til å bli et etablert tilbud.

Erfaringer

Til nå har vi følgende erfaring med COS-P:

- Alle førstegangsførelde får COS-P (et halvt kurs) som en del av foreldreforbereende kurs. Vi har til nå hatt fire grupper der fem til seks foreldrepar har deltatt på hvert kurs. Dette gjennomføres av to helsesøstre.

- Vi har kurset helsesøstre og fysioterapeuter ved helsestasjonen i COS-P. Trykghets-sirkelen skal være kjent for alle som jobber ved helsestasjonen.

- Ved oppstart av barselgrupper introduserer vi

«Vissheten om at det aldri er for seint, gir foreldrene håp.»

trykghets-sirkelen og viser noen filmsekvenser av foreldre-barn-dyader.

- Både hos dem som har hatt COS-P på foreldreforbereende kurs og de som bare har fått en mindre introduksjon i barselgruppe, spør vi om de ser trykghets-sirkelen i spillet med egne barn når de kommer til konsultasjoner på helsestasjonen. Repetisjon og refleksjon er viktig. At foreldre prater til andre foreldre om trykghets-sirkelen øker interessen, motivasjonen og igjen rekrutteringen til nye kurs. Det er ønskelig at trykghets-sirkelen blir kjent av flest mulig.

Alle som skal bli foreldre, er foreldre eller jobber med barn har nytte av metoden. Foreldre behøver ikke å ha store utfordringer i hverdagen med barnet for å delta på kurset.

- Tidligere i høst planla vi COS P-kurs over åtte kurskvelder for foreldre til sped- og småbarn ved helsestasjonen. Vi oppfordret begge foreldrene til å delta, men ser at dette er vanskelig rent praktisk. Det er ikke mulighet til å ta med barna på kurset. Da det nærmet seg oppstart, trakk flere av deltakerne seg og vi måtte avlyse kurset. Flere var interesserte helt til de så at kurset gikk over åtte ganger.

Disse erfaringene har vi nå evaluert og vi har endret tidspunkt, antall kursdager og planlagt ny metode for hvordan vi aktivt skal rekruttere foreldre til kurs:

- Planen fremover er å gi tilbud om både endagskurs og et kveldskurs over fire ganger. Det er mange hensyn å ta rundt planleggingen. På dagtid er de fleste barna i barnehagen eller på SFO, men da kan det være vanskelig å få fri fra arbeidsgiver til å delta. På kvelden må foreldrene selv skaffe barnevakt en fast kveld over flere uker. Vi håper at både foreldre og besteforeldre og andre ser verdien i dette og finner løsninger som gjør at de kan delta.

- Barnehagestyrere har tatt kontakt og ønsker oss inn på foreldremøte. Foreldremøtene vil bli brukt til rekruttering av kursdeltakere. Vi vil gi informasjon om kurset samt en kort innføring i trykghets-sirkelen. Påmeldingslister vil bli liggende i barnehagen i etterkant. Informasjon om trykghets-sirkelen vil også være nyttig kunnskap for de ansatte i barnehagene.

- Fortsette med kort innføring av trykghets-sirkelen på første treff i barselgruppe ved helsestasjonen.

Vi planlegger å samarbeide med barnevernet om gjennomføringen av COS-P kursene ved helsestasjonen som skal gå over fire ganger. Den ene kursholderen er helsesøster, den andre fra barneverntjenesten. Vi håper at vi lykkes med å få mange interesserte foreldrepar.

Vi ved Fræna helsestasjon har svært stor tro på at COS-P-kurs er et godt grunnleggende omsorgskurs for alle som har barn eller arbeider med barn. Barnet tillegges gode intensjoner og blir trygg på at noen alltid vil være der for det. Foreldrene blir bevisstgjort, får en bedre forståelse av det de ser hos barnet sitt og vil lettere møte barnet på en god måte. Alle foreldre ønsker å gjøre det beste for barnet sitt og ønsker rolige og trygge barn som klarer seg godt i livet. At det aldri er for seint å bli bedre foreldre, er godt å tenke på for alle. ■



Sex har ikke
forandret seg

men nødprevensjon har



ellaOne® er en nødprevensjon som skal tas innen 120 timer (5 dager) etter ubeskyttet samleie eller prevensjonssvikt.

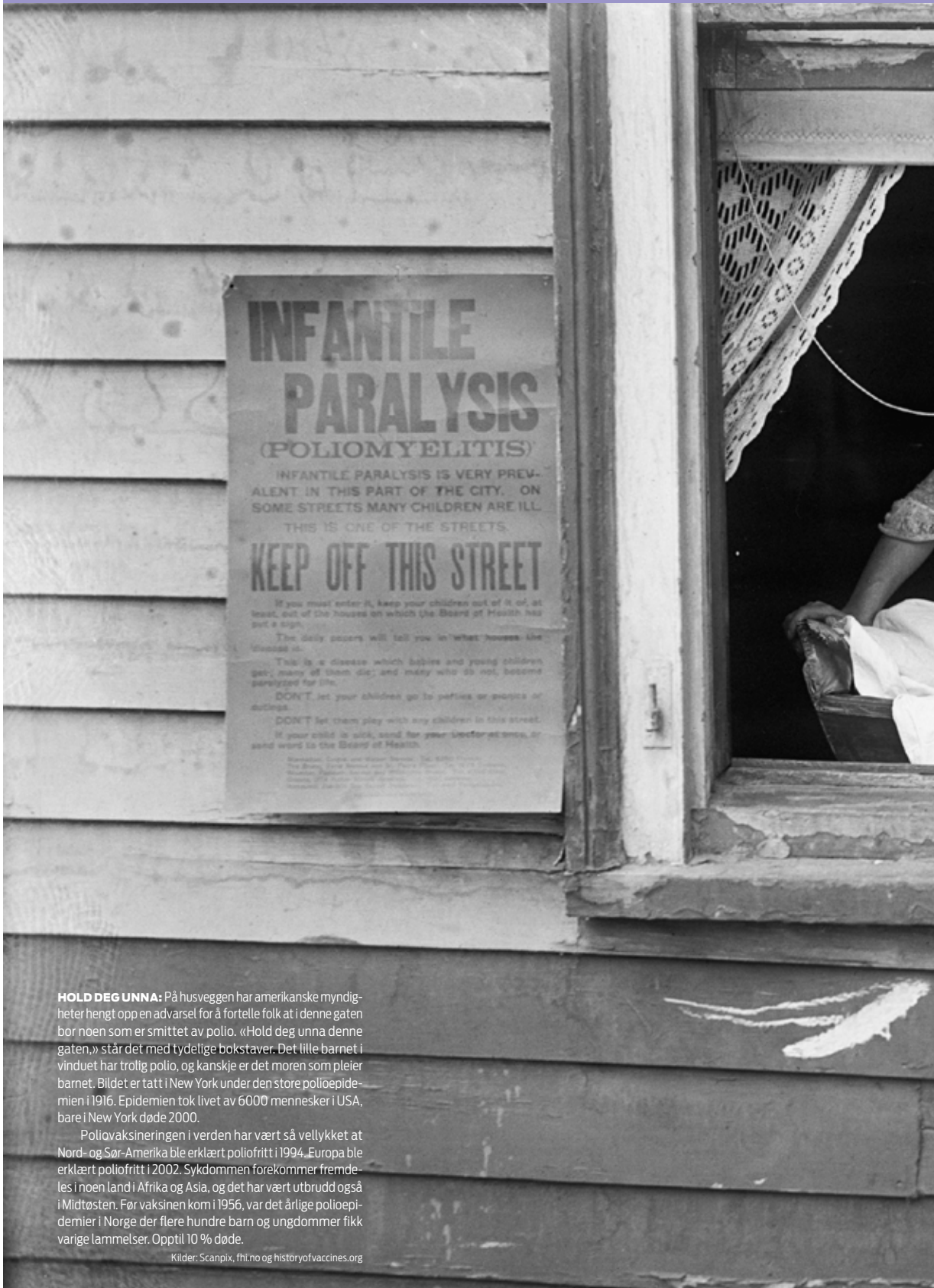
ellaOne er minst like effektiv som levonorgestrel tatt i løpet av de første 72 timene.¹

ellaOne er tre ganger mer effektiv enn levonorgestrel tatt de første 24 timene, noe som kan skyldes at ellaOne har effekt når risikoen for graviditet er størst.²

ellaOne[®]
(ulipristalacetat)
effektiv når det virkelig gjelder

1. ellaOne® SPC 01.2015
2. Glasier AF et al. The Lancet 2010; 375: 555-562.,
For mer informasjon se www.felleskatalogen.no

Tilgjengelig reseptfritt på alle landets apotek i løpet av mai 2015.



HOLD DEG UNNA: På husveggen har amerikanske myndigheter hengt opp en advarsel for å fortelle folk at i denne gaten bor noen som er smittet av polio. «Hold deg unna denne gaten,» står det med tydelige bokstaver. Det lille barnet i vinduet har trolig polio, og kanskje er det moren som pleier barnet. Bildet er tatt i New York under den store polioepidemien i 1916. Epidemien tok livet av 6000 mennesker i USA, bare i New York døde 2000.

Poliovaksineringen i verden har vært så vellykket at Nord- og Sør-Amerika ble erklært poliofritt i 1994. Europa ble erklært poliofritt i 2002. Sykdommen forekommer fremdeles i noen land i Afrika og Asia, og det har vært utbrudd også i Midtøsten. Før vaksinen kom i 1956, var det årlige polioepidemier i Norge der flere hundre barn og ungdommer fikk varige lammelser. Opptil 10 % døde.

Kilder: Scanpix, fhi.no og historyofvaccines.org



Nettstedet barnE-mat skal bidra til gode matvaner

Forskere ved Universitetet i Agder har utviklet et e-læringsprogram om spedbarns overgang til fast føde. Nå søkes tusen barnefamilier fra hele landet til utprøving.

Tekst **Christine Helle**, barne- og ungdomspsykiater og stipendiat ved Universitetet i Agder
Foto **Morten Rosenvinge**/Universitetet i Agder

Følgende sitatet er hentet fra den siste Folkehelsemeldingen regjeringen la frem i høst: «Ernæring og kosthold har avgjørende betydning for vekst og utvikling i fosterliv, spedbarnsalder og barne- og ungdomsårene. Det er særlig viktig å legge til rette for at barn og ungdom kan ha et variert og sunt kosthold, fordi kostvanene fra oppveksten legger grunnlaget for kostvaner senere i livet.»

Sitatet oppsummerer kjerneinnholdet i et nytt, pågående forskningsprosjekt ved Universitetet i Agder. Matvaner og smakspreferanser formes tidlig i livet, og kostholdet den enkelte utvikler har stor helsemessig betydning både på kort og lang sikt. Dersom målet er å fremme gode og sunne matvaner

etter planen skal starte opp i februar/mars 2016. På nettstedet barnE-mat vil foreldre hver måned fra barnet er seks måneder til det fyller ett år, finne korte filmer som tar opp viktige ernæringsrelaterte tema, og som viser hvordan en enkelt kan lage god barnemat selv. Måltidets sosiale betydning, atferd i måltidsituasjoner og betydningen av samspillet mellom barn og foreldre står sentralt. Universitetet i Agder har bidratt med ressurser innen filmjournalistikk, animasjon og grafisk design for å gjøre nettstedet så brukervennlig som mulig.

Forsker på barns kosthold

Vi vet etter hvert mye om hvordan barns tidlige erfaringer innen ulike områder påvirker senere utvikling og

ledes forskningsgruppen FEED av professor Nina Cecilie Øverby, som også er hovedveileder for barnE-mat studien. I denne forskningsgruppen er en spesielt opptatt av kostholdets helsemessige betydning for barn og unges utvikling fra fosterliv til ungdomsalder. Innen forskningsgruppen pågår flere ulike forskningsprosjekter, blant annet om smaksutvikling hos toåring, betydningen av mors kosthold i svangerskapet og effekten av felles skolemåltider.

– Mat og ernæring er kompleks og sammensatt, sier Øverby. Hun har forsket spesielt på barn og ernæring i 17 år. Som ernærings-epidemiolog er hun opptatt av barns og unges kosthold og spisemønstre, og endringene i disse over tid. De siste ti årene har den økte forekomsten av overvekt blant barn og unge vært bekymringsfull og vist seg vanskelig å møte på en god måte. Det å ha fokus på forebyggende tiltak blir stadig viktigere, også når det gjelder barn og unges kosthold.

En av dagens utfordringer er at vi spiser for ensidig, for energirik og for mye bearbeidet mat, mener Øverby.

– Dette gjelder både barn og voksne. Plastpakket og hermetisert mat er snart i overtall i butikkhyllene. Dette gir mye mindre smaksvariasjon enn det ferske matvarer kan by på. Barn under to år er en befolkningsgruppe som spiser spesi-

«Dagens foreldre søker informasjon på internett.»

i befolkningen, vil det derfor være en klok prioritering å begynne med de aller minste.

Nettsiden barnE-mat

Ved Institutt for folkehelse, idrett og ernæring utvikles et eget E-læringsprogram om spedbarnsernæring og spiseutvikling. Dette E-læringsprogrammet er en del av et forskningsprosjekt som

livsløp. Dette gjelder mental og kroppslig helse, atferd og læring - men også mat og ernæring. Litt enkelt kan en kanskje si at disse første erfaringene «staker ut» en kurs, og at med gode nok tidlige erfaringer er sannsynligheten større for at kursens retning skal bli god og utviklingsfremmende.

Ved Institutt for Folkehelse, Idrett og Ernæring ved Universitetet i Agder



SØKER TESTPERSONER: Foreldre fra hele landet skal teste ut nettstedet barnE-mat. De skal rekrutteres gjennom sosiale medier. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

elt høy andel av industrifremstilt mat. Om en tar en titt i dagligvarebutikken på hva som selges til små barn, er det snart flere klemmeposer med grønnsaker å få kjøpt enn friske grønnsaker. Denne endringen har skjedd skremmende raskt, sier Øverby.

Hjemmelaget like bra

Det å sørge for at barnet ditt får nok mat av god kvalitet, har til alle tider utgjort en stor og viktig del av foreldrerollen. Det er en naturlig reaksjon for foreldre å bli stresset når barn ikke vil spise.

Mange foreldre kan også føle seg usikre på hva som er nok mat og passende kost for et lite barn. Det er derfor forståelig når foreldre opplever det som tryggest å kjøpe barnemat på pakke, glass eller pose merket med barnets alder for å være helt sikre på at barnet får riktig mat.

I dette prosjektet ønsker vi å vise foreldre hvordan de kan lage egnet, god og sunn barnemat selv. Med enkle tilpassninger er hjemmelaget barnemat et ernæringsmessig fullverdig alternativ, i tillegg til å være gunstig både økonomisk og miljømessig. Universitetslektor

Mona Linge Omholt har utarbeidet oppskriftene, og viser hvordan maten lages i korte filmsnutter.

–Jeg har lagt vekt på å bruke råvarer som inngår i vårt nordiske kosthold, og som ved siden av å være gode og næringsrike er lett tilgjengelige og kan kjøpes i en vanlig dagligvarebutikk. Det har videre vært viktig å finne oppskrifter som passer for hele familien når barnet er blitt gammelt nok til å sitte til bords. Oppskriftene er varierte når det gjelder bruk av råvarer og vanskelighetsgrad. Filmene viser hvordan maten

lages trinn for trinn, og vi håper at også foreldre skal få lyst til å prøve seg på ukjente retter og få noen nye smaksopplevelser, sier Mona Linge Omholt.

Bare halvparten får tilgang

I barnE-mat studien skal vi rekruttere foreldre fra hele landet gjennom sosiale medier. Vi ønsker å rekruttere 1000 foreldre når barna er mellom 3 og 5 måneder gamle. Det skal lages en åpen nettside som alle kan gå inn på for å se en kort informasjonsfilm om studien og hva den innebærer, lese mer om oss som står bak, og eventuelt melde seg på.

Alle deltagerne skal svare på to spørreskjemaer. Først ett når barnet er om lag fem måneder gammelt, og et nytt når barnet har fylt ett år. Det vil ta cirka 35 minutter å fylle ut spørreskjemaene, og det er ingen andre oppgaver knyttet til deltagelse i studien utover dette.

Deltagerne vil bli tilfeldig fordelt i to like store grupper etter at det første spørreskjemaet er fylt ut. Bare den ene av gruppene (intervensjonsgruppen) vil få tilgang til det nyutviklede nettste-

det. Selv om kontrollgruppen ikke får tilgang til nettstedet, er den likevel en svært viktig del av forskningen. Uten et sammenlikningsgrunnlag lar det seg ikke gjøre å si noe om nytten av denne læringsmetoden. Ved å sammenligne

«Målet er å nå bredt ut i alle befolkningslag.»

svarene fra de to gruppene, de som har hatt tilgang til barnE-mat og de som ikke har hatt tilgang, håper vi å kunne si noe om effekten av E-læringsprogrammet på blant annet kostholdets sammensetning, smakspreferanser og spiseatferd.

Ønsker å nå helsestasjoner

Da vi skulle utforme innholdet i barnE-mat, var vi opptatt av at dette skulle bygge på norske helsemyndigheters (Helsedirektoratets) anbefalinger om spedbarnsernæring. Det var også viktig å ta opp tema som blir opplevd som

relevante i klinisk praksis. Helsesøstre fra Grimstad kommune har bidratt med gode innspill og verdifull klinisk erfaring på området.

Helsesøstre er viktige ressurspersoner for foreldre med små barn. De har mye kompetanse og faglig autoritet, og noen foreldre vil kanskje spørre sin helsesøster før de blir med i studien. Det er derfor viktig at helsesøstre kjenner til barnE-mat studien. I forkant av oppstart ønsker vi å informere alle landets helsestasjoner ved å sende et informasjonsskriv per epost til kommunens postmottak/ledende helsesøster. Som vedlegg vil en finne en liten plakate og en enkel brosjyre helsestasjonen kan skrive ut til eget bruk om ønskelig.

BarnE-mat og folkehelse

Folkehelsearbeid handler om å redusere risiko for sykdom, funksjonsnedsettelse og psykiske og sosiale problemer, men også om å gi barn og unge muligheter til mestring og utvikling. Det omfatter gode levekår, oppvekstforhold som fremmer psykisk helse og muligheter for sunt kosthold og fysisk aktivitet. «Sunne valg må gjøres enkle og bli det naturlige valg for alle,» heter det videre i Folkehelse-meldingen.

Grunnlaget for god helse og gode helsevaner legges tidlig og har betydning gjennom hele livsløpet. Det å hjelpe barn til å utvikle gode matvaner er derfor en viktig oppgave for foreldre. Dagens foreldre søker informasjon på internett. Med nettstedet barnE-mat ønsker vi å gjøre det lettere for foreldre å ta sunne og gode matvalg i den perioden der de aller første spisevanene og smakspreferansene formes og etableres. Ved å lage en «brochure» på nett som er enkel, gratis og tilpasset dagens foreldre, er målet å nå bredt ut i alle befolkningslag. Dersom vår forskning viser positive resultater, håper vi at barnE-mat på sikt kan bli fritt tilgjengelig for alle som ønsker det, og være en helsefremmende faktor ved å bidra til gode matvaner hos små barn helt fra begynnelsen av. ■



FORSKER PÅ ERNÆRING: Professor Nina Cecilie Øverby (til høyre) leder forskningsgruppen FEED ved Institutt for Folkehelse, Idrett og Ernæring ved Universitetet i Agder. Her er hun sammen med Universitetslektor Mona Linge Omholt (t.v) og doktorgradsstipendiat og artikkelforfatter Christine Helle. Foto: Morten Rosenvinge/Universitetet i Agder.



Foreldre og samliv – for barnets beste

Mange barn påvirkes negativt av foreldrenes samlivsvansker. Gjør helsesøstre nok for å bidra til at foreldre får et godt samliv?

Prosjektoppgaven «Foreldre og samliv-for barnets beste» ble skrevet av tre helsesøsterstudenter ved Høgskolen i Sør-Trøndelag våren 2014. Oppgaven er et fagutviklings- og kvalitetsforbedringsprosjekt i helsesøstertjenesten. Prosjektet har ikke blitt gjennomført enda. Fokuset på temaet er aktuelt med tanke på samfunnets utfordringer med mange barn som påvirkes negativt av foreldrenes samlivsvansker. Forfatterene ønsker å skape engasjement rundt temaet og bidra til lærerik lesning. I denne artikkelen har oppgaven blitt komprimert for å passe inn i Tidsskrift for helsesøstre.

Bakgrunn for prosjektet

Et godt samliv hos foreldre, der de samarbeider og har en god kommunikasjon, er viktig for utvikling av god psykiske helse hos barn da de er sensitive for deres samspill og uenigheter dem i mellom (31, 6). Barn som vokser opp i familier med høyt konfliktnivå har høyere grad av tilpasningsvansker enn de som ikke gjør det. Dersom foreldre greier å unngå konflikter, er det større sjans for at barna ikke utvikler psykiske lidelser som depresjon og angst (6, 22). Forholdet mel-

lom foreldre beskrives som et støttesystem der de hverandre emosjonell og instrumentell støtte i hverdagen, noe som er en kilde til trygghet og tilknytning for barnet (30). Helsestasjon som er et lavterskeltilbud, skal fremme god helse, trivsel og miljømessige forhold hos barn og unge. Helsesøster spiller en viktig rolle for foreldre da hun skal ivareta tema familie, samliv og seksualitet (17, 34).

Helsesøstre møter de fleste foreldre og er i posisjon til tidlig intervensjon for å belyse temaet samliv (34). Familienministeren uttalte i VG 7. februar 2014 at hun ønsker at «vi» skal komme inn på et tidligere stadium for å hjelpe foreldre som har behov for støtte i samlivet (20). Behovet for å ta opp temaet foreldre og samliv på helsestasjon viser seg dermed å være relevant også fra politisk ståsted.

At et økt fokus på temaet samliv er av betydning kom også tydelig frem i praksis da vi erfarte at helsesøstre sjeldent tok opp temaet under samtale med foreldre. I brukerundersøkelsen til Misvær (26) kommer det frem at foreldre ikke tror de kan snakke med helsesøster om samlivsproblemer. Kun 7 % av deltakerne i undersøkelsen så for seg at de kunne benytte

Av **Silje Listaul**, helsesøster i Norne kommune

Anita Julshamn, helsesøster men jobber som kontaktsykepleier for premature og høyrisikobarn ved oppfølgingsteamet til nyfødt intensiv ved St.Olavs hospital

Maja Aurstad, helsesøster Molde kommune

helsesøster til samtale om temaet. Dette vakte vår interesse for kartlegging av praksis.

Hensikten med prosjektet

Hensikten med prosjektet er å kartlegge om temaet samliv mellom foreldre blir ivare tatt på helsestasjonen og hvilken kvalitet dette arbeidet har. På lengre sikt ønsker vi at dette prosjektet kan synliggjøre behovet for å bedre kvaliteten på samarbeidet mellom helsesøstre og foreldre når det gjelder temaet samliv og sikre bedre kompetanse innenfor fagfeltet.

Problemstilling

Hvordan kan helsesøster ivareta temaet samliv på helsestasjonen?

Relevant teori

I teoridelen velger vi å ta for oss prosjektets lovgrunnlag og rammeverk, deretter tar vi for oss temaene: parforholdets betydning overfor barnets psykiske helse, helsesøsterrollen og ivaretagelsen av familiens samliv og tilbud til foreldre - hva finnes?

Prosjektets lovgrunnlag og rammeverk

Folkehelseoven skal sikre at helsestasjonstjenesten fremmer god helse, trivsel og miljømessige forhold (18). Videre påpekes det i forskriften om «Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» at helsesøster skal ivareta tema som familie, samliv og seksualitet (34). Helsestasjonen er også lovpålagt å styrke tilbudet til foreldre når det gjelder samlivs- og foreldrekurs (37). Gjennom disse tilbudene kan helsestasjonen styrke foreldrenes mestring av forelderollen (34). I det anbefalte helsestasjonsprogrammet for barn 0-5 år står

det at helsesøstre skal ta opp mors, fars og barnets psykiske helse samt kartlegge familieforhold. Hjelp fra familie og venner er viktig for at foreldrene får tid til hverandre og dermed kan jobbe for et godt samliv (25). Et spørsmål vi har stilt oss er hvilket fokus dagens helsesøstre har på denne kartleggingen, og om dette blir formidlet til foreldrene som en ressurs de kan benytte seg av? I praksis har vi erfart at familieforholdene blir kartlagt, men at helsesøster snakker lite om hvordan foreldrene kan bruke nettverket sitt for å ivareta et godt samliv.

Statlige anbefalinger for forebyggende innsats rettet mot familien omfatter tiltak for å styrke foreldreskap, foreldrestøtte og tiltak for å redusere belastninger eller konflikter i familier (30). Det viser seg at det er de ressurssterke familiene som benytter seg av tilbudene rundt foreldreveiledning. En viktig oppgave for helsestasjonen er derfor å ha en oversikt over hvilke familier som har behov for tilbudene som finnes (37). Å støtte disse familiene ser vi på som et nødvendig satsningsområde for helsestasjonen.

Vi ser på helsesøster som en viktig aktør for at Norge skal arbeide helsefremmende, og følge sine forpliktelser i forbindelse med Ottawa charteret. Allerede i 1987, som deltakende land i den første internasjonale kongressen om «helsefremmende arbeid», forpliktet Norge seg til å arbeide helsefremmende. Denne kongressen førte til Ottawa charteret, en deklarasjon med fokus på helsefremmende arbeid. En strategi i denne deklarasjonen er at samfunnet skal skape et støttende miljø som kan påvirke den enkelte til økt kontroll over og bedre mestring av egen helse (28). I denne sammenheng ser vi på helsesøster som en del av det støttende miljøet i samfunnet som kan bidra til at foreldre ivaretar egen og barnas helse.

Parforholdets betydning overfor barnets psykiske helse

Allerede i spedbarnsalder viser det seg at barnet kan speile foreldres uttrykk, mimikk og lyder (7). Trygge og sterke bånd til andre er grunnleggende behov hos ethvert menneske. Den verbale og non-verbale kommunikasjonen mellom foreldre og barn er avgjørende for utvikling av kontakt, selvfølelse og identitet. Barna speiler foreldres følelsesregister og gjør de til sine egne (13). Foreldres psykiske helse har dermed stor påvirkning på barnets psykiske helse (22). Gjennom gode relasjoner i sosiale settinger sammen med foreldre som for eksempel rundt matbordet, utvikler barnet sosiale ferdigheter. Små barns tidlige opplevelser og erfaringer i familierelasjonen videreutvikles sammen med andre

SAMTALE: Helsesøster kan hjelpe foreldre til å reflektere over hvordan deres samliv påvirker barnet. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



og barnet tar med seg erfaringene til egen arena (11). Hvordan kan helsesøster gå frem for å bevisstgjøre foreldre at gode relasjoner i parforholdet er av betydning for barnet?

Foreldrenes samliv kan være en beskyttelsesfaktor for barnet, men kan også innebære økt risiko for utvikling av psykiske vansker. Det vil være belastende for barnet om foreldrene har manglende nærhet i relasjoner, uklare og inkonsistente regler, høyt konfliktnivå og negativ kommunikasjon (35). Forskning viser at selve skilsmissem ikke er avgjørende for barnets utvikling, men hvordan forholdet mellom foreldrene er før, under og etter bruddet (6, 22). Foreldreevnen kan bli påvirket og barnet kan bli glemt fordi foreldrene har egne og større problemer (22). Vi opplever at dagens praksis ved helsestasjonen fokuserer lite på samlivsproblematikken mellom foreldre og hvilken betydning denne negative relasjonen kan ha for barnet. Hvilken kunnskap har helsesøster om disse utfordringene?

Helsesøsterrollen og ivaretagelsen av familiens samliv

I det helsefremmende arbeidet er begrepet empowerment mye brukt og det kan oversettes med: «det å vinne større makt over og kontroll over» (28). Dette innebærer at enkeltindivider og fellesskapet får større kontroll over egen helse. I en dialog mellom helsesøster og foreldre kan en bruke empowerment som et verktøy for at foreldre selv oppdager løsninger på problemer. I veiledning kan helsesøster bruke empowerment for å bevisstgjøre foreldres syn på ivaretagelse av et godt samliv. Ved å benytte åpne spørsmål kan en stimulere foreldre til å reflektere over hvordan deres samliv påvirker barnet (38).

Gjennom praksis opplever vi at et godt foreldresamarbeid, der foreldre deler følelser på en god måte, kan fungere som en positiv styrke for barnet. Ved å opprettholde et godt samliv fra barnet blir født, kan barnet utvikle en god helse gjennom hele livet. Helse er i følge Mæland (28) en ressurs eller en styrke i livet for å fungere eller mestre. Helsefremmende arbeid handler om å styrke de faktorer som påvirker mennesket til å fremme god helse (29). Positive ressurser som fremmer god helse kalles i følge Antonovsky «salutogene faktorer». I teorien om salutogenese blir helse sett på som en ressurs som bygges opp eller brytes ned gjennom hele livet. I et helsesøsterperspektiv kan foreldrenes positive samhold sees på som en slik ressurs, ettersom et godt samhold kan føre til at barnet opplever verden som

rimelig, forutsigbar og sammenhengende («sense of coherence») (28).

I en konsultasjon vil god kommunikasjon i samtalen være hovedverktøyet til helsesøster (27). Ved å være bevisst hvilke spørsmålsord som benyttes kan en lettere få ønsket dialog. Et «hvordan» spørsmål er på utkikk etter opplevelser, prosesser og følelser hvilket vil være gunstig å benytte når en søker svar på de mellom-menneskelige relasjoner. Siden samlivet kan være et sensitivt tema er det av høy betydning at relasjonen er god mellom foreldre og helsesøster.

«Støtte fra helsesøster er viktig for foreldre.»

Ved å opparbeide tillit vil den andre våge å åpne seg og stole på helsesøster. Aktiv lytting, oppmuntring og støtte er viktig (14,38).

Tilbud til foreldre - hva finnes?

I sitt arbeid tar helsesøstrene utgangspunkt i kommunens veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2004), og som nevnt tidligere står det her at helsesøster skal ta opp tema som samliv og seksualitet. Men hvordan en ivaretar denne oppgaven står det lite om i litteraturen vi har gjennomgått. Foreldrenes egne ønsker og behov skal være utgangspunkt for hver konsultasjon på helsestasjonen. Undersøkelse fra Misvær viste at kun 60 % har fått god nok informasjon om hva de kan ta opp på helsestasjon (27).

I helsefremmende arbeid er tverrfaglig samarbeid viktig for å utøve kvalitativ god tjeneste (19). Som helsesøster er det viktig å være klar over at familievernkontoret tilbyr samlivskurs for førstegangsførelse, og et samarbeid med denne instansen blir viktig (8,9). Erfaring eller kunnskap om samlivsstøttende kurs kan være et fint utgangspunkt for helsesøster når hun skal ta opp temaet samliv på helsestasjonen. Et mål for de samlivsstøttende kursene er at de skal styrke folks evne til å utvikle gode familierelasjoner. En viktig begrunnelse for samlivskurset både faglig og politisk, er barnas beste (31). «Godt samliv» er et av flere samlivskurs som blir brukt og er et parkurs for førstegangsfødende. Det å starte opp med parkurs for problemet utvikler seg til fastgrodd mønster er en fordel. Et godt tidspunkt er da i overgangsfaser i livet som for eksempel når en blir foreldre (31). Etter ulike erfaringer fra praksis stiller vi oss spørsmålet; hva er det som styrer valget av hvilke samlivskurs som tilbys og hvordan blir disse introdusert?

Relevant nasjonal og internasjonal forskning

For å finne aktuell forskning har vi søkt i de sykepleiefaglige databasene MEDLINE, CINAHL og PUBMED. I tillegg har vi funnet artikler via andre troverdige kilder som Folkehelseinstituttet og referanse fra forskningsartikler. Tilgang til databasene fikk vi gjennom innlogging i Helsebiblioteket og høyskolens nettverk. Vi brukte blant annet søkeordene helsesøster, foreldreforhold, mellom-menneskelige relasjoner, barn på helsestasjon, barn, foreldre, samliv. Åtte artikler er brukt i denne oppgaven.

I arbeidet med artiklene har vi plukket ut «funn» fra hver artikkel som belyser vår problemstilling. Funnene presenteres i litteraturoversikt (4). Deretter har vi sett på likhetstrekk i «funnene» og delt det inn i to hovedfokus; helsesøsterfokus og foreldrenes opplevelser av samarbeid med helsesøster. Funnene ble vurdert i forhold til problemstillingen vår som er hvordan helsesøster kan ivareta temaet samliv på helsestasjonen. Vi kom frem til tre hovedtema: ivaretagelse av overgangen til det å bli foreldre, helsesøster sin støttende rolle og hvordan samtalen med helsesøster kan oppleves og hva den handler om.

Ivaretagelse av overgangen til det å bli foreldre

Å få barn og det å bli foreldre er en stor omveltning og overgang i livet. Mor og far sin livskvalitet og forholdet seg i mellom forandrer seg etter at en har fått barn. Foreldrene synes de har mindre tid til hverandre, og at hverdagen er preget av at barnet er i fokus for oppmerksomhet. Studien til Alhborg og Strandmark (2001) viste at denne oppmerksomheten kom på bekostning av fedrene. Dårlig kommunikasjon var grunnen til

«Barnet tar med seg erfaringene til egen arena.»

mye av konfliktene mellom foreldre i småbarnstiden. Ulike oppfatninger av den nye tilværelsen gjorde det vanskelig å få et forhold som fungerte optimalt (2). Forskjeller mellom kvinner og menn viser seg også i studien til Skreden et.al. 2012. Her finner en at det er forskjell mellom mors og fars oppfattelse av stress etter at de har fått en baby. Mor føler ofte hun ikke strekker til, og hun var mer utsatt for angst. Far følte han ble mer sosialt isolert etter at det kom en baby i hus. God kommunikasjon mellom partene i et forhold viser seg derfor å være svært viktig for å få et forhold til å fungere (34).

Ut ifra denne forskningen kan en trekke slutninger

om at det er viktig å møte begge foreldre under konsultasjoner, ettersom opplevelsen av det å bli foreldre er ulik. I praksis har vi sett at støtten mor og far har av hverandre når begge er tilstede under en konsultasjon ser ut til å være av positiv betydning.

De fleste foreldre hadde betydelig redusert ekteskapeleg tilfredshet fra barnet var seks måneder til barnet ble fire år. Tilfredsheten var betydelig redusert dersom foreldre hadde fått flere barn i mellomtiden (1). Dette funnet understrekes i Dyrdal et.al. (2010), hvor en konkluderer med at det å være utilfreds med ekteskapet når en har små barn er svært vanlig. Det å få bekreftelse fra partneren på hvordan hun/han følte det var viktig for et godt ekteskap. Om en er tilfreds med forholdet, vil sjansen for å være fornøyd med livet senere være høyere. Det å fremme et godt samliv i perioden når en får barn, ettersom dette er en utfordrende periode for mange, kan en se på som verdifullt for et godt liv senere (12).

Ut fra forskningen over kan vi antyde at igangsetting av tiltak før barnet er seks måneder kan øke parets tilfredshet. Tidlig intervensjon med tanke på å ta opp temaet på helsestasjon er viktig og vil ha betydning for hvordan og når temaet snakkes om senere. Det å kunne normalisere utfordringer ved samlivet overfor foreldre i småbarnsperioden ser vi på som nyttig.

Helsesøster sin støttende rolle

Støtte fra helsesøster er viktig for foreldre. Det å bli respektert som foreldre, at deres ferdigheter som foreldre blir verdsatt, samt at de blir støttet i hvordan de velger å oppdra barna sine, er områder helsesøster må ta hensyn til i konsultasjoner. Det er viktig at foreldrene får en følelse av empowerment under konsultasjonene (15). Bruk av empowerment i konsultasjonene blir også skrevet om i studien til Simons, Reynolds og Morison (2001). Her understreker de at det å lytte til brukerens tilbakemeldinger er viktig for å kunne hjelpe på en god måte. Denne studien har vist at en intervensjon hos helsesøstre på å kartlegge samlivsproblemer og i tillegg å kunne gi råd til foreldre i slike situasjoner, har stor effekt i praksis. Studiet viser en signifikant forskjell mellom helsesøstre som var kurset på temaet og de som ikke var det. Helsesøstrene som ikke hadde blitt kurset fikk ikke kartlagt samlivsbrudd på samme måte som intervensjonsgruppen (32).

I innledningen nevner vi at helsesøstre sjeldent tar opp temaet samliv, og denne forskningen viser at en intervensjon blant helsesøstre er viktig for at temaet skal ivaretas. Det vises at intervensjon er viktig for å kartlegge samlivsproblemer hos foreldrene. Spørsmålet

blir hvordan en ivaretar foreldrene når samlivsproblemer oppdages?

Det kan være av betydning at helsesøster henviser til andre instanser dersom et problem i samlivet vedvarer da disse instansene vil arbeide mer målrettet med både mor og far. I motsetning til hos helsesøster hvor vi erfarer at det som oftest bare er mor eller far som møter opp ved ordinære konsultasjoner. Kanskje kan familievernkontoret komme tidlig inn og paret kan unngå vedvarende konflikter hvilket medfører at man minimerer negativ påvirkning på barnet.

Hvordan samtalen med helsesøster kan oppleves og hva den handler om?

Foreldre opplever at de har liten påvirkning i forhold til innholdet i samtalen med helsesøster. Helsesøstrene fremmer ikke brukermedvirkning hos foreldre, og foreldre tar lite initiativ til selv å være deltakende. Helsesøster bestemmer samtalen agenda, samtidig som hun også ofte styrer tur-tagningen i samtalen ved å stille mange spørsmål (21). At foreldrene sjeldent bringer frem nye tema som ikke har vært tatt opp tidligere understrekes også i artikkelen til Baggens (2001). Forskningen viste at helsesøster ikke prioriterte å snakke om forholdet mellom mor og barn, far og barn eller andre psykososiale aspekter (3). Foreldre tar i stedet opp tema som dreier seg om problemer knyttet til barnets kropp da dette er håndfaste problemer hvor de vet de kan få råd. Denne studien konkluderte med at videre forskning på kommunikasjonen mellom helsesøster og foreldre/barn er viktig for å få kunnskap om konsekvensene av at noen tema blir diskutert mens andre ikke blir tatt opp (3).

Forskningen viser at prioriteringer i forhold til hvilke tema helsesøster mener er viktig å ta opp i konsultasjoner med foreldre og barn, gjøres på bakgrunn av tid, behov og ressurser. Hvor stor påvirkning har helsesøster på disse rammefaktorene? Hvor bevisst er helsesøster på at temaet psykisk helse er utfordrende for foreldrene å ta opp nå, og da spesielt når temaet ikke er initiert av helsesøster først?

Vi opplever at en god samtalepartner på helsestasjonen gjør foreldre oppmerksomme på deres væremåte og påvirkning overfor barnet. Kan bedre kommunikasjonsferdigheter hos helsesøstre optimalisere samtalen om samliv på helsestasjon? Hvordan disse ferdighetene kan bedres for å gjøre kommunikasjonen lettere for helsesøster vil være av interesse? Kunne et skriftlig materiale som for eksempel en veileder eller en brosjyre, bidra til mer fokus på temaet og i tillegg å åpne for samtale om samliv?

Metode

Vi ønsker å planlegge et kvalitetsforbedringsprosjekt der vi ser på hvordan helsesøster ivaretar temaet samliv på helsestasjonen i praksis og hvordan hun mener praksis kan forbedres. Ut ifra kartleggingen som blir gjort i dette prosjektet kan en på sikt gjennomføre intervensjoner som bidrar til kvalitetsforbedring i praksis. Hvordan prosjektet skal gjennomføres med hvilke metoder som skal brukes er beskrevet i prosjektoppgaven som ble skrevet.

Valgt metode

Vårt formål er å utvikle en helhetsforståelse av problemstillingen der vi ønsker å få tak i enkeltmenneskers opplevelser. Ved å bruke kvalitativt intervju vil vi få menneskelige opplevelser fra deres ståsted og innblikk i deres livsverden (10).

Fordeler ved å bruke kvalitativ metode er blant annet at en møter informantene ansikt til ansikt, noe som reduserer muligheten for frafall av informanter. Når en utfører et intervju ansikt til ansikt med en informant vil det være enklere å tolke det som blir sagt og komme med oppfølgingsspørsmål. Muligheten til å stille utdypende og oppklarende spørsmål gir god troverdighet. Ulemper ved denne type forskning vil være at resultatene ikke er gyldige for hele den allmenne befolkning, men likevel vil de ha overføringsverdi. At informantene kan svare det vi ønsker de skal svare er det viktig å være bevisst på under intervjuet (24). Vi ønsker å kartlegge helsesøsterens sine opplevelser ved å utføre dybdeintervju med en semistrukturert intervjuguide. Intervjuguiden er laget for at vi skal kunne styre samtalen og holde oss til temaet. Spørsmålene i en intervjuguide kan formuleres på ulike måter, i ulik rekkefølge, og vil ha betydning for svar på problemstillingen (5).

Utvalg og informanter

Vi ønsker å intervju fem helsesøstre fra ulike helsestasjoner i Trondheim kommune da dette er dekkende for å få et godt perspektiv på problemstillingen (5). Helsestasjonene velges ut tilfeldig, intervjueren skal ikke ha kjennskap eller tilknytning til informantene. Fem personer er hensiktsmessig å intervju da vi med vår problemstilling ønsker å gå i dybden av materialet og dette er ressurskrevende. Invitasjon til deltagelse i prosjektet vil bli sendt til aktuelle helsestasjoner, og ledende helsesøster plukker ut en frivillig helsesøster til å delta, altså en strategisk utvelgelse av informanter (10).

Det er ønskelig å inkludere helsesøstre som har godkjent helsesøsterutdanning og har arbeidet som

helsesøster i minimum to år. Vedkommende må også jobbe på helsestasjon. Vi ønsker videre å ekskludere helsesøstre med omfattende kurs eller videreutdanning innenfor temaet samliv. Dette fordi vi ønsker et resultat som gjengir hvordan den generelle helsesøster arbeider med dette temaet.

Mulig analysemetode

For å benytte alle tilgjengelige data fra intervjuet vil vi dokumentere den muntlige interaksjonen ved hjelp av lydopptak (5, 24). Intervjuet vil bli tatt opp med båndopptaker og i etterkant vil materialet bli bearbeidet ved transkribering. Transkribering vil si å oversette så godt det lar seg gjøre fra tale til det skrevne ord

Forskningsetiske hensyn

Ved utførelse av dette prosjektet må vi sende søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), fordi vi skal ta opp intervjuene på lydbånd. Søknadsskjema til NSD finnes på deres nettsider og det er viktig å søke i god tid.

Før intervjuet sender vi ut en forespørsel om deltagelse i prosjektet til informantene der de får opplysninger som er nødvendig for ivareta dem.

Praktisk gjennomføring og finansiering

For å få støtte til prosjektet ser vi for oss å legge frem prosjektplanen for kommunepolitikere med en overbevisende presentasjon slik at de vil satse på prosjektet vårt

Framdriftsplan og gjennomføring av prosjektet er beskrevet i oppgaven.

Konsekvenser for praksis

Resultater fra undersøkelsen vil kunne vise behov for videreformidling av nyervervet kunnskap. Et resultat som viser behov for forbedring vil være nyttig for både samfunnet, politikere, interessegrupper som for eksempel Landsforeningen for helsesøstre, helsesøsterutdanninger, lokale helsetjenester som helsestasjoner og den enkelte helsesøster.

Kunnskap fra forskning og praksis må utnyttes slik at den er til støtte for alle beslutningsprosesser i tjenesten. For at slik kunnskap skal bli brukt, må den være basert på åpne og lett tilgjengelige kunnskapsbaser bygd opp av pålitelige og gyldige forskningsresultater (36). Veilederen (2005) presiserer også at det er viktig at tjenestene utvikler seg, etterhvert som brukers krav til tjenesten forandres.

For å synliggjøre temaet samliv ønsker vi å formidle resultatet av prosjektet i form av et foredrag

på Helsesøsterkongressen som holdes en gang i året. Vi ønsker også å dele ut «flygeblad» i A5 format der vi presenterer de viktigste funnen fra intervjuene. Videre ser vi for oss at det utvikles en plakat/poster eller brosjyre som gjør det enklere for helsesøster å fokusere på temaet under konsultasjoner på helsestasjon. Når et slikt prosjekt er gjennomført er det også viktig å informere politikere om funnene. Derfor vil vi utarbeide en prosjektrapport og holde et foredrag for lokalpolitikere, helsesøstre samt viktige samarbeidspartnere som familievernkontoret. ■

Referanser:

- Ahlborg, T. og Misvaer, N. (2009) Perception of marital Quality by Parents With Small Children. Göteborg: Journal of Family Nursing, Vol 15 (2).
- Ahlborg, T. og Strandmark, M. (2001) The baby was the focus and attention-first-time parents experiences of their intimate relationship. Göteborg: Scandinavian of Journal Caring Science, 2001; 15; 318-325.
- Baggens, C. (2001) What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. Lindköping: Journal of Advanced Nursing, 36(5), 659-667.
- Bakketeig, P.M. og Bakketeig L.S. (2009) Prosjektarbeid i helsefagene. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Brinkmann, S. og Tangaard, L. (2012) Intervjuet: samtalen som forskningsmetode. I: Kvalitative metoder: Empiri og teoriutvikling. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Broberg, A., Almqvist, K. og Tjus, T. (2006) Sårbarhet, motstandskraft, risikofaktorer og helsefremmende faktorer I: Klinisk barnepsykologi: Utvikling på avveier. Bergen. Fagbokforlaget.
- Bråten, S. (2010) I begynnelsen: Fra nyfødt-imitering og altersentrisk delttagelse I: Moe, V., Slinning, K. og Hansen, B. M. Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Bufetat (2010) «Godt samliv». [Online], Tilgjengelig fra <http://www.bufetat.no/godtsamliv/mer/> [16. mai 2014].
- Bufetat (2013) Brosjyre om familievernet. [Online], Tilgjengelig fra [http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Familievern/Brosjyren%20-%20oversatt/Familievern%20\(nynorsk\).pdf](http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Familievern/Brosjyren%20-%20oversatt/Familievern%20(nynorsk).pdf) [3. mars 2014].
- Dalland, O. (2007) Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Dencik, L., Jørgensen, P.S., og Sommer, D. (2008) Børnefamilien- dynamikk og relasjoner I: Familie og barn i en oppbrudstid. København: Hans Reitzels Forlag.
- Dyrdal, G.M., Røysamb, E., Bang, N. R. og Vittersø, J. (2010) Can a happy Relationship Predict a happy Life? A Population-Based study of Maternal Well-Being During the Life Transition of Pregnancy, Infancy, and Toddlerhood. Oslo. Journal of Happiness Studies, (2011) 12:947-962.
- Eide, H. og Eide, T. (2007) (A) Relasjonsteorier I: Kommunikasjon i relasjoner. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.
- Eide, H. og Eide, T. (2007) (B) Utforskende ferdigheter I: Kommunikasjon i relasjoner. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.
- Eronen, R., Pincombe, J. og Helen, C. (2010) The role of child health nurses in supporting parent of young infants Australia: Collegian, vol 17:3:2010; 131-141.
- Forskningsetikkloven (2007) Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning. [Online], Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56> [26. mai 2014].
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetj. (2013) Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Norge: Helse- og omsorgsdepartementet. [Online], Tilgjengelig fra http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2 [20. mai 2014].
- Folkehelsesloven.(2011) Lov om folkehelsearbeid. Helse og omsorgsde-

- partementet [Online]. Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven> [27. mai 2014].
19. Glavin, K. og Kvarme, G. L. (2006) Helsestøster som sentral aktør i det forebyggende arbeidet i Helsestøstertjenesten: Fra menighetssykepleier til folkehelsevitenskap. Oslo: Akribe forlag.
 20. Huse, I. A. (2014) Familienminister Solveig Horne om ekteskapet: - Jeg har ikke lyktes. [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/norsk-politikk/artikkel.php?artid=10121805> [3. mars 2014].
 21. Kendall, S. (1992) Do health visitors promote client participation? An analysis of the health visitor-client interaction. United Kingdom: Journal of Clinical Nursing, Vol 2: 103-109.
 22. Killén, K. (2007) Foreldre med spesielle behov og barna deres I: Barndommen varer i generasjoner: Forebygging er alles ansvar. Oslo: Kommuneforlaget.
 23. Larsen, A.K. (2007) (A) Innledning: Forskningsmetoder og forskningsprosesser I: En enklere metode: Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode. Bergen. Fagbokforlaget.
 24. Larsen, A.K. (2007) (B) Kvalitative metoder I: En enklere metode: Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode. Bergen. Fagbokforlaget.
 25. Laake, G. og Holter, K.E. (2013) Familien. I: Misvær, N. & Lagerløv, P. (red) Håndbok for helsestasjoner 0-5 år. Oslo: Kommuneforlaget.
 26. Misvær, N. (2013) (A) Fagutvikling og prosjekt i helsestasjon og skolehelsetjeneste. Trondheim: Høgskolen i Sør-Trøndelag, Notat til forelesninger. (Gjengitt etter tillatelse fra forfatter) 03.12.13.
 27. Misvær, N. (2013) (B) Kommunikasjon I: Misvær N. & Lagerløv, P. (red) Håndbok for helsestasjoner 0-5 år. Oslo: Kommuneforlaget.
 28. Mæland, J.G. (2005) (B) Helsefremmende arbeid teori, ideologi og prinsipper I: Forebyggende helsearbeid i teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget.
 29. Norsk sykepleie forbund (2014). Politisk plattform for folkehelse. [Online]. Tilgjengelig fra <https://www.nsf.no/Content/1399381/Politisk%20plattform%20for%20folkehelse.pdf> [12. Mai 2014].
 30. Rundskriv Q-16/2013 (2013). Forebyggende innsats for barn og unge. Barne-, Likestillings- og Inkluderings departementene. [Online]. Tilgjengelig fra http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Rundskriv_Q16_2013.pdf [13. mai 2014].
 31. Roness, A og Matthiesen, B. S. (2006) På rett kurs I: I klem eller balanse- om arbeid, stress og familieliv. Bergen: Fagbokforlaget.
 32. Simons, J., Reynolds, J. og Morison, L. (2001) Randomised controlled trial of training health visitors to identify and help couples with relationship problems following a birth. England: British, Journal of General Practice, 51, 793-799.
 33. Skreden, M., Skari, H., Malt, U.F., Pripp, A.H., Bjørk M.D., Faugli, A. og Emblem, R. (2012) Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool children. Norge: Scandinavian Journal of Public Health, Vol 40: 596-604.
 34. Sosial- og helsedirektoratet (2004) Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr.450. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
 35. Sosial- og helsedirektoratet (2007) Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge-i-kommunene/Publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge-i-kommunene.pdf> [15. mai 2014].
 36. Sosial- og helsedirektoratet (2005) «...og bedre skal det bli» - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)». [Online]. Tilgjengelig fra: http://www.ogbedreskaldetbli.no/Om_kvalitetsstrategien/IS-1162_4390a.pdf [20. mai 2014].
 37. St.meld. 34 (2012-2013) Helse gjennom hele livsløpet I: Folkehelsemeldingen: God helse-felles ansvar. [Online]. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/pages/38307106/PDFS/STM20122013003400DDDDPDFS.pdf> [16. mai 2014].
 38. Tveiten, S. (2007) Veiledning som middel i Empowerment prosessen I: En vet best hvor skoen trykker. Oslo: Fagbokforlaget.



Alle kan bruke aminoJern!

aminoJern Ferrochel er et lavdose jerntilskudd som kjennetegnes ved sin unike opptaksmekanisme. **aminoJern** Ferrochel inneholder den patenterte jernforbindelsen Ferrochel som er basert på omfattende forskning både når det gjelder effekt, bivirkninger og toksisitet.

Ferrochel er utviklet av det amerikanske selskapet Albion Advanced Nutrition. Gjennom de siste 50 årene har Albion spesialisert seg på forskning, utvikling og framstilling av ulike chelater som bidrar til et optimalt mineralopptak.

aminoJern Ferrochel absorberes opptil fire ganger bedre enn tradisjonelle jerntilskudd. **aminoJern** Ferrochel er meget stabil og man unngår at jern felles ut og danner fritt jern i tarmen med dertil tilhørende kjente bivirkninger.

En rekke kliniske studier dokumenterer at **aminoJern** Ferrochel absorberes og utnyttes svært godt. Jernlageret bygges effektivt opp selv ved lave doser. Det er også lett å administrere **aminoJern** Ferrochel da det kan inntas sammen med mat uten at effekten reduseres. **aminoJern** Ferrochel inneholder verken gluten, sukker, melk eller noen animalske ingredienser, og kan derfor brukes av alle.

aminoJern Ferrochel markedsføres som et kosttilskudd av **Vitalkost AS** og selges i utvalgte apotek foruten helsekostbutikker.

For prøver, brosjyre og oversikt over studier, send mail til ralph@vitalkost.no eller ring 33 00 38 70.

www.aminojern.no



Et samlet tilbud

Kristiansund kommune så at det var behov for å utvide og forandre tilbudet i «forsterket helsestasjon». Dette resulterte i etableringen av en tverrfaglig helsestasjon – et frivillig lavterskeltilbud til barn under fem år og deres familier.

Tekst Hilde Merete Rakstang, koordinator/helsesøster, Kristiansund kommune

Tverrfaglig helsestasjon er et lavterskeltilbud til barn og familier i Kristiansund kommune. Tilbudet er frivillig og gis til barn og familier med behov for et utvidet tilbud fra helsestasjonen. Faggrupper i «tverrfaglig helsestasjon» (TFH) er familieveileder, psykolog, fysioterapeut, helsesøster, jordmor og spesialpedagog. Tilbudet «tverrfaglig helsestasjon» ble opprettet høsten 2015.

Behov for forbedring

Helsestasjonen i Kristiansund har gjennom flere år hatt tverrfaglig samarbeid gjennom «tverrfaglig tidlig innsats» (TTI) og «forsterket helsestasjon» (FHS). TTI ble tilbudt små

barn/familier med spesielle behov. Det var i hovedsak et samarbeid mellom helsesøster, fysioterapeut og spe-

«Foreldre må på forhånd ha gitt sitt samtykke.»

sialpedagog. Tilbudet har eksistert i mer enn 15 år. FHS har vært et ekstra tilbud til flyktninger/innvandrere i fire år. Dette har vært et samarbeid mellom helsesøster og jordmor. Tilbudet var et ønske om å gi et likeverdig tilbud til de som ikke kunne snakke norsk. Det ble, for et par år siden, utvidet til også å gjelde familier med tidligere rusproblemer.

Samarbeidsrutinene i TTI har hele tiden vært basert på skriftlige kriterier for henvisning og samarbeid, men behovet for å forbedre tilbudet, tvang seg fram. Målsetting om å perfektionere og kvalitetssikre tilbudet, gjorde at det ble utviklet en metodebok for TTI. Den ga retningslinjer for hvordan TTI skulle fungere, hvem som kunne henvisne og hvem som skulle kunne henvises og så videre.

Utvide og samle tilbudet

Kriteriene for FHS var beskrevet i en egen prosedyre. Denne prosedyren

var basert på «Veileder av 2003 for helsestasjon». Tilbudet var forsterket med ekstra tid, flere hjemmebesøk, alltid tolk, opplæring og veiledning. Samarbeidet med jordmor viste at det var stort behov for å utvide og forandre tilbudet i FHS. Jordmor oppdaget langt flere familier, også med etnisk norsk bakgrunn, som hadde psykiske utfordringer enn familier med rusproblematikk. Vi antok at disse hadde behov for et utvidet tilbud, men vi hadde ikke kapasitet til å ta flere inn i FHS.

Etter hvert dukket det opp en idé om å utvide tilbudet. Våren 2015 tok tjenesteleder initiativ til å utvide og samle tilbudene. Resultatet ble tverrfaglig helsestasjon. Metodebok for tilbudet, er under produksjon. Den inneholder formål, målgruppe, organisering med mer.

Tverrfaglig helsestasjon er et frivillig lavterskeltilbud til barn under fem år og deres familie. Målet er tidlig intervensjon. Det vil si å komme tidlig inn for å gi hjelp før problemene blir for store.

Det skal legges spesielt vekt på:

1. Familier med rusproblematikk
2. Barn/familie som opplever, eller har opplevd vold i nære relasjoner
3. Barn av foreldre med barnevernshistorikk

■ Organisering og samarbeid

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten i Kristiansund kommune er organisert under enheten «Barn – familie – helse». (Skifter snart navn til «Forebyggende tjenester for barn og unge»). Tjenesten er organisert i et team for fysioterapi, helsestasjon, skolehelse, jordmor og psykisk helsetjeneste for barn og familier. Det er en fagkoordinator for hvert team. Vi er direkte organisert under tjenesteleder. Hver måned har vi felles koordinatormøter for å styrke samarbeid og for å jobbe mot samme mål. Tverrfaglig helsestasjon (TFH) er et samarbeid mellom alle teamene, unntatt skolehelseteamet.



UTVIDET OG SAMLET: Faggrupper i den tverrfaglige helsestasjonen består av familieveileder, psykolog, fysioterapeut, helsesøster, jordmor og spesialpedagog. Illustrasjon: Colourbox.

4. Familier med psykiske vansker og utfordringer
5. Barn med behov for oppfølging av fysioterapeut og/eller spesialpedagog (for eksempel barn med somatiske eller utviklingsmessige lidelser, adoptivbarn og barn av unge enslige mødre)
6. Barn av innvandrere/flyktninger med behov for praktisk bistand/opplæring.

Best mulig tilbud

Hittil har vi organisert TFH ved at den tverrfaglige gruppen har to fordelingsmøter i måneden. Henvisninger

skal sendes til koordinator som lager et program for møtet. Gruppen diskuterer og fordeler arbeidsoppgaver. Den med mest kompetanse i den enkelte sak, får saken tildelt. Foreldre må på forhånd ha gitt sitt samtykke. Arbeid i TFH er basert på et godt samarbeid med foreldrene.

På bakgrunn av behov, vil familien få tilpasset og tilrettelagt tilbud fra TFH. Noen vil få et forsterket tilbud basert på det generelle helsestasjonstilbudet. Andre vil få oppfølging av fysioterapeut og spesialpedagog, for

eksempel de som er født prematurt. Familier som har opplevd vold eller rus, vil få et tilrettelagt tilbud basert på det behovet de måtte ha. Ansatte i vår avdeling har rik erfaring i å bruke kartleggingsverktøy for å undersøke fysisk, psykisk og sosial utvikling. Vi har mange års erfaring i å bruke ulike metoder for veiledning, kurs og terapi.

TFH er helt i startfasen. Vi har hatt de første møtene, men holder fortsatt på å planlegge hvordan vi skal få TFH til å bli et best mulig tilbud til barn og familier i de definerte gruppene. ■

VI VET IKKE HVA
BARNA BLIR NÅR DE
VOKSER OPP...

...MEN VI VET HVA
DE BØR SPISE I DAG!

Stabburet Leverpostei er naturlig rik på jern, vitamin B₁₂ og folat. Dette er mineraler og vitaminer alle barn trenger, og lett kan få for lite av. Jern styrker immunforsvaret og gir overskudd til små og store prestasjoner.

Styrke starter et sted.



Originalen
siden 1949



Mild postei
av kylling



En lettere
postei



En grovere postei
med mer smak

Fri for melk
og gluten



En saftig og smøremyk
ovnsbakt postei



Portjonspakninger er praktisk
og lettvinnt til matpakken

Mer informasjon om jern og kosthold finner du på stabburetleverpostei.no