

Tidsskrift for *Helsesøstre*



LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

Sykepleien



Sosiale medier:
**Krenkelser bør inn
i seksualundervisningen**

Side 44

PEPTICATE- EN KOMPLETT LØSNING VED KUMELKALLERGI

Nye
forpakninger
slik at det blir
lettere å skille
produktene



- God symptomlindring for barn med kumelkallergi¹
- Normal vekst og utvikling^{2,3}
- God smak og lukt for enklere introduksjon og compliance^{4,5}
- Velfungerende mage^{6,7}

Brystmelk er spedbarnets beste føde. Pepticate er næringsmidler til spesielle medisinske formål. Skal brukes under medisinsk tilsyn etter nøye vurdering av øvrig ernæringsbehandling, inkludert amming.

Referanser: 1. Giampietro PG, et al. *Pediatr Allergy Immunol* 2001;12:83-86. 2. Vandenplas Y, et al. *J Paediatr Gastroenterol Nutr* 1993;17(1):92-96. 3. Verwimp JJM, et al. *Eur J Clin Nutr* 1995;4(1):39-48. 4. Mabin et al. *Arch Dis Child*, 1995;73(3):2018-210. 5. Venter C. *Journal of Family Health Care* 2009; 19(4): 128-134. 6. Knol J, et al. *JPGN* 2005; 40:36-42. 7. Moro G, et al. *JPGN* 2002; 34: 291-5

 WWW.KUMELKALLERGI.NO

Nutricia Norge AS. Tlf: 23 00 21 00. E-post: nutricia@nutricia.no. www.nutricia.no

 NUTRICIA
Pepticate

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

KJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal
Tlf. 90 60 87 79

Eivind Solfjell
Tlf. 93 61 81 12

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina E. H. Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK: Printall

FORSIDEILLUSTRASJON:
Mostphotos/Hilde Rebård Evensen

REDAKSJONSKOMITÉ:

LaH Trøndelag avd. nord og LaH Trøndelag avd. sør har ansvaret for denne utgaven av Tidsskrift for helsesøstre.

Følgende har vært med i redaksjonen:
Renate Gausen Jørgensen, LaH Trøndelag avd. Nord
Bjørn Aglen, LaH Trøndelag avd. Sør

Innhold

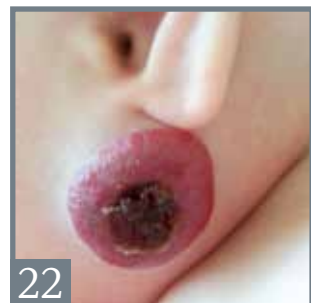
02 - 2018



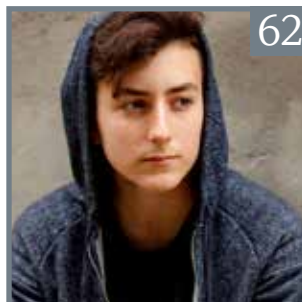
- | | |
|---|---|
| <p>4 LaHs styre og lokale faggrupeledere</p> <p>5 Leder</p> <p>6 Smånytt</p> <p>8 Helsesøstre kan gi psykologisk førstehjelp</p> <p>10 Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse</p> <p>16 Netttilbud for barn og unge med MS-syk forelder</p> <p>20 Global ernæring som enkeltemne</p> <p>22 Noen fødselsmerker og hemangiomer trenger behandling</p> <p>28 Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak</p> <p>34 Hjelp foreldre til bedre samspill med barnet</p> <p>38 Film skal forebygge vold mot barn</p> | <p>40 Tilbakeblikk</p> <p>43 Aktuelle bøker</p> <p>44 Dickpics og slutshaming</p> <p>50 Følger du de nye, nasjonale anbefalingene?</p> <p>58 – Sammen skaper vi en positiv kultur</p> <p>62 Å oppdage og forebygge psykiske plager hos ungdom</p> <p>70 Aktuelle bøker</p> <p>72 Hvordan hjelpe ungdom med depressive symptomer?</p> <p>78 Hvordan bør helsesøster-tjenestene organiseres?</p> <p>84 Ung-HUNT: For ungdom som ikke går på skolen</p> <p>86 Inn i fremtiden med Ung-HUNT</p> <p>86 Tverrfaglig samarbeid i Røros</p> |
|---|---|



8



22



62



84



LaHs styre og lokale faggruppetledere 2018

LaH NSF styre

**Leder:**

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

**Nestleder:**

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

**Styremedlem:**

Kari Mygland Michaelsen
T: 41 61 32 14
E-post: kari.mygland.michaelsen@vennesla.kommune.no

**Styremedlem:**

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

**Vararepresentant:**

Camilla Rørtveit
T: 91 82 25 57
E-post: camilla.rortveit@bun.oslo.kommune.no

**Vararepresentant:**

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

**Administrasjonskonsulent:**

Ellen Kathrine Larsen
T: 95 78 57 21
E-post: elllar@nsf.no

Lokale faggruppetledere:

OSLO

Astrid Midtsund
T: 95 79 67 70
E-post: lahoslo.nsf@gmail.com

AKERSHUS

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

HEDMARK

Tove-Kristin Westli
T: 91 62 70 51
E-post: tove.kristin.westli@elverum.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

Ingeborg Berg-Olstad
T: 99 15 28 88
E-post: lahostfold@gmail.no/

VESTFOLD

Ida Grotle
T: 95 06 95 55
E-post: ida.grotle@horten.kommune.no

TELEMARK

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

AUST-AGDER

Christel Johnsen
T: 90 60 19 61
E-post: christel.johnsen@gmail.com

VEST-AGDER

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

ROGALAND

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

HORDALAND

Jorunn Nina Lokøy
T: 41 61 86 09
E-post: jorunn.lokoy@askoy.kommune.no

SOGN OG FJORDANE

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

MØRE OG ROMSDAL

Kari Janne Ljones Kulø
T: 99 43 54 73
E-post: lah.more.romsdal@gmail.com

TRØNDELAG AVDELING SØR

Margrethe Sannesmoen Løvseth
T: 97 54 22 46
E-post: Margrethe.S.Lovseth@melhus.kommune.no/mlovseth@icloud.com

TRØNDELAG AVDELING NORD

Elin Lunde Pettersen
T: 976 72 167 / 488 90 976
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

Tone Dervo
T: 99 79 03 62
E-post: tone.dervo@alta.kommune.no



FAKTA

Kristin Sofie Waldum-Grevbo

Leder av Landsgruppen av helsesøstre NSF

Hvorfor landet vi på helsesykepleier?

Bakgrunnen for at Landsgruppen av helsesøstre har anbefalt en modernisering av yrkestittelen, er redegjort for i en e-post til alle medlemmer, på nettsiden og på Facebook.

Alle medlemmer fikk tilsendt en spørreundersøkelse der det var mulig å komme med forslag til tittel i desember 2017. 60 prosent av medlemmene svarte på undersøkelsen. Alle forslagene er vurdert etter en rekke kriterier.

Vi ønsket blant annet at tittelen skulle:

- Være kjønnsnøytral og kort.
- Ha appell hos helsesøstre, barn, unge og foreldre.
- Gi assosiasjon til lavterskel og til fagkompetansen.
- Være språklig og juridisk ok og gjenkjennelig.
- Differensierende opp mot andre yrkesgrupper og andre sykepleiere.

Vi er sykepleiere

De fleste forslagene inneholdt sykepleier i en eller annen form. Vi har gjennomført befolkningsundersøkelser som viser at bare omtrent halvparten av befolkningen vet at vi har den grunnutdanningen, og bare 38 prosent av de under 25 år. Sykepleiere har stor tillit i befolkningen, og utdannelsen er en viktig plattform for å jobbe helsefremmende og forebyggende, samt avdekke og avverge sykdom. Sykepleierutdannelsen er årsaken til at vi kan vaksinere, skrive ut prevensjon osv.

Det blir problematisert at ordet «syke» vil skremme ungdom fra å oppsøke oss. «Søster» er en gammel form for «sykepleier», det forstår ungdom, tror jeg. Relasjon

og tillit bygges ved informasjon, tilstedeværelse og kontakt. Og ungdom er opptatt av at vi har kompetanse når det gjelder å skille sykdom fra normale variasjoner. Det er jo ikke sikkert sykepleiertittelen varer evig heller, men det er i den «familien» vi hører hjemme.

Titler over flere linjer som forsøkte å romme hele yrket, ble forkastet, det samme ble de som kan forveksles med andre. Derfor ble de som inneholdt ord som «arkitekt», «ingeniør» og liknende tatt ut. Det samme ble titler som kan forveksles med barnesykepleier. Helsesøster/-bror er ikke kjønnsnøytralt, dessuten skal vi tilby noe annet enn en søster/bror og en venn, selv om vi skal være vennlige. Folkehelsesykepleier er tungt og lite «lavterskel». Skolesykepleier og helsestasjonssykepleier gjør det vanskelig for de mange som jobber her og der, skal de skifte tittel flere ganger hver dag?

Navnet flest har foreslått

Vi har gått nøye inn i helsesøsters arbeidsområde: Helsefremmende og forebyggende, seksuell helse, flyktninghelse, sosial helse, fysisk helse, psykisk helse ... Til slutt sto vi igjen med det navnet flest har foreslått, HELSESYKEPLEIER, ikke perfekt, men det beste alternativet – og mer en modernisering enn en reell tittelendring. Tittelen går fint an å kombinere med tilleggsinformasjon som: Helsesykepleier for ungdom, ... for flyktninger, ... på helsestasjon osv.

«Helsesykepleier» sier litt mer om hvem vi er: Vi er sykepleiere med spesialutdanning i det vide, helhetlige helsebegrepet. ■



Mindre voldelige

I løpet av de siste årene er voldsbruken blant ungdom halvert. En viktig forklaring på dette er at ungdom drikker mindre alkohol, viser en studie utført av forskere ved NOVA på Oslo-met. Blant guttene fant forskerne en nedgang fra 23 til 13 prosent, mens de tilsvarende tallene for jentene var fra 24 til 12 prosent.

Kilde: Viten+praxis

Færrest tenåringsaborter

Tallet på aborter blant 15–19-åring i Norge har aldri vært lavere enn i 2017. Dette viser tall fra Folkehelseinstituttet. Denne nedgangen er nesten like stor blant de mellom 20 og 24 år. Forklaringen på dette er at ungdomskullet etter 2006 har vært flinkere til å beskytte seg mot uønskede svangerskap.

Kilde: Folkehelseinstituttet



«Ungdommen skal more seg. Siden kommer så meget.»

Bjørnsterne Bjørnson

Mobbing under radaren

I Elevundersøkelsen for 2017 kommer det frem at over 50 000 barn og unge i norske skoler blir mobbet flere ganger i måneden. Fire av ti ungdommer som blir mobbet sier at de voksne ikke visste om det. Årsaken kan være at voksne ikke oppdager det eller fordi de ser det men ikke gjør noe med det, sier NOVA-forsker Ingunn marie Eriksen ved Oslo-met til Viten+praxis. Mobbingen har endret form. Det er ikke så ofte lærerne ser store gutter i ring rundt én som blir mobbet. I dag er mobbingen mer skjult. Den gir utslag i form av utestenging, baksnakking og spredning av rykter.

Viten+praxis



Flere jenter sliter

Stadig flere tenåringsjenter får hjelp for psykiske lidelser. Andelen jenter mellom 15 og 20 år som får diagnostisert en psykisk lidelse, har økt med rundt 40 prosent på fem år. Det viser en ny rapport fra Folkehelseinstituttet.

– De vanligste psykiske lidelsene hos jenter i denne aldersgruppen er depresjon, angst, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser, sier forsker ved Folkehelseinstituttet Pål Surén.

Han er en av forfatterne bak rapporten «Psykisk helse i Norge», som Folkehelseinstituttet har skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Kilde: Fhi.no

Ikke økt risiko

Det er ikke funnen noen økt risiko for autoimmune sykdommer blant jenter som har fått vaksine mot livmorhalskreft. Dette slår canadiske forskere fast, og bekrefter med dette at vaksinen er trygg på enda et område.



Kilde: Forskning.no

Risiko for selvmord

Selvmondsrisikoen blant enslige mindreårige asylsøkere i Sverige var i 2017 ni ganger høyere enn tilsvarende tall for svenske innbyggere, viser en rapport. I 2017 fant forskerne 12 bekreftede selvmord i alderen 10–21 år. Det tilsvarer 51,2 selvmord per 100 000 individer. Rapporten, utført av forskere ved Karolinska Institutet, viser at alle som begikk selvmord var gutter, og nesten alle kom fra Afghanistan.



Kilde: Dagens medisin

Pillekultur hos ungdom

Flere ungdommer er storforbrukere av smertestillende piller, viser en studie utført av forsker Siv Skarstein ved Oslomet. Hun har tatt doktorgraden på ungdom og bruken av reseptfrie smertestillende midler. Hun forteller til Viten+praksis at mange ungdommer som sliter med smerter er storforbrukere av reseptfrie smertestillende midler.

– Hyppig smerte er et tidlig varsel. Kroppen forsøker å fortelle deg hvordan du har det. Kanskje du har behov for hvile, sier Skarstein. Hun er bekymret over utviklingen og mener at ungdom bør få hjelp på skolen til å lære seg mer om hvordan de kan lytte til kroppen sin og hva som er normale reaksjoner.

Kilde: Viten+praksis



Studie om kosthold og livsstil

En ny studie, ledet av Folkehelseinstituttet, skal finne ut hvordan samfunnet kan legge til rette for at europeisk ungdom skal velge et sunt kosthold og en aktiv livsstil. Det er viktig at hovedmålgruppens perspektiv blir ivaretatt. Derfor har, den såkalte, CO-REATE-studien til hensikt å involvere ungdommer i alle deler av prosjektet. Sammen med forskere fra 14 institusjoner i Europa, Sør-Afrika, Australia og USA, skal prosjektet se på hvordan samfunnet kan tilrettelegge for at overvekt og fedme blir et mindre problem blant ungdom i fremtiden enn det er i dag.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Helsesøstre kan gi psykologisk førstehjelp til elever som sliter

Psykologisk førstehjelp kan hjelpe barn og unge med å skape orden i et kaotisk følelsesliv, skriver Stine Holm Sætevik.

FAKTA

Av Stine Holm Sætevik,
helsesøsterstudent,
Høgskolen Diakonova

En ny rapport fra Folkehelseinstituttet viser at andelen jenter mellom 15 og 20 år som blir diagnostisert med en psykisk lidelse, har økt med 40 prosent de siste fem årene. Hvordan kan jeg som fremtidig helsesøster bidra til å forebygge denne negative utviklingen?

Jeg nærmer meg slutten på helsesøsterutdanningen min og har prøvd ut et verktøy i min praksisperiode som jeg mener kan være et godt utgangspunkt i en vanskelig samtale, og som kan bidra til å bringe litt orden inn i det kaoset som kan oppstå i følelseslivet til barn og unge.

Reflekterte og engasjerte femteklassinger

I praksisperioden underviste jeg femte klasse i verktøyet psykologisk førstehjelp. Psykologisk førstehjelp er et selvhjelpsmateriell for barn, unge og

å tvile på oss selv: «Jeg er ikke god nok.» De grønne tankene er positive tanker som påvirker oss på en god måte: «Dette klarer jeg.»

De røde og grønne tankene kan ofte kjempe mot hverandre, og målet er at de grønne tankene skal vinne. Hjelpehånden (figur 1) er et verktøy for å organisere følelsene i en vanskelig situasjon systematisk (1). Hånden er en modell hvor barnet kan plassere en situasjon, følelser, røde og grønne tanker, hva en kan gjøre, og hvem som kan hjelpe.

Min erfaring var at hjelpehånden engasjerte elevene i stor grad. De fikk utdelt en egen hjelpehånd og fikk tid til å sortere og tenke litt selv, for deretter å dele sin hjelpehånd i plenum for dem som ønsket dette. Mange kom med egne eksempler, både på ting de gruet seg til, eller ting de var triste over.

Å se femteklassinger være så engasjerte og reflekterte, gjorde noe med meg som helsesøsterstudent. Behovet for å snakke om følelser, og for å reflektere rundt utfordrende situasjoner, var tydeligvis stort.

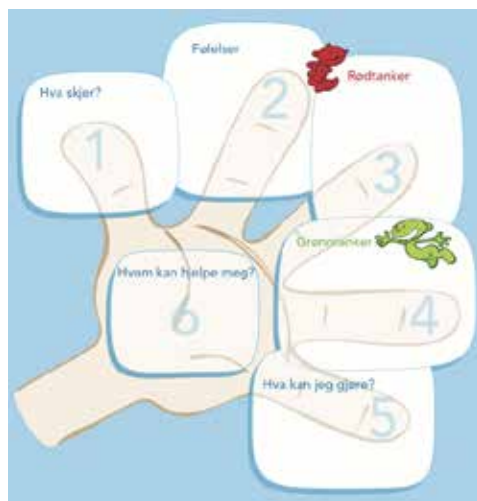
Høyt prioritert

Ifølge de nasjonale retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2) bør skolehelsetjenesten jobbe for å fremme god psykisk helse hos elevene. Ofte kan det være problematisk for barn og unge å sette ord på sine følelser, og det kan være utfordrende å finne veien til de gode samtalenene. I skolehelsetjenesten ser vi at det er et økt fokus på psykisk

«De grønne tankene er positive tanker som påvirker oss på en god måte: 'Dette klarer jeg.'»

deres familier. Det handler om å lære seg forskjellen på røde og grønne tanker, samt å bruke den såkalte hjelpehånden (se figur 1).

De røde tankene er negative tanker som får oss til



FIGUR 1: Hjelpehånden. Illustrasjon: Solfrid Raknes / ung.no (4)



ØKNING: Ifølge Folkehelseinstituttet øker andelen unger jenter som får psykiske lidelser. Illustrasjonsfoto: Heiko Küverling / Mostphotos

helse, og dette er også høyt prioritert av oss.

Psykologisk førstehjelp kan brukes som et forebyggende tiltak i skolen, det kan brukes som både selvhjelp og veiledet selvhjelp, og det kan forebygge psykiske vansker. Det kan skape mer trygghet og glede ved å hjelpe barn til å tenke på andre måter.

Ved å forklare hjelpehånden, samt komme med eksempler på røde tanker og grønne tanker, vil elevene bli bevisste sine egne tanker og følelser. I undervisningen kan helsesøster gjennomgå flere eksempler på hvordan man kan bruke hjelpehånden, slik at elevene får innsikt i at ulike situasjoner kan oppfattes ulikt (1).

System i kaoset

Elever flest kan ha nytte av å gjøre øvelser med hjelpehånden der de lager et system i det kaoset av tanker som kan oppstå i en vanskelig situasjon. Psykologisk førstehjelp er derfor et forebyggende tiltak. Samtidig er det helsefremmende ved at det kan hjelpe barn som allerede har psykiske vansker, til å mestre følelsene sine.

Å undervise i psykologisk førstehjelp er et nyttig tiltak i primær forebygging. Primær forebygging er rettet mot hele befolkningen, for eksempel alle elever, før det har oppstått et problem.

Sekundær forebygging er rettet mot en person, for eksempel en elev, som allerede har et problem. Tertiær forebygging er rettet mot en person som har

et problem der hensikten er å unngå forverring av problemet (3). Som helsesøsterstudent blir vi ofte fortalt at det er på det primære nivået vi helst skal sette inn ressursene, selv om vi ofte bruker mye tid på det sekundære.

Ved å drive primær forebygging på denne måten mener jeg vi kan gi elevene gode verktøy, slik at de lettere kan mestre vanskelige situasjoner, enten hverdagsproblemer eller psykiske vansker.

Min erfaring var at elevene opplevde at det var fint å snakke om følelser med meg som helsesøster. Forhåpentligvis kan det bidra til å senke terskelen for elevene til å ta kontakt med helsesøster. Deretter kan psykologisk førstehjelp også komme ned på et sekundært nivå og fange opp elever som trenger ekstra støtte. ■

Referanser

1. Raknes S, Haugland BSM. Psykologisk førstehjelp. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2013.
2. Helsedirektoratet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [internett]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 20.12.2017; sitert 26.01.2018]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
3. Kvarme LG. Forebyggende og helsefremmende arbeid. I: Glavin K, Helseth S, Kvarme LG, red. Fra tanke til handling. Oslo: Akribe; 2009.
4. Raknes S. Kaos i hodet og følelser som koker? [internett]. Oslo: ung.no [sitert 29.01.2018]. Tilgjengelig fra: https://www.ung.no/psykisk/selvhjelp/3187_Kaos_i_hodet_og_f%C3%B8lelser_som_koker.html



Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse

Ungdom kan få bedre psykisk helse av å lære hva som gir god psykisk helse. Det er derfor viktig at det undervises i temaet i videregående skole.

FAKTA

Av **Hanne Nissen Bjørnsen**, helsesøster, doktorgradstipendiat, NTNU

Regine Ringdal, doktorgradstipendiat, rådgiver, NTNU

Mary-Elizabeth Eilertsen, førsteamanuensis, NTNU

Geir-Arild Espenes, Professor, NTNU

Nina Stiklestad Holmen, helsesøster, psykiatrisk sykepleier og prosjektleder MES, BFT Heimdahl, Tiller videregående skole

Unni Karin Moksnes, førsteamanuensis, NTNU

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2018.65075

Psykiske utfordringer blant unge har de siste årene fått økende oppmerksomhet i Norge (1). Verdens helseorganisasjon (WHO) påpeker at arbeidet med å fremme god psykisk helse og forebygge psykisk uhelse skal være ressursorientert og med mål om å øke bevissthet og engasjement hos den enkelte (2). Å jobbe ressursorientert er det motsatte av å jobbe problemfokuset. Det innebærer å fokusere på tilgjengelige ressurser ungdommene har, hva som skal til for å ta vare på og bygge god psykisk helse.

Skolehelsetjenesten er en viktig del av helse-tjenestene for ungdom i Norge; det er en lavterskeltjeneste bemannet av blant annet helsesøstre som gjennom sin utdanning har særlig kompetanse innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge.

I helsedirektoratets nye retningslinjer for skolehelsetjenesten er det en sentral anbefaling om at skolehelsetjenesten bør arbeide for å fremme god psykisk helse hos elevene (3). I lys av en slik anbefaling kommer spørsmålet om hvordan tjenesten skal jobbe for å følge opp anbefalingen?

Skolehelsetjenestens oppgaver er både individrettet og folkehelsebasert, og består blant annet av å drive forebyggende og helsefremmende arbeid blant ungdom, prevensjonsveiledning og foreskriving, gjennomføring av helseundervisning, samt oppfølging og henvisning av ungdommer som har behov for det. I dette arbeidet inngår helseopplysning og undervisning om



FAKTA

Hva er MEST?

MEST er et helsefremmende tilbud fra skolehelsetjenesten til ungdom i i videregående skole med fokus på mestring av normale hverdagsutfordringer.

psykisk helse som en naturlig del av skolehelsetjenestens ansvarsområde, der helsesøstre har en viktig funksjon i arbeidet med å fremme god psykisk helse hos ungdom.

I Trondheim kommune jobbes det med å fremme god psykisk helse hos ungdom gjennom en ny arbeidsstrategi utviklet av og for helsesøstre,

Sammendrag: Denne studien har sett på sammenhengen mellom kunnskap om god psykisk helse og opplevd psykisk velvære hos ungdom i videregående skole: der resultatene viste en klar positiv sammenheng. De som hadde god kunnskap om faktorer som er viktig for god psykisk helse rapporterte markant høyere grad av psykisk velvære enn de som hadde lite kunnskap. Disse resultatene støtter at undervisningsopplegg med mål om å fremme kunnskap om hva som opprettholder og styrker psykisk helse hos ungdom er viktig.



**HELSESØSTERS
TIME:** Helsesøstre kan
gi elever i videregående
skole opplæring i hva
som bidrar til god psy-
kisk helse. Illustrasjons-
foto: Mostphotos

arbeidsstrategien har fått navnet MEST (4). MEST er utviklet for bruk i skolehelsetjenesten, også med tanke på et tettere tverrfaglig samarbeid med skolen, fysioterapeuter, psykologer, skoleleger, og eventuelt andre aktører.

Gjennom MEST får ungdom en kartlegging i begynnelsen av skoleåret der de får fortelle hva de har behov for. Ut fra denne kartleggingen tilbyr skolehelsetjenesten åpne seminar for hele skolen, målrettet klasseromsundervisning og tilbud om gruppevirksomhet. Hvis ungdommen kjenner på utfordringer med behov for individuell samtale oppfordres ungdommene til å ta kontakt med helsesøster.

Ungdomstiden karakteriseres av mange endringer i ungdommenes liv. Ungdomstiden innebærer blant annet økende grad av uavhengighet fra foreldre, og forventninger om å ta større ansvar for eget liv. I det inngår utviklingen av evner til å ta beslutninger, samt se konsekvenser av disse

avgjørelsene, også når det gjelder helse (5). Ungdomstiden er utfordrende for mange, men det er også livsfase med muligheter for å fremme helse, inkludert det å tilegne seg og forsterke eksisterende kunnskap om å ta vare på egen helse, både fysisk og psykisk (6). Det er gjennom forskning allerede blitt identifisert at psykisk helse er et helseområde der

«I Trondheim kommune jobbes det med å fremme god psykisk helse hos ungdom.»

ungdom selv uttrykker behov for mer kunnskap og mer undervisning (7).

I litteraturen benyttes uttrykket mental health literacy (MHL) eller «psykisk helsefremmende kom-



petanse» (8). Med psykisk helsefremmende kompetanse menes det å være i stand til å ta gode valg til fordel for egen og andres psykiske helse. Psykisk helsefremmende kompetanse er sammensatt av fire komponenter: 1) å forstå hvordan man fremmer og opprettholder god psykisk helse, 2) å forstå hva psykisk sykdom er og at det finnes behandling, 3) å redusere stigma knyttet til psykisk sykdom og 4) å vite når, hvor og hvordan man kan søke hjelp for psykisk sykdom, samt kjenne til selvhjelpsstrategier (9).

Å fremme god psykisk helse gjennom økt psykisk helsefremmende kompetanse hos ungdommene fremstår som en naturlig oppgave for helsesøster i skolehelsetjenesten og da også MEST, da vi vet at psykisk helsefremmende kompetanse er en viktig ressurs og viktig faktor for psykisk helse (5). Forskning har vist at det er en sammenheng mellom lav psykisk helsefremmende kompetanse og psykisk uhelse som for eksempel depresjon (10), mens det ikke er funnet forskning på sammenhengen mellom det å forstå hvordan man fremmer og opprettholder god psykisk helse og opplevd psykisk velvære.

Med bakgrunn i MEST sitt arbeid, WHO, som påpeker at fokuset i arbeidet med å fremme psykisk helse skal være ressursorientert, samt skolehelsetjenestens retningslinjer, som understreker skolehelsetjenestens ansvar når det kommer til å fremme god psykisk helse hos elevene, var målet

«Ungdom selv uttrykker behov for mer kunnskap.»

med denne studien å undersøke sammenhengen mellom kunnskap om god psykisk helse og ungdommenes opplevde psykisk velvære, det vil si følelsen eller opplevelsen av å ha det godt.

Spørreundersøkelse

Resultatene baserer seg på svar fra en spørreundersøkelse der 2981 elever ved fem videregående skoler i Sør-Trøndelag ble spurt om å besvare et spørreskjema ved oppstart av skoleåret 2016/2017 (12, 16). Lærere ved skolene delte ut spørreskjema til 2145 av elevene på skolene. Av dem som fikk tilbud om å svare på spørreundersøkelsen returnerte 97 prosent av elevene spørreskjema som de

brakte en skoletime til å svare på. Til sammen ble 1888 elever inkludert i studien, men på grunn av manglende svar på enkelte spørsmål ble 1227 elever inkludert i analysene.

Det var en jevn kjønnsfordeling blant elevene og gjennomsnittsalderen på dem som svarte var 17 år med en overvekt (68 prosent) av elever ved studiespesialisering. Informasjon til elevene om deltakelse i studiet ble formidlet av lærere, gjennom informasjonsskriv og en informasjonsvideo som ble lagt ut på skolens e-lærings plattform (for eksempel it's learning). Det ble fremhevet at det var frivillig å delta i undersøkelsen og at det ikke hadde noen konsekvenser for elevene dersom de ikke ønsket å delta. Elever som ikke ønsket å delta kunne jobbe med lekser eller annet skolearbeid. Elever som var 15 år hadde skriftlig samtykke fra foreldre for å delta, mens elever over 15 år samtykket ved å fylle ut spørreskjema. Studien er godkjent av REK midt (REK midt 2014/1996).

Instrumenter

Elevenes kunnskap om faktorer som er viktig for god psykisk helse ble undersøkt ved hjelp av skalaen «Mental Health Promoting Knowledge» MHPK-10 eller «psykisk helsefremmende kunnskap» på norsk (12). MHPK-10 måler komponent 1 av psykisk helsefremmende kompetanse; kunnskap om hvordan fremme og opprettholde god psykisk helse. Skalaen baserer seg på tre komponenter som predikerer god psykisk helse; autonomi, tilhørighet og kompetanse (11). Skalaen består av ti utsagn som elevene skal rangere på en 6-punkts skala, og går fra «helt feil» til «helt riktig», samt vet ikke representert av 0, der høyere score indikerer høyere grad av kunnskap. MHPK-10 er validert blant norsk ungdom (12).

Psykisk velvære ble undersøkt ved hjelp av «Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale» WEMWBS. WEMWBS består av 14 utsagn som måler psykisk velvære, der elevene ble bedt om å rangere hvert utsagn på en 5-punkts skala fra «ikke i det hele tatt» til «hele tiden». Høyere score indikerer høyere psykisk velvære. WEMWBS er brukt og validert blant norsk ungdom (13, 14).

I studien ble det også kontrollert for andre variabler som kan påvirke psykisk velvære. I analysene ble derfor kjønn, alder, studieretning, foreldres utdanning, familieøkonomi, ensomhet, stress og selvrapportert fysisk helse også inkludert som faktorer som kan forklare psykisk velvære.

Stata versjon 14.2 ble brukt til de statistiske analysene (15).

Resultat

Resultatene viser at de inkluderte variablene til sammen forklarer 41 prosent av variasjonen i psykisk velvære hos de spurte ungdommene, der kunnskap om god psykisk helse viser seg å være en viktig faktor (16). Resultatene viser også at blant annet økende grad av ensomhet og stress var relatert til lavere psykisk velvære. Fysisk helse, kjønn og familieøkonomi var positivt assosiert med psykisk velvære. Det vil si at gutter, og de som rapporterte høyere familieøkonomi og mer positiv fysisk helse, også rapporterte høyere psykisk velvære.

Når det gjelder alder ser vi at 18-åringer rapporterte høyere psykisk velvære enn 16-åringer, ellers var det ingen avgjørende forskjeller i aldersgruppen 15–21 år. Studieretning og mors utdanning viste ingen betydelig sammenheng med ungdommenes psykiske velvære.

Betydning for praksis

I arbeidet med å bedre psykisk helse hos ungdom gjennom økt kunnskap, har flere studier vist at å fokusere slik som MEST gjør; med fokus på god psykisk helse fremfor å forebygge psykiske lidelser har vært en effektiv tilnærming (17, 18).

I løpet av de siste to tiår er skolen identifisert som en viktig arena for helsefremming for barn og unge (19). Resultatene fra denne undersøkelsen gir oss viktig kunnskap og gir en indikasjon på retningen en bør arbeide i for å fremme psykisk helse hos ungdom i en skolesetting. Vi ser at å fokusere på kunnskap om god psykisk helse kan være gunstig for ungdommenes psykiske velvære.

Resultatene kan ha betydning for hva som inkluderes i undervisning om psykisk helse til ungdom i videregående skole. Vi fant at 41 prosent av variasjonen i ungdommenes psykiske velvære forklares av kjønn, alder, studieretning, foreldrenes utdanningsnivå, familieøkonomi, ensomhet, stress, egenrapportert fysisk helse og kunnskap. Kunnskap viste seg å være en viktig faktor for psykisk velvære hos ungdommene.

Funnene fra denne studien viser at det er viktig å inkludere psykisk helsefremmende kunnskap i opplæringen i skolen rettet mot å fremme god psykisk helse hos de unge slik som MEST gjør.

Psykisk helsefremmende kunnskap baserer seg



på tre komponenter som har vist seg å predikere god psykisk helse; autonomi, tilhørighet og kompetanse (11). Kompetanse referer til det å oppleve seg selv som kompetent til å mestre eget liv, autonomi referer til det å ha en egen fri vilje og det å ta valg og handle ut ifra egne verdier og ønsker. Mens tilhørighet handler om å være en del av et sosialt miljø, det å føle at man hører til og bryr seg om andre (20).

Elementer fra disse komponentene som kan bru-

VELVÆRE: Avslapningsteknikker kan bidra til økt psykisk velvære. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

«Psykisk helsefremmende kompetanse er en viktig ressurs.»

kes i praktisk undervisning vil være for eksempel avslapningsteknikker, normalisere følelsesmessige variasjoner og reaksjoner, stressmestring, søvnhygiene, selvbilde, kjenne egne grenser, selvbestemmelse, kroppsbilde og hvordan sette grenser for egen atferd. MEST tilbyr seminar på disse tema som ungdom selv sier de har behov for. Det er ønskelig at ungdommene selv skal ta et valg på hvor de vil hente kunnskapen. Åpne frivillige seminar, klasseromsundervisning, grupper eller i en individuell samtale.

Denne studien viser at det er viktig også å adressere stress, ensomhet og fysisk helse i tillegg til kunnskap, når man jobber for å fremme god psykisk helse hos ungdom. Andre faktorer som viser seg å



VIKTIG JOBB: Skolehelsetjenesten er en viktig del av helsetilbudet til ungdom. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

påvirke psykisk velvære hos ungdom som foreldrenes utdanningsnivå, familieøkonomi, alder og kjønn er umulig for skolehelsetjenesten å endre, men likevel nyttig å kjenne til i psykisk helsefremmende arbeid med ungdom. Ettersom det er funnet en klar sammenheng mellom kunnskap om god psykisk helse og psykisk velvære er det viktig å finne gode måter å spre kunnskap på til ungdom, der MEST tjener som ett eksempel.

Oppsummering

Resultatene fra denne undersøkelsen kan brukes som et ledd i utviklingen av en kunnskapsbasert skolehelsetjeneste med en helsesøster som også underviser om faktorer som er viktig for å fremme og opprettholde god psykisk helse, sammen med helsesøstres og skolehelsetjenestens erfaringer og elevenes ønsker. Å finne gode metoder for å fremme psykisk helse hos ungdom er et viktig ansvarsområde for skolehelsetjenesten.

Vi anser at helsesøster er en riktig profesjon til å bidra med opplæring i psykisk helse i skolen fordi helsesøster har spesialkompetanse innen helsefremming og forebygging og skal være tilgjengelig for ungdom-

mene på skolen. Helsesøster i skolen bør antakelig derfor være både den som koordinerer arbeidet med på fremme psykisk helse blant elevene i skolen og den som har den daglige kontakten med elevene om denne problematikken.

«Vi anser at helsesøster er en riktig profesjon til å bidra med opplæring i psykisk helse.»

Denne studien har gitt indikasjoner på at det er en sammenheng mellom ungdommens kunnskap om god psykisk helse og psykisk velvære. I Trondheim kommune er arbeidsstrategien MEST i utvikling med tanke på hvordan skolehelsetjenesten kan jobbe for å fremme elvenes psykiske helse gjennom økt kunnskap. Det vil være viktig å videre studere MEST og strategiens innvirkning på elevens kunnskapsnivå og psykiske helse. ■

Referanser

1. Sletten MA, Bakken A. Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer. En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus; 2016. NOVA Notat 4/16.
2. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Genève: WHO; 2005. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf (nedlastet 30.10.2017).
3. Helsedirektoratet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelset...> (nedlastet 30.10.2017).
4. Charlottenlund vgs. MEST – mestring-av-hverdagsutfordringer [internet]. Trondheim: Charlottenlund videregående skole [sitert 08.12.2017]. Tilgjengelig fra: <http://charlottenlund.vgs.no/Aktiviteter/MEST-mestring-av-hverdagsutf...>
5. Broder J, Okan O, Bauer U, Bruland D, Schlupp S, Bollweg TM, et al. Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. BMC Public Health. 2017;17(1):361.
6. Mulye TP, Park MJ, Nelson CD, Adams SH, Irwin CE, Jr., Brindis CD. Trends in adolescent and young adult health in the United States. Journal of Adolescent Health. 2009;45(1):8–24.
7. Smart KA, Parker RS, Lampert J, Sulo S. Speaking up: teens voice their health information needs. Journal of School Nursing. 2012;28(5):379–88.
8. Språkrådet. Literacy. Oslo: Språkrådet; 2017. Tilgjengelig fra: <http://www.sprakradet.no/svardatabase/sporsmal-og-svar/literacy/> (nedlastet 30.10.2017).
9. Kutcher S, Wei Y, Costa S, Gusmao R, Skokauskas N, Sourander A. Enhancing mental health literacy in young people. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2016;25(6):567–9.
10. Lam LT. Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2014;8(26).
11. Deci E, Vansteenkiste M. Self-determination theory and basic need satisfaction: understanding human development in positive psychology. Ricerche Di Psicologia. 2004;27(1):23–40.
12. Bjornsen HN, Eilertsen MEB, Ringdal R, Espnes GA, Moksnes UK. Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. BMC Public Health. 2017;17(1):717.
13. Putz R, O'Hara K, Taggart F, Stewart-Brown S. Using WEMWBS to measure the impact of your work on mental well-being: a practice-based user guide. NHS Health Scotland; 2012.
14. Ringdal R, Bradley Eilertsen ME, Bjornsen HN, Espnes GA, Moksnes UK. Validation of two versions of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale among Norwegian adolescents. Scandinavian Journal of Public Health. 2017;1403494817735391.
15. StataCorp. Stata statistical software: release 14. College Station: StataCorp LP; 2015.
16. Bjornsen HN, Espnes GA, Eilertsen MB, Ringdal R, Moksnes UK. The relationship between positive mental health literacy and mental well-being among adolescents: implications for school health services. Journal of School Nursing. 2017;1059840517732125.
17. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? Health Promotion International. 2011;26(S1).
18. O'Mara L, Lind C. What do we know about school mental health promotion programmes for children and youth? Advances in School Mental Health Promotion. 2013;6(3):203–24.
19. Leger LS, Young I, Blanchard C, Perry M. Promoting health in schools. From evidence to action. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Contract No.: 24.5.
20. Ng JY, Ntoumanis N, Thøgersen-Ntoumani C, Deci EL, Ryan RM, Duda JL, et al. Self-determination theory applied to health contexts: a meta-analysis. Perspect Psychol Sci. 2012;7(4):325–40.



Nettilbud for barn og unge med MS-syk forelder

Barn og unge med en MS-syk forelder kan oppleve engstelse, tristhet, frustrasjon og aggressivitet. Da har de behov for god og alderstilpasset informasjon om sykdommen.

FAKTA

Av **Torild Mauseth**, helsesøster og prosjektleder, Helse Bergen, Nasjonal kompetansetjeneste for MS

Liv **Solfrid Berge**, psykologspesialist, Helse Bergen, Nasjonal kompetansetjeneste for MS

Kari Ullaland, psykologspesialist, Pedagogisk psykologisk senter Sør, Bergen kommune

Astrid S. Litland, høgskolelektor og helsesøster, Institutt for sykepleiefag, Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskulen på Vestlandet

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2017.64424

Multippel sklerose (MS) er en kronisk betennelsesykdom i sentralnervesystemet, som ofte har et uforutsigbart sykdomsforløp med gjentatte sykdomsattaker og risiko for økende fysisk og kognitiv svikt. Sykdommen kan ikke helbredes, men tidlig forebyggende behandling og behandling av attackene kan bremse sykdommen.

MS debutterer oftest i tju-årsalderen og berører mer enn 11 000 personer i Norge (1). Anslagsvis nærmere 10 000 barn og unge er pårørende til foreldre som har MS.

Konsekvenser

Det svingende og uforutsigbare forløpet fører til stor usikkerhet hos både foreldre og barn. Faktorer som stort funksjonstap, fatigue, foreldres negative følelser og holdninger, og manglende sosial støtte kan virke negativt på barn og unges evne til å tilpasse seg livet med foreldrenes sykdom (2, 3, 4).

Barn og unge påtar seg ofte et stort ansvar for sin syke forelder og familien som helhet ut fra lojalitet, kjærlighet og plikt, og på bekostning av egne behov (5, 6). Dette kan føre til generell engstelse, tristhet, frustrasjon og aggressivitet (5). Samtidig forekommer det også positive erfaringer med å ha en MS-syk forelder, som det å føle seg mer voksen, selvstendig og empatisk enn sine jevnaldrende (4, 6).

Det er mulig at foreldres håndtering av egen sykdom, i større grad enn den fysiske funksjonshemningen, påvirker barn og unges psykiske helse (7). Barn av MS-pasienter har lavere yrkesdeltakelse og økt behov for trygdeytelser (8). Det kan tyde på at

belastningen med å være pårørende kan påvirke helse og livskvalitet i stor grad.

Tilpasset informasjon

Barn og unge har behov for informasjon om sykdommen og hvordan den kan påvirke den syke og familielivet deres. Dette behovet står i motsetning til foreldres umiddelbare tanke om at de vil skåne barna for vanskelig og bekymringsfull informasjon (9, 10). Videre bør barn og unge få støtte til å takle egen hverdag ved å lære gode mestringsstrategier (5, 11).

Det er vist at barn som har fått kunnskap om MS, forbedret sine mestringsstrategier, fikk mer støtte fra sitt sosiale nettverk, opplevde mindre følelsesmessig bekymring og ble mer tilfredse med livet (12). God og alderstilpasset informasjon, sammen med åpenhet både innad i familien og ut mot barnas nettverk, bidrar også til økt sosial støtte og høyere livskvalitet (5, 6, 7).

Nettilbud

Det kan være vanskelig for foreldre å vite hvordan

Sammendrag: Når barn og unge som pårørende får bedre mestringsstrategier, mer kunnskap om sykdommen og sosial støtte, blir de mindre følelsesmessig bekymret og mer tilfredse med livet. Nasjonal kompetansetjeneste for MS har derfor utarbeidet en nettside med alderstilpasset informasjon (www.MSpårørende.no), et selvhjelpsprogram rettet mot barn i alderen 6–12 år sammen med sine foreldre (SPIRIT Barn), og et tilsvarende nettbasert selvhjelpsprogram rettet mot unge i alderen 13–18 år (SPIRIT Ungdom).



de skal informere barn og unge om egen sykdom, og hvordan de skal legge til rette for at familien kan få en best mulig hverdag. På denne bakgrunnen satte Nasjonal kompetansetjeneste for multipel sklerose i gang et prosjekt for å møte behovene til barn og unge som pårørende.

Tilbudet består av en nettside med alderstilpasset informasjon (www.MSpårørende.no), et selvhjelpsprogram rettet mot barn i alderen 6–12 år sammen med sine foreldre (SPIRIT Barn), og et tilsvarende nettbasert selvhjelpsprogram rettet mot ungdom i alderen 13–18 år (SPIRIT Ungdom).

Oppfølging

Helsepersonell har et lovpålagt ansvar for å kartlegge, følge opp og samarbeide med barn under 18 år som er pårørende til en mor eller far med en kronisk sykdom (14, 15). Barn og unge pårørende sier at det er viktig for dem å ha god kontakt med familie og venner. De vektlegger åpenhet om problemene og muligheten til å kunne be om hjelp (16).

Ulike hjelpetiltak på barnas premisser fremheves også som viktig. Slik hjelp kan være internettbaserte informasjons- og mestringspakker, bøker, brosjyrer, film og samtalegrupper (17, 18, 19). Målet med hjelpetiltakene er å sikre at barna fanges opp tidlig og

får informasjon og oppfølging etter behov. Tiltakene skal også bidra til god utvikling og forebygge belastninger for barna.

Målsetting

Det nettbaserte tilbudet har både en helsefremmende og en forebyggende hensikt. Målet er å styrke identiteten til barna og de unge, gi dem trygghet og god selvfølelse. Ved hjelp av alderstilpasset informasjon legges det til rette for åpenhet om tanker og følelser i familien uten at man trenger å kjenne på dårlig samvittighet. I tillegg vil en del barn og unge ha behov for et selvhjelpsprogram for å håndtere vanskelige tanker og følelser.

NETTILBUD: SPIRIT Barn og SPIRIT Ungdom er selvhjelpsprogram rettet mot barn og unge som har en mor eller far med MS. Illustrasjonsfoto: Angel Nieto / Mostphotos

«Barn og unge påtar seg ofte et stort ansvar for sin syke forelder.»

Prosjektet vil også legge til rette for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (helsesøster), som arbeider med barn og unge i deres nærmiljø.

Det nettbaserte tilbudet er utarbeidet på bestilling fra Nasjonal kompetansetjeneste for multipel



sklerose (MS). Prosjektgruppen har bestått av psykologspesialist, nevrolog, MS-sykepleier og helsesøster. I tillegg er det supplert med spesialkompetanse fra Seksjon for tjenesteutvikling i Helse Bergen, grafisk designer, e-helsefirmaet Changetech og Bergen og Hordaland MS-forening. Prosjektet er støttet av Sanofi Genzyme.

Tilpasning

Gruppen «barn under 18 år» har aldersmessig stor spredning og ulike behov for kommunikasjon. Derfor ble informasjonen på nettsiden MSpårørende.no todelt, og tilpasset henholdsvis barn i alderen 6–12 år (sammen med sine foreldre) og unge i alderen 13–18 år (4).

Det er lagt stor vekt på utformingen av nettsidene. Teksten er lett tilgjengelig og godt visualisert med bruk av bilder og tegninger for å lette forståelsen.

Det er viktig at barn og unge kjenner at informasjonen som formidles, angår dem og deres situasjon. Her kan de finne de mest vanlige tankene og bekymringene som barn har når foreldre er syke, og små historier og sitater som kan skape gjenkjennelse.

Selvhjelpsprogrammene

Fra informasjonsnettsidene for barn og unge er det lenket til selvhjelpsprogrammene. I tillegg er de tilgjengelig på nettsiden til MS-forbundet (www.ms.no) og www.ms-guiden.no.

Programmene er basert på kognitiv atferdsterapi og er utarbeidet av norske psykologer og helsepersonell. Kognitiv atferdsterapi er en modell for å forstå

tankene og følelsene man har i en bestemt situasjon, og å utforske troverdigheten av disse.

Videre i prosessen forsøker man å hente frem alternative, realistiske og mer hjelpsomme tanker som kan føre til endringer i følelsene. Følelser kan også endres når handlinger endres, som når en følelse av tristhet kan endres til glede ved hjelp av en treningsøkt med en god venn.

Psykoedukasjon

SPIRIT Barn og SPIRIT Ungdom har felles trekk i form og oppbygging, og henvender seg begge direkte til barnet eller ungdommen. Begge programmene er gratis og tilgjengelige på internett. Etter påmelding får deltakerne en e-post i uken i henholdsvis åtte og sju uker.

Programmene kan gjennomføres når det passer, enten på mobil, nettbrett eller PC, og kjøres på en sikker server uten innsyn for andre. Regler og pålegg fra Datatilsynet følges.

I programmene blir det satt ord på vanskelige tanker og følelser som det er vanlig å ha når man har en alvorlig syk forelder, det som kalles psykoedukasjon. I SPIRIT Barn deltar foreldrene sammen med barnet, og får derved informasjon om barnets behov for støtte i regulering av følelser. I SPIRIT Ungdom gjennomfører den unge selv programmet, eller kan invitere med seg en nær voksen.

Hvert ukeprogram presenterer kunnskap om aktuelle tema og avsluttes med en oppgave. Det anbefales å være aktiv og gjennomføre alle programdagene, og å gjøre ukens oppgave, for å få best mulig utbytte. Det anbefales å sette av en fast tid hver uke.

Erfaringer

Informasjonsnettsiden blir fortløpende oppdatert i takt med nye behov og ny faglig informasjon. Det er lagt stor vekt på å formidle informasjon om tilbudet til pasientgruppen og aktuelt helsepersonell, ved distribusjon av skriftlig materiale og muntlige presentasjoner i ulike fora. I tillegg er tilbudet lagt ut på Helse Bergens nettside og Facebook-side.

Ut fra foreløpige tall ser det ut til at interessen er økende. Første halvdel av 2017 ble det registrert 1475 besøk på nettsiden www.MSpårørende.no.

SPIRIT Barn har hatt 674 besøkende til programmet siden publisering i november 2015, og 77 har meldt seg på. SPIRIT Ungdom, som ble publisert i desember 2016, har så langt hatt 375 besøkende; 52 av disse har meldt seg på programmet.

«Behovet for informasjon står i motsetning til foreldres umiddelbare tanke om at de vil skåne barna.»

hvordan tanker påvirker følelser og handlinger (20). I kognitiv atferdsterapi arbeider man ut fra konkrete situasjoner, der målet er å bli bevisst og forstå hvordan negative tanker påvirker følelser og handlinger.

Menneskets indre tankeverden kan betegnes som en indre samtale (20). Målet er å etablere en mer støttende indre samtale – å kunne bli en bedre venn for seg selv. Man arbeider for å akseptere og forstå de

Uformelle tilbakemeldinger om programmene er så langt positive:

Sagt om SPIRIT Barn:

«Takk for det fine programmet. Vi har pratet om en del nye ting i familien, og vi har lært nye ting. Dette gjorde godt for både store og små.»

Sagt om SPIRIT Ungdom:

«Tipsene har vært til hjelp. De kommer jeg til å bruke.»

«Hele programmet har vært til hjelp, det har hjulpet meg å forstå at ikke alt trenger å handle om å sette andre foran seg, men at jeg og mine følelser også er viktig. Det har vært gøy å kunne kjenne meg selv igjen i historiene som har blitt fortalt.» ■

SPIRIT Barn har følgende hovedoverskrifter for de åtte programdagene:

1. Finn deres styrker
2. Skap gode opplevelser
3. Hvordan snakke om følelser
4. Ros og anerkjennelse
5. Vanlige tanker og tankemønstre
6. Ta vare på de gode øyeblikkene
7. Hva skal du gjøre?
8. Oppsummering

SPIRIT Ungdom har følgende hovedoverskrifter for de sju programdagene:

1. Vanlige tanker og følelser
2. Tankefeller
3. ABC-modellen
4. Dine behov er også viktige
5. Hvordan være tydelig på egne behov
6. Verktøykasse
7. Oppsummering

Referanser

1. Grytten N, Torkildsen Ø, Myhr KM. Time trends in the incidence and prevalence of multiple sclerosis in Norway during eight decades. *Acta Neurol Scand.* 2015;132(199):29–36.
2. Pakenham KI, Chiu J, Bursnall S, Cannon T, Okochi M. The psychosocial impact of caregiving on young people who have a parent with an illness or disability: comparisons between young caregivers and noncaregivers. *Rehab Psychol.* 2006;51(2):113–26.
3. Pakenham KI, Cox S. Test of a model of the effects of parental illness on youth and family functioning. *Health Psychol.* 2012;31:580–90.
4. Bogosian A, Moss-Morris R, Bishop FL, Hadwin J. How do adolescents adjust to their parent's multiple sclerosis? An interview study. *Br J Health Psychol.* 2011;16(2):430–44.
5. Bjorgvinsdottir K, Halldorsdottir S. Silent, invisible and unacknowledged: experiences of young caregivers of single parents diagnosed with multiple sclerosis. *Scan J Caring Sci.* 2014;28(1):38–48.
6. Mauseth T, Hjalmluht E. Adolescents' experiences on coping with parental multiple sclerosis: a grounded theory study. *J Clin Nurs.* 2016;25:856–65.
7. Bogosian A, Hadwin J, Hankins M, Moss-Morris R. Parents' expressed emotion and mood, rather than their physical disability are associated with adolescent adjustment: a longitudinal study of families with a parent with multiple sclerosis. *Clin Rehab.* 2015;30(3):303–11.
8. Moberg JY, Laursen B, Koch-Henriksen N, Thygesen LC, Brødsgaard A, Sørensen PS, et al. Employment, disability pension and income for children with parental multiple sclerosis. *Mult Scler J.* 2017;23(8):148–56.
9. Diareme S, Tsiantis J, Kolaitis G, Ferentinos S, Tsalamaniou E, Paliokosta E, et al. Emotional and behavioural difficulties in children of parents with multiple sclerosis: a controlled study in Greece. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2006;15(6):309–18.
10. Steck B, Amsler F, Grether A, Dillier AS, Baldus C, Haagen M, et al. Mental health problems in children of somatically ill parents, e.g. multiple sclerosis. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2007;16(3):199–207.
11. Bogosian A, Moss-Morris R, Hadwin J. Psychosocial adjustment in children and adolescents with a parent with multiple sclerosis: a systematic review. *Clin rehab.* 2010;24:789–801.
12. Horner RM. Interventions for children coping with parental multiple sclerosis: a systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2012;25:309–13.
13. Pakenham KI, Tilling J, Cretchley J. Parenting difficulties and resources: the perspective of parents with multiple sclerosis and their partners. *Rehab Psychol.* 2012;57(1):52–60.
14. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 24.05.2017).
15. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?qspesialisthelsetjenesteloven> (nedlastet 24.05.2017).
16. Ruud T, Birkeland B, Faugli A, Hagen KA, Helman A, Hilsen M, et al. Barn som pårørende – resultater fra en multisenterstudie. Oslo: Akershus universitetssykehus, Helse Stavanger HF (Stavanger universitetssykehus), Rogaland A-senter, Sørlandet sykehus HF, Vestre Viken HF, Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Øst og Sør, BarnsBeste; 2015.
17. Helsedirektoratet. Barn som pårørende. Oslo; 2010. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-paerrende-IS-5-2010.pdf> (nedlastet 01.12.2017).
18. Helsedirektoratet. Nasjonal plan for selvhjelp. Oslo; 2014. IS-2168. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/300/Nasjonal-plan-for-selvhjelp-2014-2018-IS-2168.pdf> (nedlastet 24.05.2017).
19. Helsedirektoratet. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Oslo; 2017. IS-2587. Tilgjengelig fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/P%3C%3A5r%3C%3B8Brendeveileder.pdf> (nedlastet 21.11.2017).
20. Berge T, Repål A. Den indre samtalen. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2010.



Global ernæring som enkeltemne

Global ernæring er et valgemne ved bachelorutdanning i ernæring ved Bjørknes Høyskole, men kan også tas som enkeltemne av eksterne studenter. Det har jeg nettopp gjort – og her kan du lese litt om hvordan det gikk.

Tekst **Hilde Lyngsmo**, helsesøster og deltaker på Global ernæring i Tanzania 2017

Jeg jobber som helsesøster i flyktninge- og helsestasjon, og møter mennesker fra ulike deler av verden i jobben min. Emnet om global ernæring har, blant annet, gitt meg kunnskap om hvordan man jobber med ernæring globalt og lokalt i Tanzania, og hvordan ernærings situasjonen er i Øst-Afrika. Det har også gitt meg langt mer enn faglig påfyll. Studiet gikk over fire uker, og foregikk i den lille kystbyen Tanga i Tanzania, ikke langt fra grensa til Kenya. Det var både teoretisk og praktisk rettet. Læringskurven var bratt, og opplevelsene og inntrykkene sto i kø.

Forkunnskaper og forventninger

Før avreise var jeg mer enn litt spent. Både for om mine ernæringskunnskaper fra sykepleie- og helsesøsterutdanninga var gode nok (de andre studentene hadde tross alt over to års høyskoleutdanning i ernæring bak seg), og ved tanken på å bo fire uker i Afrika med tropisk klima og en helt annen kultur. Det var både spennende og litt skremmende. Begge deler gikk heldigvis helt fint. Spedbarns ernæring og amming er en del av helsesøsters fagområde, så spesielt den delen av pensum gikk veldig greit.

Jeg hater å fly, og jeg er redd både edderkopper og slanger. For å gjøre en lang historie kort – vi ble godt kjent med mange krypdyr og de var mye mer fascinerende

enn de var skremmende. Noen av flyturerne (og en båtturen utenfor Zanzibar) kunne jeg ha vært foruten men da hadde jeg ikke kommet dit jeg skulle.

Teori og praksis

Emnet bød på gode forelesninger av dyktige lærere. Vi hadde spennende ekskursjoner blant annet til en lokal helsestasjon, ulike matmarked, et lokalt meieri, en mølle, bakeri, hønsefarm og småskala landbruk.

«Utfordringen var å komme så tett på fattigdom og sult.»

Vi hadde også feltarbeid der vi blant annet hjalp en familie å etablere kjøkkenhage. Her plantet vi banantrær og sådde peanøtter, satte søtpoteter og ble kjent med grønnsaker vi ikke hadde hørt om før.

Utfordringer

Den største utfordringen var å komme så tett innpå fattigdom og sult. Veldig mange bor i leirhytter uten strøm og vann. Nesten halvparten av barna i Tanzania er så feilernært/underernært at de ikke vokser som de skal og de blir for korte i forhold til alderen.

Til tross for fattigdom og sult var menneskene vi møtte fulle av livsglede. De var gjestfrie og veldig hyggelige mot oss. Her har vi nok en del å lære: Det er ikke penger og velstand som er avgjørende for hvor fornøyd vi er med livet. «African time» ble vi også godt kjent med. Tålmodighet er kjekt å ha, ikke alltid det går som planlagt, eller til planlagt tid.

Nyttig lærdom

Mitt opphold i Tanzania har lært meg mye om hvordan det jobbes med ernæring globalt, om hvordan det er å bo i en fremmed kultur og, ikke minst, har jeg lært mye om meg selv. En del av det jeg har lært drar jeg nytte av i min jobb i flyktninge- og helsestasjon. Kultursensitiv ernæringsveiledning er noe jeg har lyst til å bruke mer tid på. Det er ikke enkelt å etablere sunne matvaner i en ny kultur, og enda vanskeligere er det dersom man mangler generell kunnskap om ernæring.

Når jeg først var i denne delen av verden dro jeg etter studiet på safari i en uke, og feiret jul og nyttår på Zanzibar. Anbefales! Eksamen etter hjemkomst gikk bra, selv om det var første gang jeg hadde en nettbasert eksamen. Det tok noen uker «å lande» etter jeg kom hjem, men det var verdt det! Jeg kunne ønske jeg kunne gjort dette en gang til! Hvem vet, kanskje byr det seg en anledning til å reise ut igjen? ■



TANZANIA: Alle eleverne som deltog i studiet om global ernæring er her samlet, sammen med lokale ansatte. Foto: Anna Nigicser



ET ANNEN MENY: Et udvalg af lokale frukt- og grønsakssorter i Tanzania. Foto: Kristine Vinje



DET INDISKE HAV: Deltagerne på båt tur til en sandbanke. Foto: Kristine Vinje



SAMLET: Landsbymøte. Foto: Anna Nigicser



Noen fødselsmerker og hemangiomer trenger behandling – vet du hvilke?

Helsepersonell som jobber med spedbarn, må kunne gjenkjenne farlige fødselsmerker og hemangiomer.

Foto Privat

FAKTA

Av **Ingvild Heier**,
Overlege, Oslo universi-
tetssykehus Rikshospi-
talet Barneavdeling for
kreft og blodsykdommer

Artikkelen er først
publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/
Sykepleiens.2018.65749

Hemangiomer er godartete svulster som utvikler seg fra blodkar (av gresk: «hem» = blod, «angio» = kar, «-om» = svulst). De er relativt vanlige, man regner med at omtrent 5–10 prosent av alle barn har ett eller flere hemangiomer (1, 2). Hemangiomer kan være til stede ved fødselen, men utvikler seg oftest i ukene etterpå og er således strengt tatt ikke fødselsmerker. Disse begrepene brukes imidlertid ofte om hverandre. I denne artikkelen gjennomgås de vanligste fødselsmerkene som det er viktig å være oppmerksom på, men hovedtemaet er infantile hemangiomer.

De vanligste fødselsmerkene er «englekys» over øyne og panne (bilde 1), og «storkebitt» i nakken og disse skyldes utvidete blodårer i huden. «Englekys» forsvinner i løpet av spedbarnsalderen mens «storkebitt» vanligvis forblir uendret resten av livet. De forårsaker imidlertid sjelden problemer da de ligger på et sted der de blir dekket av hår.

«Englekys forsvinner i løpet av spedbarnsalderen.»

Større, flate, rødlige flekker i huden, såkalte «portvinsflekker» (bilde 2) er medfødte misdannelser av overflatiske små blodårer og disse går ikke tilbake av seg selv. De kan øke i fargeintensitet med årene og gi hevelse i huden som kan medføre kos-

metiske utfordringer også i voksen alder. Barn med store «portvinsflekker» i ansiktet slik som på bilde 2, bør vurderes og utredes av barnelege fordi et slikt merke kan være assosiert med underliggende misdannelser i hjerne og øyne, samt problemer med overvekst av overkjeven (Sturge-Weber syndrom). (3) De bør også vurderes av hudlege for eventuell laserbehandling.

Fødselsmerker over korsryggen kan enkelte ganger være assosiert med underliggende spina bifida, eller manglende lukning av ryggraden. Dette kan undersøkes med ultralyd av det aktuelle området. Oftest vil dette ha blitt fanget opp ved barselundersøkelsen, men det kan glippe og helsesøstre bør være oppmerksomme på slike fødselsmerker.

Når det gjelder hemangiomene, skiller man mellom de medfødte (kongenitale) hemangiomene, som er til stede ved fødselen, og de vanligere infantile, som utvikler seg etter fødselen. De medfødte

Sammendrag: Hemangiomer hos spedbarn er vanlige og oftest ufarlige tilstander. De utvikler seg som regel etter fødselen, men går så vanligvis tilbake av seg selv i løpet av småbarnsalderen. Noen hemangiomer kan imidlertid forårsake alvorlige medisinske problemer og helsesøstre og andre som følger opp spedbarn bør ha kjennskap til disse for å kunne gi foreldre riktige råd og henvisne de barna som trenger det til medisinsk behandling.

**1****2****3****4****5**

BILDE 1: De vanligste fødselsmerkene er «englekys» over øyne og panne. **BILDE 2:** Barn med rødlige flekker i huden, såkalte «portvinsflekker». **BILDE 4:** Hemangiom med overflatiske og dypere andeler. **BILDE 3:** Hemangiom som av utseende kan minne om et jordbær. **BILDE 5:** Dypere liggende hemangiomer, slik som dette barnet har øverst på hodet, ser blekere eller mer blålige ut.

hemangiomene er sjeldne. De kan av og til vokse etter fødselen, gå tilbake over tid eller forbli uendret over mange år. Avhengig av hvor store de er og hvor de sitter, bør barnet henvises til barnelege eller hudlege for vurdering av diagnose og eventuell behandling.

Infantile hemangiomer

De infantile hemangiomene er de vanligste. De er vanligvis ikke til stede ved fødselen men begynner å vokse etter noen dager eller uker og utvikler seg etter et forutsigbart mønster. De gjennomgår typisk først en vekstfase på en til fem måneder

(proliferasjonsfase). Veksten er raskest de første to til tre månedene og i denne fasen er det viktig å være oppmerksom på om de forårsaker medisinske problemer. (4) Veksthastigheten avtar deretter noe, men de kan fortsette å øke i størrelse fram til cirka ett års alder. Deretter går de inn i en stabil platåfase på noen måneder. Fra cirka ett års alder går de inn i en fase med langsom tilbakegang over noen år (involutjonsfase), slik at de fleste er borte i god tid før skolealder.

Barn kan ha ett eller flere hemangiomer. De forekommer hyppigst i huden i hode- eller ansiktsregionen, er overflatiske og ser oftest ut som «jordbær» i



FAKTA

Kriterier for henvisning til barnelege eller øyelege

- Hemangiom som forstyrrer synet, spising, hørsel eller andre viktige funksjoner
- Stort hemangiom med betydelige kosmetiske problemer
- Fem eller flere hemangiomer i huden (ultralyd abdomen, obs affeksjon av indre organer)
- Segmental portvinsflekk eller hemangiom i ansikt/hode eller over korsryggen
- Rask vekst med sårdannelse



BILDE 6: Sårdannelse i huden.

huden (bilde 3). Det kan også være blandingstyper med overflatiske og dypere andeler (bilde 4). Andre hemangiomer forekommer helt under huden og slike dypere liggende hemangiomer ser blekere eller mer blålige ut mens den overliggende huden er normal (bilde 5). De dypere liggende hemangiomene vokser noe lenger og tilbakedannes noe senere.

Komplikasjoner

Noen hemangiomer vokser raskt og sitter på steder som gjør at de forårsaker medisinske problemer underveis. Det er viktig å gjenkjenne disse tidlig, så nødvendig medisinsk behandling ikke forsinkes. Avhengig av hvor store de har vært, kan de også etterlate arr eller andre hudforandringer, slik at oppfølgingen bør fortsette til man har sett det endelige kosmetiske resultatet (5).

Hemangiomer som vokser raskt kan medføre sårdannelse i huden (bilde 6). Dette kan både være smertefullt for barnet, gi infeksjoner og øke risikoen for permanent arrdannelse.

Det er spesielt viktig å være oppmerksom på

«De medfødte hemangiomerne er sjeldne.»

lokalisering rundt øyet (bilde 7). Rask vekst her kan forhindre synet på det affiserte øyet. Dersom synsnerven hos et spedbarn ikke blir stimulert, for

eksempel fordi øyet er lukket som følge av et hovent øyelokk, kan synet på det øyet bli permanent skadet, da hjernen «kopler ut» informasjonen derfra (amblyopi). Barnet på bildet hadde ingen hudforandringer ved fødsel og det meget store hemangiomet utviklet seg over to måneder, hvilket understreker at veksten i denne alderen er meget rask og det haster med å henvise et slikt barn til barnelege. Konferer og henvis eventuelt også til øyelege ved bekymring for at synsbanen blir hemmet av et hemangiom. Behandling med lappekklusjon av det friske øyet for å stimulere det som er hemmet (bilde 8), kan være aktuelt. Behandlingen består i å trene opp synet på det dårlige øye ved å dekke til det gode øyet med lapp et visst antall timer per dag. Dette bildet er tatt av det samme barnet etter 19 dager med behandling med propranolol. Etter et år med behandling er det nærmest komplett tilbakegang av forandringen (bilde 9).

Dersom det er et stort hemangiom som berører større flater i ansikt eller hode, tilsvarende utbredelsen av ansiktsnerven (nervus trigeminus), dreier det seg om såkalt segmentalt hemangiom (bilde 7). I slike tilfeller bør også barnet henvises til utredning ved barneavdeling, da dette er assosiert med økt risiko for karmisdannelser i hjernen og også andre medfødte feil (øyne, hjerte, skjelett) (PHACES syndrom eller Sturge-Weber syndrom, som nevnt over) (2).

Hemangiomer kan også forekomme i indre organer, og er da vanligst i leveren. Noen ganger kan slike hemangiomer være så store at svært mye av blodet i sirkulasjonen går gjennom dem til ingen nytte. Dette



BILDE 7: Hemangiom rundt øyet kan skade synet. **BILDE 8:** Behandling av de friske øyet for å stimulere det som er hemmet. **BILDE 9:** Barn som har fått behandling med propranolol.



kan medføre økt belastning på hjertet og i alvorlige tilfeller gi hjertesvikt. Hemangiomer kan også forekomme i luftveiene (subglottisk) og forårsake alvorlige pusteproblemer hos spedbarn. Dersom man har mer enn fem hemangiomer i huden (bilde 10), er det økt risiko for at det også foreligger hemangiomer i indre organer og barnet bør vurderes av barnelege og undersøkes med ultralyd av abdomen og eventuelt av hodet, dersom fontanelen fortsatt er åpen.

Årsak

Hemangiomer er ikke arvelige men forekommer sporadisk. De er noe vanligere hos jenter, hos premature og etter svangerskap der det har blitt utført

«Hemangiomer kan også forekomme i indre organer, og er da vanligst i leveren.»

fostervannsdagnostikk eller morkakeprøve. Man tror at hemangiomer skyldes at celler fra morkaken har løsnet og etablert seg i fosteret. Så lenge barnet er inne i magen, er det hemmende faktorer fra morkaken som forhindrer vekst, men når barnet kommer ut og den hemmende effekten fra morkaken forsvinner, begynner disse cellene å vokse og utvikler seg til hemangiomer (2).

Behandling

Hvis hemangiomet er av en slik størrelse at det medfører betydelige kosmetiske problemer, forårsaker medisinske problemer ut fra lokalisasjon (øye, munn, nese, genitalia) eller sårdannelse, er det indisert med medikamentell behandling. Fordi veksten er størst de første to til tre månedene er det som regel i denne perioden det er viktigst å følge med på veksten og vurdere behovet for henvisning til behandling.

Betablokkeren propranolol har rask og god effekt (1, 6) (Bilde 7, 8 og 9) og det finnes nå et markedsført preparat med forhåndsgodkjenning for infantile hemangiomer, som heter Hemangirol®. Denne behandlingen skal startes og følges opp av barnelege.

Propranolol gis som en mikstur to ganger daglig over en behandlingsperiode på flere måneder,

gjerner til barnet er omtrent ett år gammel og man forventer at hemangiomet vil slutte å vokse og gå tilbake av seg selv. Av og til kan hemangiomet begynne å vokse igjen etter at medisinen er seponert og man kan da eventuelt ved behov gjenoppta behandlingen.

Man bør ta et EKG av barnet før oppstart av behandlingen for å utelukke at det foreligger hjerterytmeforstyrrelser. Bivirkninger kan være lavt blodsukker og det er derfor viktig at medisinen gis samtidig med mat. Hos små babyer som gulper og der man er usikker på om matinntaket er tilstrekkelig, vil man vurdere å legge barnet inn i barneavdeling i forbindelse med oppstart av medisineren. Andre bivirkninger er urolig søvn, diaré og forverring av eventuell underliggende astma. Dersom man opplever uakseptable bivirkninger av behandlingen, kan man prøve en annen type betablokker, Atenolol, som også har god effekt og mindre bivirkninger (7).

Små, overflatiske hemangiomer kan også forsøksvis behandles med lokalt appliserte øyedråper som inneholder betablokkeren Timolol (8).

Andre behandlingsmetoder som kirurgi og laser er sjeldnere nødvendig, særlig etter at man oppdaget at betablokker har god effekt. Ved alvorlige tilfeller der øye eller luftveier er akutt truet, kan det imidlertid være aktuelt. Laserbehandling kan også vurderes når barnet nærmer seg skolealder, dersom et hemangiomet har etterlatt store restforandringer og man da fortsatt har et kosmetisk utilfredsstillende resultat.

Vurderingen av hvem som bør få behandling, er ikke alltid lett å gjøre. Noen ganger er det en helt klar indikasjon (se over), men det vil ofte være grensetilfeller der man har en tilstand med en viss kosmetisk skjemmende effekt men uten noen medisinske konsekvenser for barnet. Foreldrenes ønsker må selvsagt høres og man kommer som regel fram til enighet om hva som er best å gjøre. Man må veie ulempene for barnet og familien ved å måtte gi medisiner to ganger daglig i mange måneder med mulige bivirkninger, opp mot fordelene ved å skrumpe en hudforandring som uansett vil gå tilbake av seg selv etter noen måneder eller kanskje år.

Oppsummering

Hemangiomer hos spedbarn er vanlige, godartete svulster i blodkar som utvikler seg etter fødselen. Som regel er de uten medisinsk betydning, da de tilbakedannes i god tid innen skolealder. Noen



10

BILDE 10: Hvis barnet har mer enn fem hemangiomer på huden, er det økt risiko for at det kan ha slike også på indre organer.

kan imidlertid forårsake betydelige medisinske problemer ut fra lokalisasjon, vekstmønster og utbredelse. Hemangiomene vokser raskest de første to til tre månedene og det er i denne fasen viktig å oppdage de tilfellene som kommer til å skape problemer og henvise disse til utredning og behandling for å begrense skaden hos barnet. Betablokkeren propranolol har rask og god effekt på infantile hemangiomer, men behandlingen går over mange måneder og kan gi bivirkninger, så behandlingsindikasjonen må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Det er viktig å være oppmerksom på de typene fødselsmerker som kan være assosiert med underliggende medisinske problemer, som portvinsflekker i ansikt og over korsryggen samt segmentale hemangiomer i ansiktet og henvise til barnelege ved behov. ■

Referanser

1. Guldbakke KK, Rordam OM, Huldt-Nyström T, Hanssen HK, Hoivik F. Propranolol used in treatment of infantile hemangioma. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2010;130(18):1822–4.
2. Darrow DH, Greene AK, Mancini AJ, Nopper AJ. Diagnosis and management of infantile hemangioma. *Pediatrics*. 2015;136(4):e1060–104.
3. Sudarsanam A, Ardern-Holmes SL. Sturge-Weber syndrome: from the past to the present. *Eur J Paediatr Neurol*. 2014;18(3):257–66.
4. Chang LC, Haggstrom AN, Drolet BA, Baselga E, Chamlin SL, Garzon MC, et al. Growth characteristics of infantile hemangiomas: implications for management. *Pediatrics*. 2008;122(2):360–7.
5. Baselga E, Roe E, Coulie J, Munoz FZ, Boon LM, McCuaig C, et al. Risk factors for degree and type of sequelae after involution of untreated hemangiomas of infancy. *JAMA dermatology*. 2016;152(11):1239–43.
6. Ames JA, Sykes JM. Current trends in medical management of infantile hemangioma. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;23(4):286–91.
7. Fernandez-Pineda I, Williams R, Ortega-Laureano L, Jones R. Cardiovascular drugs in the treatment of infantile hemangioma. *World J Cardiol*. 2016;8(1):74–80.
8. Painter SL, Hildebrand GD. Review of topical beta blockers as treatment for infantile hemangiomas. *Surv Ophthalmol*. 2016;61(1):51–8.



Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak

Helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål. Sykdomsforebygging skal identifisere sykdomstegn og forhindre, utsette eller minske konsekvenser av sykdom. Økt satsing på helsefremmende arbeid er samfunnet tjent med.

FAKTA

Av Bjørg Synnøve Aglen, Førstelektor, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Vibeke Olufsen, førstelektor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Geir-Arild Espnes, professor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Økt mestringstro og evne til selvhjelp i befolkningen, både som individ og kollektiv, kan dempe etterspørselen etter hjelp fra helse- og velferdstjenester. Det er nødvendig både for en bærekraftig helsetjeneste og et bærekraftig folkehelsearbeid. Det gjør ikke sykdomsforebyggende og kurativt arbeid overflødig, men til et supplement.

Når helsestasjoner og skolehelsetjenesten støtter og bekrefter barn, unge og foreldre i deres valg av handlinger ved normale livsutfordringer, fremmer det god helse. God helse forsterkes ved at helsetjenesten samtidig peker på og aktiverer mestringsressurser i hver enkelt person, i familien, i skolen og i lokalsamfunnet. På den måten kan vi oppnå bedre folkehelse og få en bærekraftig helsefremmende og forebyggende helsetjeneste.

Viktig skille

Hvorfor er det så påtrengende å løfte frem skillet mellom helsefremmende og forebyggende arbeid?

Mønstrer for sykdom og helse i Europa og verden over har endret seg. Det er økning i forekomsten av

ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, hjertesykdom, kreft, muskel-skjelettlidelser og mentale helseproblemer, blant annet som følge av at vi lever lenger. Samtidig innebærer bedre behandling og overlevelse at flere lever med sykdomssymptomer,

Sammendrag: I denne artikkelen vil vi argumentere for helsefremming som et fundamentalt forskjellig utgangspunkt enn sykdomsforebygging. Helsefremmende arbeid stimulerer utløsning av ressurser i individer, familier og lokalsamfunn, slik at de kan mestre utfordringer selv, oppleve mening, livsglede og tiltro til egne ressurser.



PÅ TUR: Gleden man opplever ved å gjøre noe sammen med andre, er bra for helsen. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



funksjonsnedsettelse og bivirkninger av behandling.

Helsetjenestens kapasitet utfordres. Det er ikke bare flere eldre med kroniske sykdomstilstander som truer kapasiteten. Befolkningens økende forventninger om at helsetjenesten skal gi dem et liv fritt for sykdom og bivirkninger av behandling, øker etterspørselen og kravene til medisinsk behandling (1, 2). Det har vært en formidabel økning i helsetjenestens tilbud basert på nyvinninger i medisinsk forskning. Samtidig viser utviklingen at økt tilgang til medisinsk behandling ikke bedrer folkehelsen (2, 3).

Når livet blir sykeliggjort

Det mest påfallende, og også alvorligste «symptomet» på situasjonen, er økningen i ungdommers rapporte-

ring av psykiske problemer, bekymringer og belastende stress (4). Det er påfallende, fordi tilbudene til dagens ungdom overgår forrige generasjoners tilbud på alle områder. Det er alvorlig, fordi disse ungdommene på den ene siden representerer framtidens befolkning som skal skape velferd og på den andre siden representerer framtidens pasienter som helsetjenesten skal bistå.

I møte med disse utfordringene er det gjerne individuelle behandlingstiltak som etterspørres, fordi vi i vårt samfunn er vant til å tenke at helsetjenesten skal «reparere» individet slik at det blir friskt igjen. Både det å bli voksen, å bli gammel og det å leve med sykdom kan sees som normale, men utfordrende, livshendelser som ikke nødvendigvis trenger behandling.





Myndigheter og samfunnsplanleggere i Europa og resten av verden erkjenner at vi ikke kan fortsette som nå, men har behov for nye bærekraftige løsninger i samfunnet som helhet, både i helsetjenesten og i folkehelsearbeidet (3, 5, 6). Økende omfang av uhelse, i tillegg til både den offentlige og private helsetjenestens sykdomsfokus og behandlingssiver, skaper en situasjon som ikke er bærekraftig på sikt. Den behandlingssivoren og forventningen om behandling som er beskrevet ovenfor, er ikke bærekraftig. Noen vil utvilsomt trenge behandling. På en annen side, som helsetjeneste og samfunn kan vi ikke fortsette å «produsere» pasienter gjennom å sykliggjøre livsutfordringer.

Helsefremming

Ettersom vi argumenterer for at helsefremming er noe fundamental annet enn sykdomsforebygging, er det vesentlig å redegjøre for forskjellene.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helsefremming som en prosess som gir folk økt kontroll over og muligheter til å forbedre helse sin (7).

Ottawacharteret, som ble utarbeidet på den første internasjonale kongressen om helsefremming i 1986, bygger på erkjennelsen av at helse skapes av befolkningen selv der de lever, bor og arbeider (8). Myndigheter og helsetjeneste skal derfor understøtte helsefremmende prosesser. Ut fra denne erkjennelsen, er helse forstått som individer, grup-

«Helse skapes der folk lever, bor og arbeider.»

per og samfunnets evne til å mestre og tilpasse seg de utfordringer livet byr på (9). Denne forståelsen av helse er en annen enn den som tradisjonelt har vært benyttet av helsetjenesten: Helse som fravær av sykdom. Økt kontroll og muligheter skapes gjennom at folk involveres og får muligheten til å påvirke de faktorene som fremmer helse i sine liv. Disse faktorene er benevnt som helsedeterminanter og omfatter utdanning, inntekt, bomiljø, sosial støtte, kjønn og annet (10).

Helse skapes der folk lever, bor og arbeider. Folkehelsearbeid og helsefremming henger nøye sammen (11). Folkehelse skapes når folk opplever en reell mulighet til å delta i utformingen av de

sosiale sammenhengene de inngår i. Folkehelsearbeid innebærer derfor å mobilisere befolkning eller befolkningsgrupper til å engasjere seg i utforming av lokalsamfunn og arbeidsforhold.

I folkehelsearbeid er det å mobilisere befolkningsgrupper minst like viktig som innsats rettet mot enkeltindivider. Dette er en ny og annerledes måte å forstå folkehelsearbeid på, i hvert fall her i Norge. Det er folkehelsearbeid i et helsefremmende perspektiv som i større grad stemmer overens med WHO sin forståelse av folkehelsearbeid enn den myndighetene i Norge til nå har stått for.

Aktivering av mestringsressurser

Helsefremmende arbeid bygger på salutogen tekning, i motsetning til sykdomsforebyggende som bygger på en patogen tekning (12).

En salutogen tenkning innebærer at enhver hendelse i livet gir mulighet for vekst og læring, forutsatt at personen opplever å ha ressurser til å takle hendelsene og har den forventningen til seg selv at de kan takles (13). Slike mestringsressurser kan aktiveres både i personen selv og i omgivelsene. Aktivering av mestringsressursene bidrar til at personen kan oppleve alle hendelser i livet som forståelige, håndterlige og meningsfulle. Gjennom oppveksten kan en person bygge mestringsressurser forutsatt et støttende oppvekstmiljø med tilpassete utfordringer. Poenget er altså ikke å skjerm barn og unge fra utfordringer i livet, men å lære dem å takle dem og få tiltro til at de kan takles.

I en helsefremmende dialog er fokus å finne frem til og aktivisere mestringsressurser både i og utenfor individene og familiene, slik at situasjonen oppleves begripelig, håndterbar og meningsfull. Tiltakene består i sosial støtte tilpasset ressursene i individet eller familien, men hele tiden slik at den understøtter prosessen mot å gjenvinne kontroll for individet eller familien.

Sykdomsforebyggende arbeid

I sykdomsforebyggende arbeid forutsettes det at helsepersonell vet hvilke tegn på sykdom de ser etter, hvilke risikoatferder de skal kunne identifisere, og de må kunne skille normal fra unormal utvikling (14).

Mens helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål, har sykdomsforebygging identifisering av sykdomstegn og å forhindre, utsette eller minske konsekvenser av sykdom (12).

FAKTA

Folkehelsearbeid

Folkehelse er definert som «kunsten og vitenskapen om å forebygge sykdom, forlenge livet og fremme helse gjennom organisert samfunnsarbeid» (Acheson, 1988; WHO, udatert). Folkehelsearbeid har som mål å legge til rette samfunnet slik at befolkningen selv kan ivareta og forbedre sin helse og trivsel. Folkehelsearbeid har helse i vid forstand som mål, ikke bare å utrydde og bekjempe visse sykdommer. Folkehelsearbeid kan være befolkningsrettet – slik som rett til utdanning for alle, helseopplysningskampanjer og regulering av tilgang til alkohol og tobakk, eller individrettet slik vaksinasjoner, veiledning og rådgivning (3, 5, 6).

I sykdomsforebyggende arbeid er det ekspertene, det vil si helsepersonellet, som vet hva som er rett og best, definerer problemet og presenterer løsningen for pasienten. Pasienten blir møtt med generell informasjon som er tilpasset de fleste. I den sykdomsforebyggende arbeidsmåten er helsepersonell ekspertkunnskap i fokus, både hos «pasienten» og helsepersonellet.

Barn, unge og familier blir «pasienter» som lener seg til ekspertens kompetanse. Denne måten å arbeide på kan medføre passivisering og tillært hjelpeløshet (15) fordi pasientens ressurser i liten grad har fokus og aktiviseres.

Denne arbeidsmåten står derfor i motsetning til arbeidsmåten i det helsefremmende arbeidet (12). Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid er derfor ikke to sider av samme sak, men to fundamentalt ulike, men komplementære, forståelser i tilnærmingen til folkehelsearbeid. En sykdomsforebyggende arbeidsmåte kan kombineres med en helsefremmende. Poenget er å være bevisst på forskjellen og balansen mellom dem.

Slik sykdomsforebyggende arbeid er utformet i dag, hviler det på forestillinger om at det er mulig å identifiser risiko og kunne snu en uheldig utvikling gjennom kartlegging og tidlig intervensjon av enkeltindivider, fortrinnsvis basert på standardiserte programmer og tiltak (se for eksempel programmet «Tidlig inn») (16, 17). Etter år med epidemiologisk forskning på sykdomsforebyggende arbeid vokser det frem en gryende erkjennelse både blant praktikere, samfunnsplanleggere og forskere om at



risiko for sykdom og skjevutvikling er sammensatt av mange faktorer, mange flere enn vi i dag klarer å identifisere.

Skapes der folk bor

For di helse skapes der folk bor, lever og arbeider, er enkeltindividets valg betinget av forhold knyttet til fellesskapets normer, verdier og betingelser (12). I de aller fleste tilfeller sammenfaller ikke ekspertens synspunkt på nødvendige endringer i livsførsel med hva vanlige folk ønsker å prioritere i livene sine. Hva folk prioriterer er begrunnet i verdivalg utenfor helsetjenestens påvirkningsfelt. Det er først når «skaden er skjedd» at individer kan være villig til å endre atferd.

Ettersom helseatferd er tillært gjennom oppdragelse og kulturelt betingete forventninger, vil heller ikke raten av dem som «rekrutteres» til risikoatferd endres med individrettede sykdomsforebyggende tiltak (18). Tiltakene for bedre folkehelse må skapes

MESTRING: Det er bra for barn å lære å takle utfordringer. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



av dem det gjelder, med støtte og tilrettelegging fra myndigheter som tenker «folkehelse i alt vi gjør». Det som kan vise seg virksomt, også når målet er å redusere sykdom, er mer helsefremmende arbeid!

Eksempler på samfunnsorientert og systemorienterte tiltak kan være tilrettelegging for og oppmuntring til å ta sykkel til jobb, utvikling av positive læringsmiljø i videregående skole slik at elever får lyst til å møte opp, eller utforming av uformelle møteplasser i lokalsamfunnet som innbyggerne selv finner attraktive å bruke. For at slik tiltak skal virke, kan de ikke «vedtas» av eksperter, som for eksempel helsepersonell, men må være et resultat av demokratiske prosesser som involverer de berørte.

Frem til nå kan det synes som det er arbeidet ut fra forestillingen om at jo mere sykdom vi forebygger, jo mer helse skapes. Denne sammenhengen

«En sykdomsforebyggende arbeidsmåte kan kombineres med en helsefremmende.»

synes altså ikke å være fruktbar alene, når det vi ønsker å oppnå er bedre folkehelse og en bærekraftig helsetjeneste.

Våre nye faglige retningslinjer for helsestasjon og skolehelsetjeneste (19) gir konkrete føringer for sykdomsforebyggende arbeid, men er på langt nær så konkret når det gjelder det helsefremmende arbeidet. Tvert om synes det som om det patogene tankegodset fra sykdomsforebygging fremdeles gjennomsyrrer retningslinjen. Å fremme helse og forebygge sykdom blir nevnt som om det er synonymt og uten å tydeliggjøre noen forskjell.

Våre fagmyndigheter poengterer at skille mellom helsefremming og forebygging er teoretisk og ikke har noen praktisk betydning:

«Fagteoretisk og prinsipielt er et slikt skille [mellom helsefremming og forebygging] hensiktsmessig. I det praktiske folkehelsearbeidet vil imidlertid innsats langs de to aksene [helsefremming og forebygging] gå hånd i hånd, utfylle hverandre og i stor grad overlape hverandre. De fleste helsefremmende tiltak vil også ha en sykdomsforebyggende effekt. På samme måte vil det meste som gjøres av forebyggende innsats også ha potensial til å styrke

og fremme helsen. I daglig, praktisk arbeid har skillet derfor begrenset verdi» (20).

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Hvordan settes helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Norge i stand til å jobbe helsefremmende?

Vår påstand er at hverken våre helsemyndigheter eller vi selv om helsesøstre er tydelige på skillet mellom helsefremming og sykdomsforebyggende arbeid. Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal i henhold til myndighetskravene både forebygge sykdom og skade, og fremme helse. Mens vår tidligere veileder til forskrift for helsestasjon og skolehelsetjenesten var mer tydelig på skillet mellom helsefremming og forebygging, er ikke våre nye faglig retningslinjer det.

Det synes derfor nødvendig med en nyorientering av folkehelsearbeidet generelt sett, og helsestasjons og skolehelsetjenesten spesielt. Vi hevder at det er nødvendig med utvikling og forskning på folkehelsearbeid som hviler på WHO sin forståelse av hva helsefremming er.

Det finnes eksempler på helsefremmende strategier som bygger på WHO sin forståelse av helsefremming. MEST er et helsefremmende program utviklet av Nina Holmen. Hun er helsesøster i skolehelsetjenesten i videregående skole i Trondheim (21). Programmet bygger på en anonym elektronisk kartlegging av elevers selvrapporterte mestringsutfordringer ved skolestart hvert år. Eleven registrerer kun hvilken klasse de går i. Ut fra kartleggingen samhandler skolehelsetjenesten med skoleledelsen, lærere, elever og foreldre om hvilke strategier og tiltak som best skaper mestring, trivsel og læring. Denne formen å jobbe på gir nødvendig fleksibilitet til å skreddersy tiltak som oppleves relevante for skolen, klasser og grupper av elever hvert år. Det fremmer elevenes autonomi og innflytelse på skolens arbeid for et godt psykososialt miljø.

Det vektlegges at elevene selv skal ta ansvar for egen helse, og at elevene får tilbud om både individuell oppfølging, så vel som tiltak som påvirker skolemiljøet som helhet, elever og deres foreldre for at gode helsevalg skal bli enklere å ta (22).

Nye muligheter

Vi har argumentert for at det helsefremmende arbeidet har liten plass i både folkehelsearbeidet og i helsetjenesten.

Majoriteten av forskning i folkehelsearbeidet dreier seg om sykdomsforebyggende arbeid og epidemiologi. På en annen side, det er fra dette forskningsmiljøet erkjennelsen nå kommer om at det kanskje er på tide

å endre kurs (se for eksempel Syme og medarbeidere (2007) sin artikkel).

Kanskje det er på tide å etablere et forsknings- og utviklingscenter for helsefremmende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjeneste? Et senter som tar på alvor at helsefremming og sykdomsforebygging er to fundamentalt ulike tilnæringer til folkehelsearbeid? Kanskje det også er på tide å sørge for at en helsefremmende tankegang får utviklingsmuligheter i alt helsetjenestearbeid og i all helsepersonellutdanning? ■

Referanser

- Meld. St. 34. (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet; 2016.
- WHO. Health in 2015: from MDGs, Millennium development goals to SDGs, Sustainable Development Goals. WHO; 2015.
- Schroeder K, Thompson T, Frith K, Pencheon D. Sustainable healthcare. Hoboken: Wiley; 2012.
- Bakken A. Ungdata Nasjonale resultater. NOVA -rapport nr 8/16 [internett]. Oslo: NOVA; 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HIOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/N...> (nedlastet 30.05.18)
- Acheson D. Public health in England : the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. Great B. Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health F, red. London: H.M.S.O.; 1988.
- WHO. Public health services udatert [Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-se...>
- Nutbeam D. Health Promotion Glossary. In: WHO, red. Geneva: World Health Organization; 1998.
- World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION/ CHARTE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ. Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Sante'e Publique. 1986;77(6):4230.
- Fugelli P, Ingstad B. Helse - slik folk ser det Tidsskrift for den norske legeforening [Internett]. 2001; 121: [3600–4 pp.]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2001/12/tema-helse-og-kultur/helse-slik-folk-ser...>
- WHO, red. Health Impact Assessment - the determinants of health 2018.
- Lillefjell M, Wist G, Knudsen MS. Kunnskapsbasert folkehelsearbeid: kartlegging av kunnskapsgrunnlag, pågående satsinger samt forsknings- og kompetansebehov i folkehelsearbeidet lokalt og regionalt. Trondheim: Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU; 2011.
- Gammersvik Å. Helsefremmende arbeid i sykepleie. In: Gammersvik Å, Larsen TB, red. Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis. 2. utg. ed. Bergen: Fagbokforl.; 2018. p. 113–33.
- Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
- Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.
- Seligman MEP. Learned Helplessness. Annual Review of Medicine. 1972;23(1):407–12.
- KORUS. Tidlig inn 2018, 20. april. [Tilgjengelig fra: <http://www.korusnord.no/Tidlig-identifikasjon/Tidlig-inn/>.
- Mathiesen IH, Skoland K. Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn - hva har skjedd i kommunene? 2016. I: Rapport IRIS - 2016/054, [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/Global/Oppdatert%20rapport%20om%20tidlig%20inn...>
- Syme SL. The prevention of disease and promotion of health: the need for a new approach. European Journal of Public Health. 2007;17(4):329–30
- Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelset...>
- Helsedirektoratet. Folkehelsearbeidet - veien til god helse for alle: Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/651/Utvikli...>
- Holmen N. MEST er et tilbud fra skolehelsetjenesten til elever på videregående skole med fokus på mestring av hverdagsutfordringer [internett]. Tilgjengelig fra: http://www.heimdal.vgs.no/upload/Heimdal_vgs/dokumenter/helsesoster/Info... (nedlastet 30.05.18)
- Bjørnsen HN, Ringdal R, Eilertsen M-E, Espenes G-A, Holmen NS, Moksnes UK. Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse [internett]. Oslo: Sykepleien; 2018. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/01/kunnskap-kan-gi-ungdom-bede-psy...> (nedlastet 30.05.18)

ANNONSE



MENTAL
HELSE
UNGDOM

HVORDAN KAN VI NORMALISERE PSYKISK HELSE BLANT UNGE MENN?

I september 2018 lanserer Mental Helse Ungdom en film som skal fungere som et refleksjonsverktøy for helsesykepleiere i samtale med elevene.

Formålet med filmen er å skape større åpenhet om unge menns psykiske helse gjennom å ta opp temaer som maskulinitet og relasjoner. Med filmen kommer spørsmål om hva psykisk helse betyr og hvordan man tar vare på den. Vi håper på å skape refleksjon rundt at alle har en psykisk helse og at alle må klare å snakke om det for å kunne ha det bra.

Filmen og oppgaven vil finnes tilgjengelig på Mental Helse Ungdoms hjemmeside i september. Les mer på mhu.no eller følg oss på Facebook.



Hjelp foreldre til bedre samspill med barnet

Hvordan kan helsesøstre hjelpe foreldre til å få et best mulig samspill med spedbarnet? Forskning viser at gode innfallsvinkler er spedbarnsrettet tale, sensitivitet, respons og gjensidig tilpasning i samspillet.

FAKTA

Av Lisbeth Valla, helsesøster. Førsteamanuensis Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet

Linn Limbodal, helsesøster Eidsvoll helsestasjon

Ragnhild Lunner, helsesøster. Kardiologisk sykepleier, Nittedal helsestasjon

Anja Sigrid Larsen, helsesøster. Førsteamanuensis Institutt for sykepleie og helsefremmende tiltak, Oslomet

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/
Sykepleiens.2018.70336

Barn utvikles i samspill med sine omgivelser. Spesielt viktig for barnets utvikling er samspillet i de nære relasjoner, altså mor og far. Et godt samspill mellom foreldre og spedbarn har avgjørende betydning for barnets psykososiale utvikling (1). Ifølge Nasjonale faglige retningslinjer for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjonen er et av målene å bidra til et godt samspill mellom foreldre og barn. Det anbefales derfor at helsesøster veileder foreldre om samspill i alle helsestasjonskonsultasjoner i helsestasjonsprogrammet (1). Samtidig som det anbefales samspillsveiledning står det ikke hvordan dette skal gjennomføres i praksis, noe som betyr at det er stor variasjon i både gjennomføring av veiledning og kunnskapstilførselen til foreldrene. Det er tidligere funnet at helsesøster er mer opptatt av mor enn av barnet når samspill vurderes i helsestasjonskontroller, selv om fokus bør være på både foreldrene og barn (2). Det trengs mer kunnskap og en tydeligere beskrivelse av hva som fremmer et godt samspill. Forskning tyder på at foreldres bruk av spedbarnsrettet tale, sensitivitet og respons, og en gjensidig tilpasning kan fremme barnets psykososiale utvikling (3,4,5,6).

Hva er samspill?

Samspill er en toveis dialog med overføring av informasjon, samholdighet og gjensidig regulering av atferd (7,8,9). I et samspill er det en vekslende

mellom invitasjon til oppmerksomhet og respons på invitasjon, hvor foreldrene ivaretar barnets behov for emosjonsregulering[ESI] [LEL2] og støtter barnet i utforskning og lek.

Barn er født som sosiale og kommuniserende vesener som er biologisk justert til å skape kontakt med betydningsfulle voksne. Spedbarnet viser tidlig evne til å oppfatte og bearbeide signaler, og er i stand til å kommunisere med foreldrene allerede timer etter fødsel (10). For å bli kjent med omgivelsene bruker det nyfødte barnet alle sanser (syn, hørsel, lukt, smak og berøring) og kan tidlig tone seg inn på den voksnes stemning. I dialogen med nære omsorgsgivere deltar barnet med lyder, gester og følelsesuttrykk, og barnets signaler som gråt og smil fungerer som oppmerksomhetsvekker for den voksne (10). Det meste av kommunikasjonen i den første tiden blir basert på «ansikt til ansikt interaksjoner», hvor de nære voksne evner å lese barnets

Sammendrag: Samspillet mellom foreldre og spedbarn har avgjørende betydning for barnets psykososiale utvikling. Foreldrenes evne til å være sensitive og responsive til barnets signaler, bruke spedbarnsrettet tale og være gjensidig tilpasset hverandre, er sentrale elementer i samspillet som fremmer psykososial utvikling. Helsesøster kan bidra til å fremme barns psykososiale utvikling gjennom samspillsveiledning.



følelsestilstand. Når den nære omsorgsgiveren fortolker barnets uttrykk, handlinger og følelser, løftes barnets bidrag inn i samspillet. Ved systematiske og konsekvente svar fra den voksne på barnets signaler, utvikles en emosjonell trygghet og forventninger hos barnet på hva som vil skje i samspillet. Etter hvert som barnet utvikles, endres også samspillferdighetene. Barnet vil etter hvert bli i stand til å rette oppmerksomheten mot både person og objekt ved å la blikket og oppmerksomhet vekse mellom dem («Joint attention») (11,12.)

Spedbarnsrettet tale

En oversiktsartikkel som inkluderer 144 studier antyder at spedbarnsrettet tale (infant directed speech) har betydning for barns psykososiale utvikling (5). Spedbarnsrettet tale kjennetegnes ved at den voksne bruker spesifikke lyder (prosodiske) gjerne høyt toneleie, og sammensetning av ord (leksikalske, syntaktiske) i kommunikasjonen med barnet (13). Denne taleformen skiller seg fra «den vanlige eller naturlige voksentalen» (Adult directed speech) ved varighet og hastighet, hvor ord og uttrykk er kortere. En overdriver gjerne emosjonelle ansiktsuttrykk, og bruker blikket. Den voksne intoner seg i forhold til barnet og barnets rytme i språket følges (14,5).

Når voksne bruker spedbarnsrettet tale i samspillet vil det øke fokus i dialogen og tiltrekke spedbarnets oppmerksomhet (15,16). Økt oppmerksomhet

og mer aktiv deltakelse i samspillet vil kunne gi spedbarnet mer sosial erfaring og mulig fremme både læring, følelsesmessig- og kognitiv utvikling (5). Selv om denne taleformen er en intuitiv foreldrekompetanse, vil det være stor variasjon blant foreldre. Helsesøster bør derfor legge vekt på å bevisstgjøre foreldre og fremme spedbarnsrettet tale i kommunikasjonen som foreldrene har med barnet. Dette kan gjøres ved å gjøre foreldre oppmerksom på situasjoner der de snakker på denne måten og framheve respons og betydning for barnet. Det er grunn til å tro at når foreldre blir oppmerksomme på denne talemåten, vil det motivere dem til å fortsette.

Sensitivitet og respons

Forskning tyder også på at sensitiv og responsiv omsorg vil kunne fremme barnets psykososiale utvikling (3,4, 5, 6). Begrepet sensitivitet omhandler omsorgsgivers grad av å ha korrekt oppfattelse

«En overdriver gjerne emosjonelle ansiktsuttrykk og bruker blikket.»

av barnets signaler, og gi passende og konsekvente responser til barnets behov (17). Sensitivitet kan derfor synes å innebære i hvilken grad omsorgsgiver tolker barnet på riktig måte, altså ikke tolker

SAMSPILL: Helsesøster bør fortelle foreldre hva de gjør bra i samspill med barnet. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

barnets signaler ut ifra egne behov og ønsker, og samtidig reagerer på en måte som vil gi barnet en opplevelse av at omsorgsgiver er tilgjengelig for barnets behov. For å få dette til er det viktig at foreldrene blir bevisstgjort på å se spedbarnet som en aktiv kommunikasjonspartner (18). Helsesøster kan fremme foreldresensitivitet ved å observere og utforske barnet sammen med foreldrene. De kan sammen observere og reflektere over barnets kapasitet, ressurser og behov for utviklingsstøtte. Hvilke

«Helsesøster kan fremme foreldresensitivitet ved å observere og utforske barnet sammen med foreldrene.»

signaler gir barnet? Er barnet urolig, trøtt, våken eller oppmerksom? Når helsesøster hjelper foreldrene å tolke barnets signaler, vil det kunne bidra til å sensitivisere foreldrene. På lengre sikt kan det hjelpe barnet til å regulere seg selv (19).

Enkelte daglige situasjoner som bleieskift kan bli automatisert og situasjonen helsesøster observerer på helsestasjonen reflekterer nødvendigvis ikke samspillskvaliteten mellom foreldre og barn (4). Helsesøster bør derfor observere flere ulike samspillssituasjoner, samt legge til rette for at foreldre kan få anledning til å fortelle om deres samspillsopplevelser. Et slikt arbeid er i tråd med våre Nasjonale faglige retningslinjer, som sier at helsesøster, gjennom samspillsveiledning, bør bidra til å fremme et godt nok samspill samtidig som hun skal korrigere uønsket eller dårlig samspill (1).

Gjensidig tilpasning

En gjensidig tilpasning i samspillet kan ha betydning for barns psykososiale utvikling (5, 20). Gjensidig tilpasning (co-regulation) er en sosial prosess, hvor foreldre og barn på en dynamisk måte tilpasser sine handlinger i overensstemmelse med de pågående og forventede handlingene til den andre (21). Som en konsekvens av den gjensidig regulerte interaksjonen blir en felles sosial ramme og forståelse skapt og bidrar til en kompetanseoverføring begge veier. Gjensidig tilpasning i samspillet skapes i helt vanlige omsorgsaktiviteter. For å bidra til å øke en gjensidig

tilpasning i samspillet kan helsesøster tydeliggjøre hvordan foreldre og barn tolker hverandres bevegelser og ytringer. Foreldrenes respons kan øke barnets initiativ og bedre samarbeidet (6). Ofte blir samspill dokumentert i barnets journal uten at observasjoner uttrykkes og deles. Å sette ord på samspillsobservasjoner er en måte helsesøster kan bevisstgjøre foreldre. Helsesøster bør fortelle foreldre hva som er bra i deres samspill med barnet og på den måten oppmuntre dem til å gjøre mer av dette. Hun kan også demonstrere et godt samspill, for eksempel når hun undersøker barnet. Ved dokumentasjon bør helsesøster konkret beskrive de observasjoner av samspillet hun gjør, ikke kun skrive «godt samspill».

Oppsummering

Retningslinjene for helsestasjonen anbefaler samspillsveiledning på alle konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet, men de beskriver ikke hvordan dette skal gjøres. Helsesøster kan fremme spedbarns psykososiale utvikling gjennom samspillsveiledning. Forskning viser at spedbarnsrettet tale, sensitivitet, respons og gjensidig tilpasning i samspillet er elementer som er spesielt viktige for å fremme barns psykososiale utvikling. Helsesøster bør integrere denne kunnskapen i veiledningen til foreldre som en naturlig del av konsultasjonene. Dette kan gjøres gjennom felles refleksjon over samspillet med barnet, informasjon, demonstrasjon og ved at helsesøster beskriver hva hun har observert under konsultasjonen. ■

Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelset>. (nedlastet 17.09.17)
2. Appleton JV, Harris M, Oates J, Kelly C. Evaluating health visitor assessments of mother–infant interactions: a mixed methods study. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(1):5–15.
3. Narvaez D, Gleason T, Wang L, Brooks J, Lefevre JB, Cheng Y. The evolved development niche: Longitudinal effects of caregiving practices on early childhood psychosocial development. *Early childhood research quarterly*. 2013;28(4):759–73.
4. Maas AJBM, Vreeswijk CMJM, van Bakel HJA. Effect of situation on Mother–infant interaction. *Infant Behavior and Development*. 2013;36(1):42–9. DOI: 10.1016/j.infbeh.2012.10.006
5. Saint-Georges C, Chetouani M, Cassel R, Apicella F, Mahdhaoui A, Muratori F, Laznic M, Cohen D. Motherese in interaction: at the cross-road of emotion and cognition? *PLoS one*. 2013 november;8(10):e78103. DOI: 10.1371/journal.pone.0078103
6. Nugent JK, Bartlett JD, Von Ende A, Valim C. The effects of the newborn behavioral observations (NBO). System on sensitivity in mother–infant interactions. *Infants and Young Children*. 2017;30(4):257–68. DOI: 10.1097/1YC.0000000000000103

FAKTA

Spedbarnsrettet tale

Spedbarns rettet tale kjennetegnes ved at den voksne bruker spesifikke lyder og sammensetning av ord i språket når man snakker til barn. Denne taleformen skiller seg fra «den vanlige eller naturlige voksentalen» ved varighet og hastighet, hvor ord og uttrykk er kortere (13).

SMIL: Barnets smil fanger oppmerksomheten til den voksne.
Illustrasjonsfoto: Mostphotos



- Smith L, Ulvund SE. Spedbarnsaldere. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2004.
- Sameroff AJ, Chandler MJ. Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In Horowitz FD, Hetherington EM, Scarr-Salapatek S, Siegel GM. Review of child development research. Chicago IL: University of Chicago Press; 1975;4:187–244.
- Sameroff AJ. The transactional model of development: how children and contexts shape each other. Washington DC: American Psychological Association; 2009.
- Trevarthen C. The intersubjective psychobiology of human meaning: learning of culture depends on interest for co-operative practical work—and affection for the joyful art of Good Company. *Psychoanalytic Dialogues*. 2009;19(5):507–18. Doi:10.1080/10481880903231894
- Bruner J. From joint attention to the meeting of minds. I: Moore C, Dunham P, red. Joint attention: Its origins and role in development. Hillsdale NJ: Erlbaum; 1995. s. 1–14.
- Tomasello M. Origins of human communication. Cambridge MA: MIT Press; 2008.
- Soderstrom M. Beyond babytalk: Re-evaluating the nature and content of speech input to preverbal infants. *Developmental Review*. 2007;27(4):501–32.
- Braarud HC. Samspill mellom to måneder gamle spedbarn og omsorgsgiver. I: Moe V, Slinning K, Hansen ME, red. Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010. s.137–56.
- Golinkoff RM, Can DD, Soderstrom M, Hirsh-Pasek K. (Baby)Talk to me: The social context of infant-directed speech and its effects on early language acquisition. *Current Directions in Psychological Science*. 2015;24(5):339–44.
- Butler SC, O'Sullivan LP, Shah BL, Berthier NE. Preference for infant-directed speech in preterm infants. *Infant Behavior and Development*. 2014 november;37(4):505–11.
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale NJ: Erlbaum; 1978
- Stern DN. Spedbarnets interpersonlige verden. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003
- Smith L. Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. I: Moe V, Slinning K, Hansen ME, red. Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse. (s. 29–52). Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
- Killen K. Sveket 1. Risiko og omsorgssvikt - et helseproblem og tverrfaglig ansvar. Oslo: Kommuneforlaget; 2015.
- Fogel A. Two principles of communication: co-regulation and framing. I: Nadel J, Camioni L, red. New perspectives in early communicative development. London and New York: Routledge; 1993



Film skal forebygge vold mot barn

Animasjonsfilmen «I trygge hender» er et nytt hjelpemiddel i kampen mot vold. Filmen skal vises på helsestasjoner, og inspirere til samtaler med foreldre.

Tekst **Kathrine Liaklev Sellæg**, helsesøster i Verdal Kommune, **Anna Wahlström**, helsesøster i Frosta Kommune, **Ingrid Kristine Aspli**, psykologspesialist, Alternativ til Vold i Stavanger Kommune, og **Elin Lunde Pettersen**, helsesøster i Levanger Kommune

februar 2017 publiserte Landsgruppen av helsesøstre (LaH) en prosjektutlysning på sine nettsider. Prosjektet hadde tittelen «Materiell til bruk for helsesøstre i helsestasjonen for å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep mot barn under ett år». LaH ønsket å få laget materiell til bruk for helsesøstre, som kan hjelpe dem å forebygge vold og overgrep mot barn under ett år.

Gave fra frimurerne

Bakgrunnen for prosjektet var at LaH NSF fikk en henvendelse fra Den Norske Frimurerorden i 2016. De ønsket å støtte arbeidet med å forebygge vold og overgrep mot barn, med en gave på 1 000 000 kroner. LaH utarbeidet prosjektutlysningen, og skapte med dette en unik mulighet for at helsesøstre selv kunne utarbeide et materiell til bruk av helsesøster på helsestasjonen.

Prosjektutlysningen

Bakgrunnen for prosjektet sto beskrevet i prosjektutlysningen: «Spedbarn og småbarn er en gruppe særlig utsatte for vold, overgrep og krenkende handlinger. Vold mot barn er et alvorlig folkehelse-

problem som kan gi varige fysiske og psykiske skader. Frihet fra vold er en grunnleggende forutsetning for vekst, livsutfoldelse og muligheten til å kunne leve et godt liv. En av fem norske ungdommer svarer at de har opplevd fysisk vold fra minst én forelder i løpet av oppveksten. Begrepet fysisk vold innebærer at de enten er blitt banket opp, sparket, slått med knyttneve eller blitt angrepet fysisk på andre måter. Like alvorlig er det at 13 prosent har opplevd psykisk vold fra foreldre før fylte 18 år. Det er estimert at 5–15 spedbarn blir alvorlig

«Målet er at denne filmen skal vises til alle foreldre.»

skadet av såkalt Shaken Baby Syndrome hvert år i Norge, og at om lag fem av disse barna dør av slike skader. Tallene bygger på erfaringer fra norsk helsevesen og internasjonale omregninger.

En tydelig styrking så tidlig som mulig innen dette området i helsestasjonen er derfor vesentlig. Terskelen for å

gripe inn i andre familiers anliggende er ofte høy, og mange barn lider i stillhet. Helsesøstre må snakke med foreldre om hvordan de håndterer vanskelige følelser knyttet til barna sine.»

Mulighet til å forebygge

Helsestasjonen er eneste offentlige instans som systematisk og regelmessig observerer barnets helse og utvikling i løpet av det første leveåret, og helsesøster har jevnlig kontakt med barnets omsorgspersoner. Dette gir helsesøster en unik mulighet til å forebygge vold og omsorgssvikt mot de aller yngste barna. De nye retningslinjene for helsestasjonen vektlegger vold mot barn i større grad enn tidligere, og temaet vold skal nå tas opp jevnlig på konsultasjonene i barnets første leveår.

Film og hefte

Helsesøstre har etterlyst et verktøy for å bedre snakke med foreldre om vold og omsorgssvikt på tidlige konsultasjoner på helsestasjonen. Vi ønsker at vårt materiell skal støtte helsesøster i arbeidet med å ta opp temaet vold med alle foreldre på helsestasjonen. Vi har produsert en animasjonsfilm

FILM OG BROSJYRE:
Informasjonsheftet «I trygge hender» skal sammen med filmen bidra til en god samtale.
Illustrasjon: Visual lab



med et tilhørende hefte, som helsesøster og foreldre skal se sammen. Målet er at denne filmen skal vises til alle foreldre, på alle helsestasjoner i hele landet. Filmene har fått navnet «I trygge hender», med dobbel betydning. Spedbarnet skal være i trygge hender hos sine omsorgspersoner, og omsorgspersonene skal være i trygge hender hos oss.

Dialog med foreldrene

Filmene gir foreldrene nyttig kunnskap om hjernens utvikling, hva vold mot barn er og hvilke konsekvenser vold har for barnet. Vi vet at det er viktig i et forebyggende perspektiv å gi foreldre kunnskap. I tillegg tematiserer filmene foreldres negative følelser og utfordringer, samt hva foreldre kan gjøre i utfordrende situasjoner med barnet sitt. Filmene er delt inn i fem kapitler, der helsesøster skal ha dialog med foreldrene mellom hvert kapittel. Denne dialogen er viktig, og helsesøster får her hjelp til å skape et forum for å snakke om et vanskelig tema. Helsesøster bruker det tilhørende heftet sammen med foreldrene under dialogen. I heftet er det utfyllende

fakta og spørsmål til refleksjon mellom helsesøster og foreldre. Helsesøster må gjennom dialogen finne ut hvilke utfordringer foreldrene har, hva som er vanskelig for familien, hvilke ressurser de har og ta utgangspunkt i hver enkelt familie i dialogen.

Se filmene sammen

Det er viktig at helsesøster ser filmene sammen med foreldrene på et så tidlig tidspunkt som mulig. Gjennom vårt samarbeid med Kåre Svang i KRIPOS har vi fått kunnskap om at de aller

«De aller yngste barna er mest sårbare for å bli utsatt for vold.»

yngste barna er mest sårbare for å bli utsatt for vold.

Vi har produsert filmene og informasjonsheftet slik at det kan brukes i både grupper og individuelt – her må hver enkelt helsestasjon tilpasse arbeidet

ut fra sine muligheter og ressurser. Helsesøster vil videre kunne bringe temaene fra filmene og heftet inn i de neste konsultasjonene. Utfordringer og problemstillinger vil endre seg for foreldrene etter hvert som barnet vokser til, og det er viktig at helsesøster viderefører den gode dialogen.

Må ha tid, trygghet og kunnskap

Klarer vi gjennom vårt arbeid på helsestasjonene å få foreldre til å føle seg trygge nok til å dele gleder, sorger, vanskeligheter og kriser? Da må vi ha tid, trygghet og kunnskap. Vi må ha tid til å stille viktige spørsmål. Vi må ha trygghet til å ta imot bekymringsfulle svar. Vi må ha kunnskap om hvorfor nettopp denne tiden og denne tryggheten er enormt viktig, og hva vi skal gjøre videre om vi avdekker vold eller overgrep. Vi håper at dette materialet skal gi alle helsesøstre en støtte i dette viktige arbeidet, og vi oppfordrer hver enkelt helsestasjon til å finne gode løsninger for å implementere dette materialet inn i helsestasjonen. Filmene og informasjonsheftet vil lanseres og presenteres på Helsesøsterkongressen i Kristiansand i september. ■





HJEM FRA FERIE: Glade barn kommer hjem fra feriekoloni. Ungene vinker til pårørende som er møtt fram på bryggen i Oslo for å ta imot båten, står det i bilde-teksten fra 30. juli 1953.

Feriekoloniene var populære i Norge på den tiden, og ikke alle som søkte fikk plass. Det første organiserte tiltak for å få norske bybarn ut på landet om sommeren var i regi av Arbeidersamfunnet i Kristiania i 1861. De første årene ble barna sendt til privatpersoner på landet, men fra 1891 ble det kjøpt egne hus og områder, hvor ansatte tok seg av barna. I starten var kriteriene for å bli valgt ut svak helse, dårlig økonomi og at man bodde i de mest trangbødde områdene. De fleste feriekoloniene ble avviklet på 1970-tallet. Behovet var da ikke så stort, fordi foreldre flest hadde sommerferie og bedre økonomi.

Kilde: Scanpix og Wikipedia NTB Scanpix Premium



DEN FØRSTE MORSMELKERSTATNINGEN MED 2'FL* HMO



HVA ER **HM-0** ?

Human melk oligosakkarider (HMO) er en kompleks karbohydrat med prebiotiske egenskaper som er viktig for utviklingen av spedbarnets immunforsvar. HMO finnes naturlig i morsmelk og er den tredje største komponenten.^{1,2}

HMO har en unik struktur som er forskjellig fra GOS og FOS ved at den spesifikt fremmer tilveksten av de gode bakteriene, samtidig som de binder til seg sykdomsfremkallende bakterier i tarmen.²

HVA BETYR HMO FOR BARNET?

- ✓ HMO styrker det lille barnets immunforsvar ved å styrke tarmbakterienes funksjoner.^{1,3,4}
- ✓ HMO eliminerer de sykdomsfremkallende bakteriene og fremmer tilveksten av de gode bakteriene, og styrker på denne måten spedbarnets immunforsvar.^{1,3,4}
- ✓ HMO hjelper til med å balansere immunsystemet.^{1,3}

VI ER EKSPERTER PÅ BARNEERNÆRING

Les mer på hjemmesiden vår.
Spesielt for deg som arbeider med barn.

www.nestlenan.no

* 2'Fukosyllaktos

Referenser:

1. Jantscher-Krenn E, Bode L. Minerva Pediatr. 2012; 64: 83-99.
2. Sela DA, Mills DA. Trends Microbiol. 2010; 18: 298-307
3. Bode L. Glycobiology. 2012; 22: 1147-62.
4. Smilowitz JT, Lebrilla CB, Mills DA, et al Annu Rev Nutr. 2014;34:143-69

VIKTIG INFORMASJON

The World Health Organisation (WHO) anbefaler at gravide kvinner og mødre blir informert om ammingens store fordeler. Mødre skal få veiledning om forberedelsene til og opprettholdelsen av amming, med særlig fokus på viktigheten av mors ernæring. Unødvendig introduksjon av flaskemating bør unngås, da det det vil ha en negativ effekt på ammingen. Videre skal mødre informeres om at det er vanskelig å angre på en beslutning om å ikke amme. Foreldre skal informeres om de sosiale og økonomiske konsekvensene det innebærer å gi morsmelkerstatning. Ved bruk av morsmelkerstatning er det viktig å gi råd til familien om riktig tilberedning og informere om helseerisikoen ved feilaktig bruk av morsmelkerstatning.



Nestlé Infant Nutrition
A/S Nestlé Norge
Postboks 683, Skøyen
0214 Oslo
Email nan@no.nestle.com
www.nestlenan.no



Aktuelle bøker

Omslagsfoto Forlagene



ANMELDELSE

Tittel: Trygge barn – en bok om å være gode nok foreldre

Forfattere: Kent Hoffman, Glen Cooper, Bert Powell i samarbeid med Christine M. Benton

Forlag: Gyldendal Akademisk

Anmelder: Bjørg Aglen, førstelektor NTNU, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

En bok om å være gode nok foreldre

Tema for denne boken er hvordan tilknytning til nære omsorgspersoner påvirker barns psykiske helse og utvikling. Boken er skrevet for foreldre til barn og unge i sin alminnelighet. Målsettingen med boken er å gi foreldre en guide til trygg tilknytning, illustrert ved hjelp av trygghetssirkelen. Trygghetssirkelen illustrerer hvordan foreldre kan imøtekomme barn og unges behov både for en trygg base for utforsking og en trygg havn å vende tilbake til for påfyll av «trygghetskoppen». Forfatterne vektlegger at alle barn og unge har behov for nære omsorgspersoner som framstår som større, sterkere og klokere enn barnet og ungdommen. Boken bygger på solid forskning om tilknytningens betydning for barns og unges psykiske og sosiale utvikling.

Boken er inndelt i to hoveddeler. I den første delen presenterer forfatterne forskningen som ligger til grunn for trygghetssirkelen, hvorfor trygghet er viktig for barn og unges psykiske helse og hva en utrygg tilknytning kan medføre av uheld, stress og problemer. I den andre delen vektlegges hvordan uheldige tilknytningsmønstre går i arv og hvordan foreldre gjennom selvrefleksjon kan bryte arven og bli «gode nok» omsorgspersoner.

Boken er ordrik og preget av å være oversatt fra engelsk. På en annen side, forfatterne evner å formidle tungt fagstoff på en folkelig måte. Den starter med å gi leseren en oversikt over hva boken handler om, for detaljene blir introdusert i en logisk rekkefølge. Innhold blir repetert flere ganger i løpet av boken, men med

utdyping og nye eksempler. Forfatterne viser til mange eksempler som foreldre kan kjenne seg igjen i. Faglige begrep er enten unngått, gitt folkelige benevnelser, forklart med eksempler eller illustrert ved hjelp av enkle modeller.

Et annet særpreg med boken er at forfatterne gjør seg flid med å unngå å fremkalle dårlig samvittighet hos foreldre som leser boken. Forfatterne tar et oppgjør med litteratur og samfunnstrender som nærer opp under forventinger om å være den perfekte forelder. Det handler om å være gode nok foreldre. I de delene av boken som beskriver hvordan uheldige tilknytningsmønstre arves, søker forfatterne å forhindre å utløse følelser av håpløshet og skam hos leseren. Forfatterne legger vekt på gi eksempler på hvordan uheldige tilknytningsformer kan repareres, at det aldri er for sent å reparere og hvor hjelp kan søkes. Boken byr på flere historier om hvordan foreldre har greid å endre tilknytningsmønstre mellom seg og sine barn på tross av et dårlig utgangspunkt. Selv om tilknytning i de tidligste barneårene har fått mest omtale, er tilknytningsmønstre mellom omsorgspersoner og barn i skolealder og ungdom også omtalt og eksemplifisert

Boken kan være et redskap for foreldre til å forstå sin egen oppdragerstil og dermed få mulighet til å endre den. På den annen side, vet vi at slikt endringsarbeid kan være vanskelig uten støtte. Boken kan være et av flere redskap helsesøster kan tilby foreldre i deres arbeid for trygg tilknytning mellom seg og sine barn.



Dickpics og slutshaming bør inn i seksualundervisningen

Smarttelefonen har blitt et vanlig hjelpemiddel for å utforske og dyrke egen seksualitet. Ofte går det bra, men av og til ikke. Helsesøstre bør bidra med kunnskap for å oppnå trygg seksualitet på nett.

FAKTA

Av Ida Gansmo Uldal,
Helsesøster, Familiens
hus, Helsestasjonen i
Namsos

Artikkelen er først
publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/
Sykepleiens.2018.70807

De fleste har i dag et nært og kjært forhold til smarttelefonen sin og mye tyder på at kommunikasjonen formes av denne konstante tilgangen på nett og sosiale medier. Vi er født med et ønske om tilknytning og dette er en sterk drivkraft for å søke etter og være sammen med andre. Sosiale medier er konstruert slik at det spiller på dette behovet og gir en illusjon av å være sammen (1).

Sosiale medier lar oss dele alt fra politiske holdninger til mer banale ting som for eksempel bilder av hva man har på tallerkenen. Vi befinner oss i en tid der vi vurderer hverandre ut fra likes, venner og kommentarer. Unge skaper ikke bare profiler men også identiteter gjennom sosiale medier. En viktig del av ungdomstiden handler om å danne sin egen identitet. Dette skjer gjennom en sosial

ding og kommunisere med andre som en del av identitetsutviklingen (3). Profilene de unge oppretter på nett, stemmer gjerne overens med aktuelle trender i kulturen og forventninger fra venner på hva som er innafor og ikke. Det finnes altså ikke et klart skille mellom identitetsdannelse online og offline.

Ungdomstid handler også om seksualitet og nettet har blitt en vanlig arena for seksuell utforskning og utprøving av seksuelle grenser. Vennskap og flørt gjennom apper og nettsider, kan oppleves like sterkt som i mer tradisjonelle former. Mange opplever at terskelen for å dele og kommunisere er lavere på nett enn ansikt til ansikt (4). Her kan man finne en potensiell partner og dele intime sider av seg selv gjennom tekst, bilder og video. Og anonymt om ønskelig.

Ved å flytte flørt og sex over på en skjerm har avsenderen muligheten til å redigere og fremstille egen seksualitet. Dette gir mange en etterlengtet kontroll over hvordan man fremstår seksuelt (5). Nettet har blitt den største og mest tilgjengelige arenaen for utforskning av egen seksualitet, også for barn og unge. Dette gjør at yngre mennesker nå står overfor valg som før kom senere i livet (6). Seksualitet og etablering av identitet på nett har flere positive sider, men kan også få alvorlige konsekvenser.

«Nettet har blitt den største og mest tilgjengelige arenaen for utforskning av egen seksualitet.»

og relasjonell prosess, hvor unge sammenlikner seg med hverandre og forstår seg selv ut ifra menneskene rundt og gjeldende ungdomskultur (2).

Identitet på nett

Forskning viser at unge bruker internett og sosiale medier til å presentere seg selv, få tilbakemel-

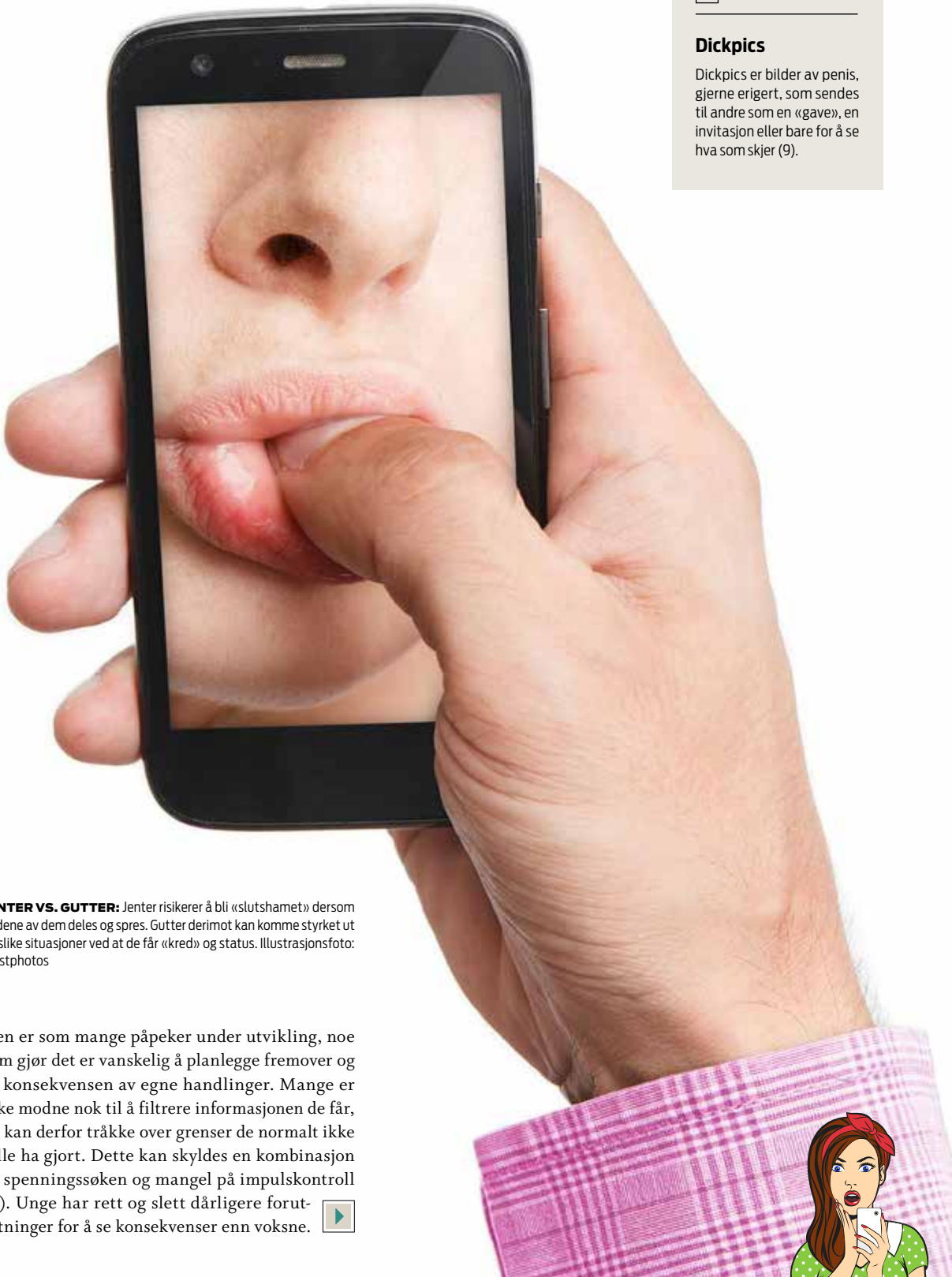
Ser ikke konsekvensene

Et risikomoment er tenåringshjernen i seg selv.




Dickpics

Dickpics er bilder av penis, gjerne erigert, som sendes til andre som en «gave», en invitasjon eller bare for å se hva som skjer (9).



JENTER VS. GUTTER: Jenter risikerer å bli «slutshamet» dersom bildene av dem deles og spres. Gutter derimot kan komme styrket ut av slike situasjoner ved at de får «kred» og status. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Den er som mange påpeker under utvikling, noe som gjør det er vanskelig å planlegge fremover og se konsekvensen av egne handlinger. Mange er ikke modne nok til å filtrere informasjonen de får, og kan derfor tråkke over grenser de normalt ikke ville ha gjort. Dette kan skyldes en kombinasjon av spenningsøken og mangel på impuls kontroll (7). Unge har rett og slett dårligere forutsetninger for å se konsekvenser enn voksne. 



I en rapport fra barneombudet forteller unge at de tror at noe av grunnen til at seksuelle krenkelses skjer i så utbredt grad på nett handler om at man ikke møter hverandre ansikt til ansikt. Det kan ifølge ungdommene gjøre at det hele føles mer uvirkelig og på den måten senke terskelen for å krenke andre (8). Nettet gir oss mulighet til å ha relasjoner uten nødvendigvis å ha noe av det som er det viktige med forhold i det virkelige liv, nemlig forpliktelser og trygghet (4).

Tar større risiko

Muligheten for å være anonym på nett skaper en illusjon om avstand mellom sender og mottaker og kan gjøre at det er lettere å presentere egen seksualitet. Men det kan også føre til at egne og andres grenser blir utydelige, noe som igjen kan bidra til å senke terskelen for å true eller presse noen (9).

I tillegg til at man kan være anonym kan digital seksualitet lokke en til å slippe seg mer løs. For eksempel innbyr bilder som forsvinner på snapchat, til å sende bilder man ellers ikke ville ha delt på Facebook. Denne flyktigheten fører ofte til at man tar større risiko (1). Å vise seg naken på en skjerm i noen sekunder, sammenliknet med det å møte opp naken på en date, er to vidt forskjellige ting. Vi oppfører oss altså annerledes mot andre på nett enn i virkeligheten, og vi er mer forsiktig med hva vi sier og viser når vi står ansikt til ansikt med noen (9).

Smarttelefonens naturlige plassering i hånda og den umiddelbare tilgjengeligheten gjør at

mottaker kan det være enklere å kle av seg, men også enklere å krenke andre (9).

Digital dømmekraft

Både erfaring, forskning og rapporter tilsier at kunnskap om seksuelle krenkelses er mangelfull hos ungdom (7, 8, 10). Mange unge er usikre på om hvor egen grenser går og hva som regnes som voldtekt. Dette ser vi gjennom medieoppslag og spørsmål rundt gråsonesex og sovevoldtekter. Unge lurer på hva som forventes av dem som seksuelle partnere. Barn og unge som sliter med å identifisere og ivareta egne grenser i virkeligheten vil naturlig nok møte dette problemet også på nett.

En del av dette handler om manglende bevissthet og at de unge ikke har nok kunnskap. Flere av spørsmålene om temaet som blir sendt inn til Ung.no sin spørretjeneste for ungdom på nett, handler om nettopp dette. Er det lov? Kan jeg anmelde? (11).

Barneombudets rapport (8) peker på at unge har dårlig kunnskap om hva som er lov og ikke lov når det gjelder seksuelle krenkelses. Mange unge forteller at de ikke vet hvor grensene går og at de heller ikke er sikre på straffnivået. En undersøkelse av Norsk senter for informasjonssikring viser også at flere unge ikke vet at deling uten samtykke kan være et lovbrudd. Mange tenker at det å sende bilder er vanlig og at når noe først er delt så må du regne med at det spres videre (10).

Føler press

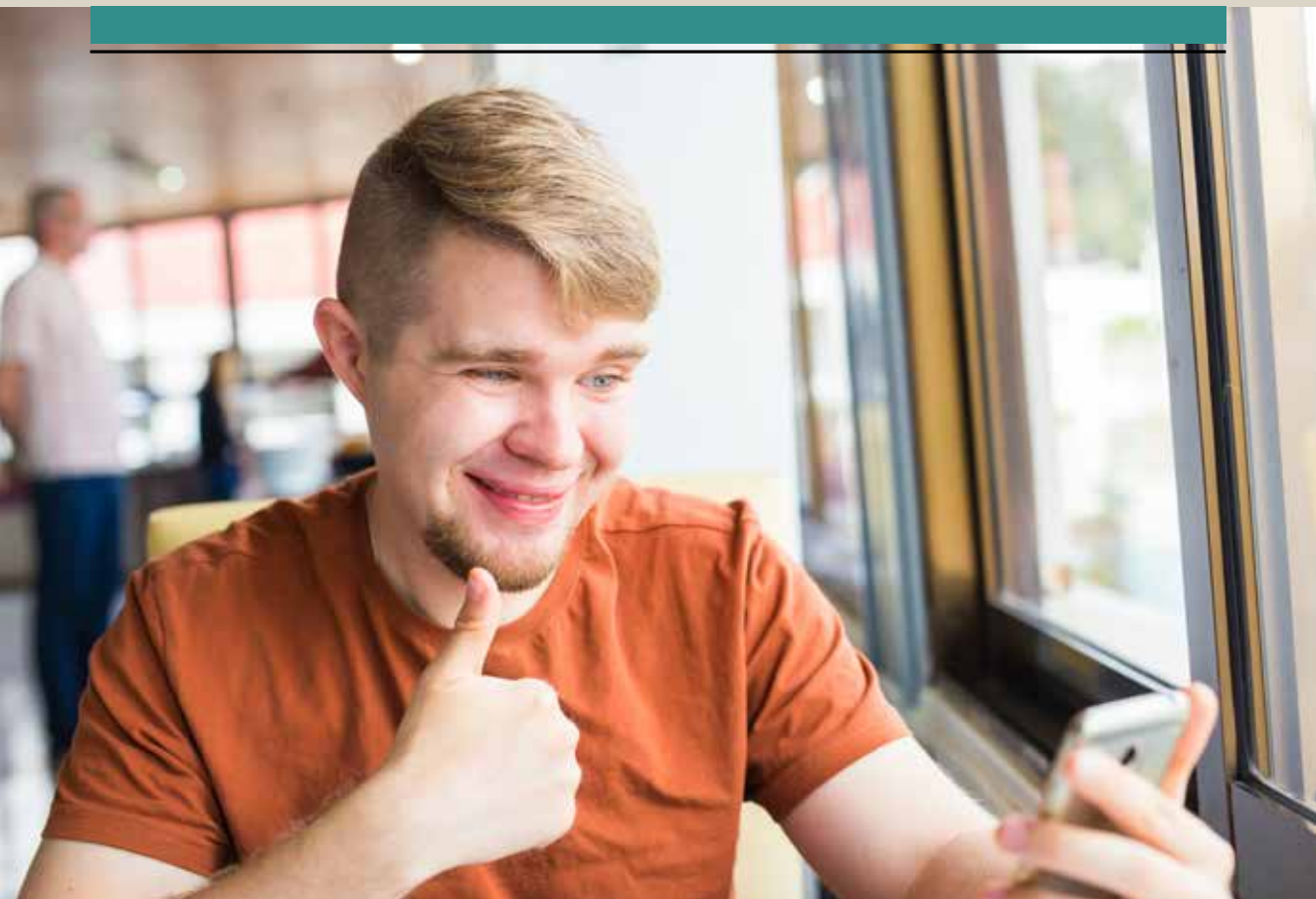
Deling av bilder uten samtykke er bare én del av det man betegner som seksuelle krenkelses på nett og det virker til å være like vanlig blant jenter og gutter. Det er bekymringsfullt og tankevekkende at litt under én av tre jenter føler seg presset til å sende nakenbilder, mens knapt noen gutter føler seg presset. Isoleres 16-åringene i undersøkelsen, kommer det frem at hele 40 prosent av jentene som hadde sendt nakenbilder følte at de ble presset til å gjøre det (12).

Unge forteller om utpressing i form av trusler om å publisere eller sende bilder videre dersom de ikke sender flere bilder eller betaler en viss sum. Noen forteller om falske profiler, hvor man blir lurt til å sende innhold fordi de tror at mottakeren er noen andre, gjerne noen de har tillit til eller følelser for. Bilder og videoer på avveie blir også

«Med en skjerm mellom seg og mottaker kan det være enklere å kle av seg, men også enklere å krenke andre.»

seksuelle impulser kan leves ut, nesten i samme øyeblikk som de kommer inn. Kanskje rekker man ikke å tenke helt igjennom situasjonen. I tillegg forsvinner underliggende kroppsspråk og visuelle signaler i skjermoverføringen. Noe som kan gjøre etiske vurderinger og følelsen av empati mer utilgjengelig. Med en skjerm mellom seg og





PRESS: Det er ingen tvil om at gutter også blir utsatt for seksuelle krenkelser på nett, men det er hovedsakelig gutter som presser, maser og krenker andre på nett. Og det er en overvekt av jenter som føler seg maset på, presset, og krenket. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

brukt som middel for å bevisst mobbe og krenke andre. Alt dette er straffbare handlinger som oppleves som krenkede av offeret (8, 11).

En av aktørene som skal øke folks digitale kompetanse samt gi råd og veiledning på nett er Slettmeg.no. Nettstedet får mange henvendelser fra unge som har fått bilder og videoer av seg selv spredt på nett. Slettmeg.no forteller at mange føler seg dumme, fortvilte, skamfulle og rettsløse etter å ha delt eller fått delt egen intimitet på denne måten. Flere oppgir at de innerst inne visste at de ikke burde gjøre det. Tillit til mottaker, gruppepress og det å prøve ut grenser oppgis som årsaker til at de likevel sendte innholdet (13).

Kjønnforskjellen

Det er en forskjell mellom jenter og gutter. Et eksempel på dette er det fascinerende fenomenet «dickpics». Her sender gutter og menn bilder av sin erigerte penis til mottakere av begge kjønn, som ikke har bedt om det. Dette oppleves som krenkende av mange, på lik linje med den bukseløse blotten i trenchcoat. Her er det en klar kjønnforskjell og jeg har så langt ikke lest

eller hørt om gutter eller menn som har fått tilsendt uønskede vulvbilder.

Det er ingen tvil om at gutter også blir utsatt for seksuelle krenkelser på nett, men det er hovedsakelig gutter som presser, maser og krenker andre

«Tillit til mottaker, gruppepress og det å prøve ut grenser oppgis som årsaker til at de likevel sendte innholdet.»

på nett. Og det er en overvekt av jenter som føler seg maset på, presset, og krenket (14).

Tradisjonelt har informasjon og holdningskampanjer rettet seg mot avsenderne av intime bilder, hvor unge oppfordres til å tenke seg om før de kler av seg eller sender bilder til noen (15). Dette er med på å stramme inn de moralske





grensene for hva som regnes som høvelig oppførsel blant, hovedsakelig, jenter.

Skyldspørsmål

Selv om verden har gått fremover tenker mange på kvinnelig seksualitet som noe rent som må beskyttes mot farene på nett. Dette er med å plassere ansvaret hos offeret og med dette rettferdiggjøre offerklandring eller «slutshaming» om du vil. Hvor tanken om at skylden ligger hos den som kler av seg, fremfor dem som deler og sprer det (16).

Gutter derimot kan komme styrket ut av en slik situasjon ved at de kan få «kred» og status (17). Mannlig seksualitet fremstilles ofte som en

«Barneombudet peker på at unge selv ønsker kunnskap om lover, regler og konsekvenser knyttet til nettbruk.»

pågående og aggressiv urkraft som manifesteres i en guttekultur hvor idealet er å være sterk og tåle, i tillegg til å være målbevisst og tydelig på egne ønsker. I tillegg skal ikke gutta vise svakhet ved å fortelle om det som er vanskelig og be om hjelp (9). Det er naturlig å tenke at dette hever terskelen for mange gutter til å si ifra dersom de blir utsatt for noe (8).

Må med i undervisningen

Forskjellen mellom kjønnene må inn i seksualundervisningen for å bevisstgjøre de unge på kvinnelig og mannlig seksualitet, og de ulike forventninger som stilles til gutter og jenter, også på nett. Vi må snakke om hvem som begår de mest alvorlige krenkelsene og hvilke sanksjoner som rammer hvem når intime bilder eller videoer blir spredt.

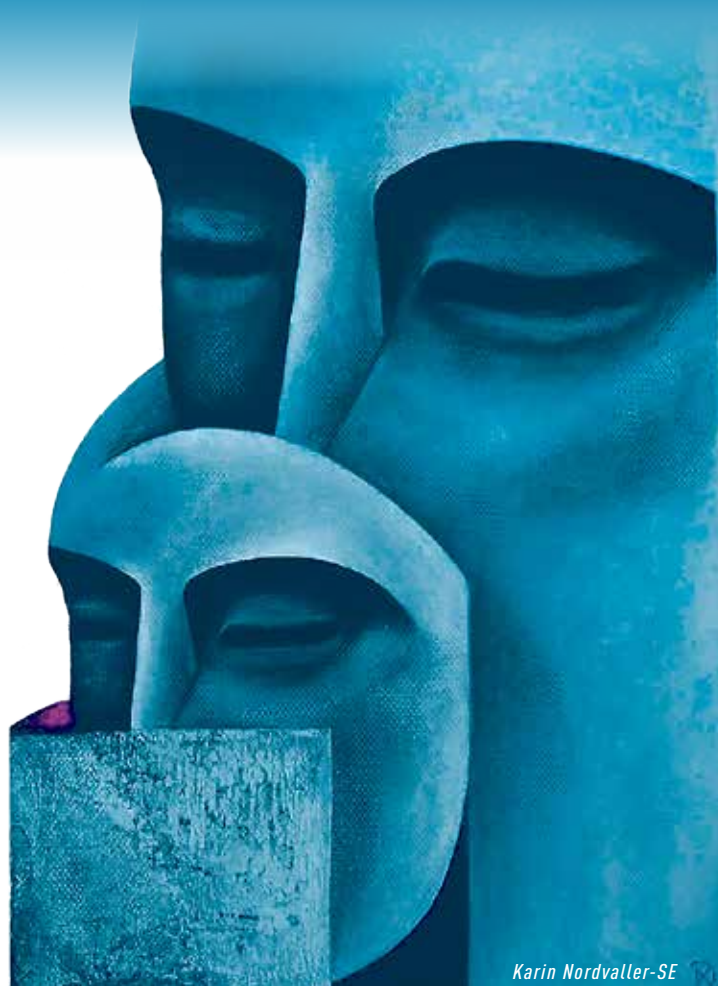
Det kan få fatale konsekvenser om dårligere evne til å vurdere konsekvenser og manglende kunnskap om hva som er lov og ikke lov på nett, kombineres med lett tilgjengelig teknologi og ubegrensede muligheter for kommunikasjon (18). Heldigvis er det naturlig å tenke at god kjennskap til lovverket og kunnskap om egne og andres grenser, vil virke forebyggende.

Barneombudet (8) peker på at unge selv ønsker kunnskap om lover, regler og konsekvenser knyttet til nettbruk. De understreker at alle har en stor jobb å gjøre for å endre holdninger, opplyse og hjelpe dem som trenger det – fra barnehagestadiet til videregående skole. Undervisningen må også være bevisst kjønnsforskjellene, både for å skape forståelse og for få til gode refleksjoner rundt temaet. ■

Referanser

- Velten JC, Arif R, Moehring D. Managing Disclosure through Social Media: How Snapchat is Shaking Boundaries of Privacy Perceptions. *The Journal of Social Media in Society*. 2017;6(1):220–50.
- Erikson EH. *Identity, youth and crisis*. London: Faber & Faber; 1968.
- Mascheroni G, Vincent J, Jimenez E. «Girls are addicted to likes so they post semi-naked selfies»: Peer mediation, normativity and the construction of identity online. *Cyberpsychology: Journal of psychosocial research on cyberspace*. 2015;9(1).
- Kofoed J, Larsen MC. A snap of intimacy: Photo-sharing practices among young people on social media. 2016.
- Bianchi D, Morelli M, Baiocco R, Chirumbolo A. Sexting as the mirror on the wall: Body-esteem attribution, media models, and objectified-body consciousness. *Journal of Adolescence*. 2017;61(Supplement C):164–72.
- Korenis P, Billick SB. Forensic implications: adolescent sexting and cyberbullying. *Psychiatr Q*. 2014;85(1):97–101.
- Livingstone S, Smith PK. Annual research review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: The nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(6):635–54.
- Barneombudet. Alle kjenner noen som har opplevd det: Samtaler med ungdom om seksuelle krenkelsers – 2018. Tilgjengelig fra: <http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2018/02/Barneombudets-rapport-om-seksuelle-krenkelsers-enkelt-sider-pdf-lowres.pdf> (nedlastet 18.05.18).
- Hainer C. *Menn viser fram pikken sin*. Oslo: Cappelen Damm; 2018.
- NorsIS Nsf. Trusler og trender 2017–2018. Tilgjengelig fra: https://norsis.no/wp-content/uploads/2017/12/tt17-18_web_endelig_v2.pdf (nedlastet 18.05.18).
- Ung.no. Tilgjengelig fra: <http://www.ung.no/> (nedlastet 18.05.18).
- Medietilsynet. *Barn & medier 2016: 9–16-åringers bruk og opplevelser av medier*. Fredrikstad; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2016_barnogmedier.pdf (nedlastet 18.05.18).
- Slettmeq.no. *Årsrapport 2015 [27. november 2016]*. Tilgjengelig fra: <https://slettmeq.no/wp-content/uploads/sites/3/2016/05/Slettmeq-no-%C3%A5rsrapport-2015-digital.pdf> (nedlastet 06.06.18).
- Lee M, Crofts T. Gender, Pressure, Coercion and Pleasure: Untangling motivations for sexting between young people. *The british journal of criminology*. 2015;55(3):454–73.
- Ahern NR, Mechling B. Sexting: Serious problems for youth. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2013;51(7):22–30.
- Breen M, Schultz M, Jordahl J. F-ordet: 155 grunner til å være feminist. Oslo: Forl. manifest; 2015.
- Ringrose J, Harvey L, Gill R, Livingstone S. Teen girls, sexual double standards and 'sexting': Gendered value in digital image exchange. *Feminist Theory*. 2013;14(3):305–23.
- Jensen FE. *Tenåringshjernen: hjerneforskernes overlevelsesguide til livet med ungdom*. Oslo: Pax; 2017.





Karin Nordvaller-SE

BAK FASADEN

- på godt og vondt

Helsesøsterkongressen

Kristiansand 18. - 20. september 2018

Radisson Blu Caledonien Hotel



LANDSGRUPPEN AV
HELSEØSTRE NSF





Helsesøster: Følger du de nye, nasjonale anbefalingene?

Nye retningslinjer angir hvordan skolehelsetjenesten for barn og unge skal være. En kartlegging viser stor variasjon i oppfølgingen av kravene.

FAKTA

Av Kristin Waldum-Grevbo, Leder Landsgruppen av helsesøstre NSF

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2018.70773

I 2017 ble Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (1) lansert for første gang. Den erstatter veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450 (2). Retningslinjene er utarbeidet for å tydeliggjøre de faglige kravene til hvordan tjenesten for barn og unge 0–20 år skal eller må være. Den består også av anbefalinger om hvordan innholdet i tjenesten bør være for å oppnå god praksis og dermed også faglig forsvarlighet i hele landet.

Om retningslinjene

Retningslinjene består av fire deler: Fellesdel, helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. I den innledende beskrivelsen av målet med retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten står det at retningslinjene skal gjøre myndighetenes krav til innholdet i tjenestene tydelig, og bidra til følgende:

- god kvalitet og forsvarlig drift
- helhetlige tilbud
- riktige prioriteringer
- mindre uønsket variasjon
- likeverdige tilbud
- å styrke mestring blant foreldre, barn og ungdom

Retningslinjer er faglig normerende, noe som betyr at de beskriver anbefalt praksis. Hvis virksomheten velger en praksis som fraviker fra de nasjonale faglige retningslinjene skal det, ifølge pasientjournalforskriften § 8 bokstav h,

dokumenteres hvorfor annen praksis er valgt. Det viktige med at skolehelsetjenesten samhandler med skolen er tydeliggjort i retningslinjene for skolehelsetjenesten (3).

Stor variasjon i tilbudet

En kartlegging utført av leder av Landsgruppen av helsesøstre, Norsk Sykepleierforbund (LaH NSF) i desember 2017, viser at det er stor variasjon når det gjelder i hvilken grad helsesøstrene i skolehelsetjenesten følger anbefalingene i de nye nasjonale retningslinjene for skolehelsetjenesten (3).

Respondentene – helsesøstre og som jobber i skolehelsetjenesten – oppgir fire hovedgrunner til dette:

- ulik tilgjengelighet i tjenesten fordi helsesøsters stilling på skolen varierer
- skolehelsetjenestens beliggenhet på skolen som

Sammendrag: En elektronisk kartlegging, besvart av over halvparten av helsesøstrene i skolehelsetjenesten, viser at det er stor variasjon når det gjelder i hvilken grad skolehelsetjenesten følger anbefalingene i de nye nasjonale, faglige retningslinjene for skolehelsetjenesten. Respondentene nevner særlig fire årsaker til ulikhet i tilbudet: helsesøsters stillingsbrøk og tilgjengelighet i skolen, skolehelsetjenestens beliggenhet i skolebygget, ulikt lovverk i skole og helsetjeneste og hvor langt implementeringen av de nye retningslinjene har kommet i kommunene.



ØNSKER Å BIDRA: Ifølge de nye nasjonale retningslinjene skal skolehelsetjenesten bidra i undervisningen i grupper eller klasser i den grad skolen ønsker det. 96 prosent av helsesøstrene som besvarte undersøkelsen, ga uttrykk for at de faktisk hadde planer om å undervise i løpet av skoleåret. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

fremmer eller hemmer samarbeid. Noen helsesøstre har kontor i nærheten av samarbeidspartnere. Andre har kontor langt unna ledelsen på skolen

- lovverket fører til at det ofte er type «bestiller-utfører» fordeling mellom skolen og skolehelsetjenesten fordi det er opp til skolen å vurdere i hvilken grad de ønsker skolehelsetjenestens bidrag i undervisning og grupper
- retningslinjene er nye og i varierende grad implementert i kommunen

Metode

For å kartlegge i hvilken grad helsesøstre i skolehelsetjenesten i norske kommuner følger retningslinjene for skolehelsetjenesten (3), ble en

elektronisk spørreundersøkelse sendt ut til 3750 medlemmer i LaH NSF i desember 2017. Kun medlemmer av LaH NSF, som jobber i skolehelsetjenesten, ble bedt om å svare. Undersøkelsen er

«Totalt har helsesøsterårsverkene økt med 134 fra 2016 til 2017.»

basert på de konkrete anbefalingene for arbeidet i skolehelsetjenesten.

Et eksempel på hvordan en anbefaling ble utformet som en påstand respondentene kunne svare «ja» eller «nei» på var som følger:



Anbefaling: «Undervisning: Skolehelsetjenesten skal bidra i undervisning i grupper eller klasser i den utstrekning skolen ønsker det.» Påstanden ble: «Skolehelsetjenesten har planlagt å bistå skolen med undervisning og/eller grupper dette skoleåret?»

Det var mulig å kommentere og utdype i fritekst under hver påstand.

Ifølge den siste nasjonale kartleggingen fra Helsedirektoratet av hvor i tjenesten de ulike fagpersonene jobber, var det i 2016 totalt 1322

«Det er i videregående skole det er minst vanlig at helsesøstrene deltar på foreldremøtene.»

helsesøsterårsverk i skolehelsetjenesten fordelt på barneskole, ungdomsskolen og videregående skole (4). Totalt for hele helsestasjons- og skolehelsetjenesten har helsesøsterårsverkene økt med 134 fra 2016 til 2017 (5). Det finnes ingen statistikk på hvor i tjenesten økningen har vært, så vi vet ikke hvor mange flere stillinger det er blitt i barne-, ungdoms- eller videregående skole det siste året.

Det var 679 respondenter som besvarte undersøkelsen. Det tilsvaret rundt 51 prosent av helsesøstrene i skolehelsetjenesten, hvis vi sammenligner med de siste tallene vi har fra 2016, der helsesøstre i skolehelsetjenesten er skilt ut fra dem som jobber andre steder (3).

Resultater

Hoveddelen av respondentene svarer at de har faste samarbeidsmøter med skolens ledelse slik det er anbefalt i retningslinjene (3) (figur 1). Fritekstsvarerne viser at det er stor variasjon når det gjelder hyppighet og hvem som deltar på møtene. Det varierer fra faste ukentlige møter til årlige møter. Noen steder har helsesøster bare faste møter med rektor alene. På andre skoler er møtene ikke med rektor, men med rådgiver, sosiallærer, psykologisk-pedagogisk tjeneste (PPT), fysioterapeut eller barnevernstjenesten.

Andre anbefalinger gjelder helsesøstrers deltagelse på skolens planleggingsdager og foreldremøter, samt samarbeid med elevrådet (3).

FAKTA

Universelle tiltak

Befolkningsrettet (universell) forebygging er tiltak rettet mot folk flest eller mot hele befolkningsgrupper uten at en har identifisert individer eller grupper med forhøyet risiko. Tiltakene som gjennomføres kan i prinsippet komme alle i den aktuelle befolkningen eller befolkningsgruppen til gode. Befolkningsrettede tiltak har gjerne små effekter på den enkelte, men siden tiltakene når mange mennesker, er effekten gjerne stor for samfunnet.

Grupperettet (selektiv) forebygging er tiltak som rettes mot grupper med kjent og forhøyet risiko for å utvikle sykdom. Risiko kan vurderes på grunnlag av både miljøbaserte og individbaserte helsedeterminanter. Grupperettede tiltak kan ha god effekt på den enkelte og gruppen, men noe mindre effekt for forekomsten i hele samfunnet, avhengig av hvor store risikogrupperne er.

Individrettet (indikativ) forebygging er tiltak rettet mot individer med høy sykdomsrisiko eller høyt symptomnivå. Eksempelvis kan dette være individer som har symptomer på depresjon eller andre lidelser, men som ikke møter kriteriene for en mer alvorlig diagnose. Individrettet forebygging er nært beslektet med begrepet sekundærforebygging. Individrettede tiltak har i mange tilfeller svært god effekt for den enkelte, men er av mindre betydning for folkehelsen siden det kun er dem som har høy risiko eller er i ferd med å bli syke som får tiltaket. (6)

Bare 30 prosent av helsesøstrene svarer at de deltar på skolens planleggingsdager. De utfyllende kommentarene i undersøkelsen tyder på at det er stor forskjell på om helsesøster blir invitert inn, eller om hun/han inviterer seg selv inn.

Så liten andel som 18 prosent av helsesøstrene hadde fast samarbeid med elevrådet da undersøkelsen ble gjennomført. Den tydelige anbefalingen i retningslinjene om å ha slikt samarbeid har likevel ført til at flere har lagt planer om møter med elevrådet. Flere respondenter svarer noe lignende som denne helsesøsteren:

«Jeg har ikke hatt slik samarbeid før, men jeg har planlagt første møte 18. januar.»

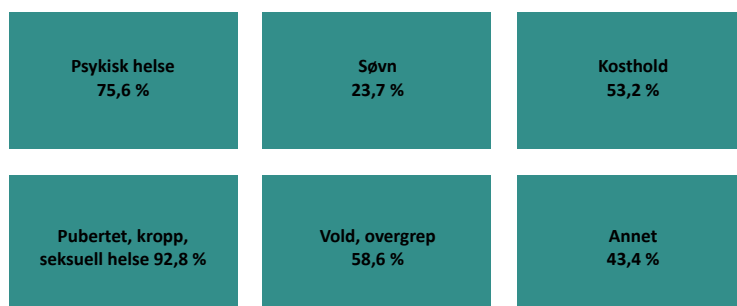
Det å møte foreldrene på foreldremøter er utbredt, særlig det første året på barne-, ungdoms- og videregående skole.

65 prosent av helsesøstrene deltar på foreldremøte i 1. klasse på barneskolen, 69 prosent deltar

Figur 1. Skolehelsetjenesten har faste møter med ledelsen på skolen



Figur 2. Tema for undervisning/grupper



i 8. klasse og 56 prosent er med på møtene i 1. videregående skole. Det er også relativt vanlig å delta på andre klassetrinn i barneskolen. Det er i videregående skole det er minst vanlig at helsesøstrene deltar på foreldremøtene. 44 prosent av respondentene sier at de ikke har planlagt å delta på et eneste foreldremøte dette skoleåret (6).

Bidrar i undervisning og grupper

I de nye nasjonale retningslinjene står det at skolehelsetjenesten skal bidra i undervisning i grupper eller klasser i den grad skolen ønsker det (3). Dette blir klargjort, som følgende, i retningslinjene hva det forventes at helsesøster bidrar med:

- bistand i undervisningen om temaer i skolens læreplaner og undervisning knyttet til spesielle utfordringer ved skolen eller nærmiljøet
- Samtaler, helseopplysning og veiledning i grupper til elever med særskilte behov (1)

Hele 96 prosent av dem som har besvart undersøkelsen har planer om å undervise i løpet av skoleåret, men temaene varierer (figur 2). Det er mest vanlig å ha undervisning innen temaet seksuell og psykisk helse. Ved omkring halvparten av skolene

«Skolehelsetjenesten er lengst unna anbefalte normtall.»

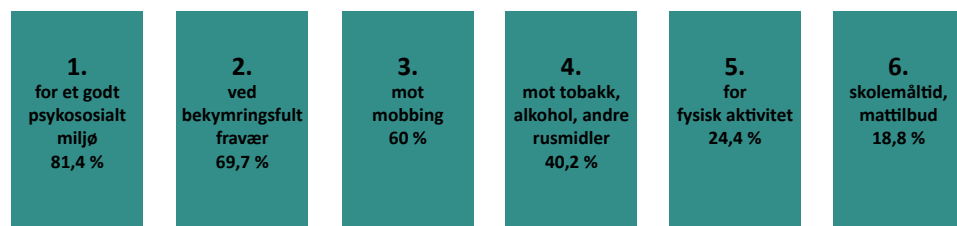
tilbyr man grupper for barn som har opplevd samlivsbrudd.

Universelle tiltak for alle elever

Kartleggingen viser at det er stor variasjon når det gjelder hvilke universelle tiltak (faktaboks) skolehelsetjenesten og skolen samarbeider om (figur 3). Det



Figur 3. Samarbeid om tiltak



Figur 4. På hvilken måte samarbeides det om tiltak



er mindre vanlig å samarbeide om tiltak som gjelder fysisk aktivitet og skolemåltid, enn tiltak for et godt psykososialt skolemiljø.

Strukturen på tiltakene varierer fra at det er en rød tråd gjennom kommunale planer og handlingsplaner på skolen, til at tiltak settes i verk ad hoc og individuelt for den enkelte elev som har behov for koordinert hjelp fra skole og skolehelsetjenesten. Dette gjelder også på viktige samarbeidstemaer som mobbing og frafall i skolen som er spesielt vektlagt i retningslinjene for skolehelsetjenesten (3) (figur 4).

Individuelle konsultasjoner

Retningslinjene anbefaler individuelle konsultasjoner med alle elever i 1. klasse på barneskolen og i 8. klasse. Det er anbefalt at 1. klasseundersøkelsen foregår på skolen og at både helsesøster og lege deltar. Dette gjennomføres i liten grad i dag (figur 5). 8. klassesamtale anbefales utført av helsesøster med

alle elever. Resultatene viser at samtaler i 8. klasse er en prioritert oppgave i ungdomsskolen. 80 prosent av helsesøstrene oppgir at de gjennomfører denne samtalen.

Ulikhet i samarbeid og tilbud

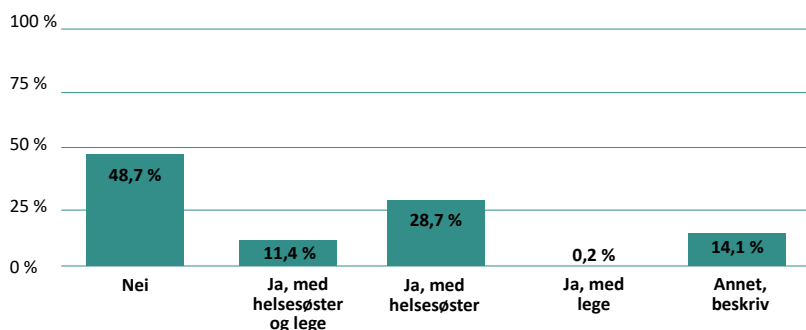
Strukturert samarbeid med skolen i form av felles møter og planer er særlig vektlagt i de nye retningslinjene. Helsesøstrene som har svart på undersøkelsen beskriver samarbeidet som varierende fra skole til skole og fra kommune til kommune både når det gjelder omfang og innhold.

Følgende type sitat går igjen i kommentarene fra respondentene og sammenfatter funnene i undersøkelsen på en god måte:

«Samarbeidet er ikke satt i system, og varierer mellom de ulike skolene og de ulike helsesøstrene.»

Samtidig er det andre helsesøstre som beskriver at de har et godt samarbeid:

Figur 5. Skolehelsetjenesten gjennomfører skolestartsundersøkelse på skolen



Observasjoner

Totalt Svar status Gjennomført 446

«Helsesøster samarbeider godt med skolens ledelse, og de blir hørt og får gjennomslag for innspill. Helsesøster er med som en del av Elevtjenesten sammen med rådgivere, PPT og ungdomsveileder.»

Tilstedeværelse

Betydningen av at helsesøster er mer til stede på skolen enn før, på grunn av økte ressurser til skolehelsetjenesten, trekkes frem av mange respondenter. Det er flere helsesøstre som kommenterer at den nasjonale satsingen på skolehelsetjenesten har hatt positiv effekt:

«Jeg har et godt samarbeid med skolen «min». Det er blitt betydelig mye bedre nå etter at jeg har økt min tilstedeværelse på skolen etter at vi har mottatt midler fra Helsedirektoratet for å styrke skolehelsetjenesten. Med økt tilstedeværelse vil også helsesøster bli sett på som en ressurs og bli en del av skolen.»

«Vi har hatt svært lite ressurser ut i skolehelsetjeneste, spesielt i barneskolen. Ressursene er styrka frå hausten 2017. Det systematiske samarbeidet er ikkje skikkeleg på plass, men er i ferd med å bli etablert.»

«Det er et stort forbedringspotensial, men utvikling ser veldig positiv ut fordi vi har fått litt økte ressurser i skolehelsetjenesten.»

De siste årsverkskartleggingene fra 2015 og 2016 (4, 6) viser at skolehelsetjenesten er lengst unna anbefalte normtall (8) (faktaboks) i barneskolen og at variasjonen mellom kommuner og fylker når det gjelder tilstedeværelse er stor. Helsesøsterårsverkene i helsestasjons- og

skolehelsetjenesten har økt med 252 årsverk totalt siden 2015. Det finnes ikke oversikt over hvor helsesøstrene jobber. De anbefalte normtallene ble utarbeidet i 2010 (7) og er ikke justert i tråd med oppgavene i dagens nye retningslinjer.

I følge en kartlegging fra 2017, utført av LaH NSF's utdanningsutvalg, utdannes det for få helsesøstre til å

«Det ble foreslått en endring i opplæringsloven som gir skolen plikt til flerfaglig samarbeid.»

møte behovet for helsesøstre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fremover (9).

Skolehelsetjenestens beliggenhet

I flere av kommentarene fra respondentene, er skolehelsetjenestens lokaler et tema. Flere gir tilbakemelding om at skolehelsetjenestens beliggenhet på skolen er til hinder for samarbeid:

«Samarbeidet begrenses av at skolehelsetjenestens kontor er plassert i en annen del av skolebygget enn ledelsen.»

«Jeg tenker også det er viktig å jobbe for å få kontor i nærheten av administrasjonen til skolen. Jeg sitter helt alene på et kontor i en egen bygning.»

En annen helsesøster gir følgende tilbakemelding:
«Vi er samlokalisert, og samarbeider hver dag rundt enkeltelever og på systemnivå.»

Bestiller og utfører

Det at skolen ikke er like forpliktet til å samarbeide gjennom lovverket på samme måte som skolehelsetjenesten, opplever helsesøstrene som både provoserende og til hinder for godt samarbeid.

Mange reagerer på ordlyden i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2–3 (10) som sier at helsestasjons- og skolehelsetjenestens tilbud til barn og ungdom 0–20 år skal omfatte: «bistand og undervisning i gruppe/klasse/foreldremøter i den utstrekning skolen ønsker det». Ulike helsesøstre beskriver det slik:

«Jeg opplever det veldig varierende fra skole til skole, hvor mye de ønsker å bruke vår kompetanse

linjene ble lansert, og den sier derfor lite om i hvilken grad retningslinjene på sikt vil bidra til at praksis endres i tråd med målet. Målet er en mindre variasjon i tjenesten og et mer likeverdig tilbud i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (3).

I flere fritekstsvare beskriver likevel helsesøstre at de allerede er i ferd med å endre praksis på bakgrunn av anbefalingene. Noen har også nevnt at det å måtte svare på en slik kartlegging i seg selv var bevisstgjørende.

Veien videre

Flere av helsesøstrene i undersøkelsen har kommentert at de nye faglige retningslinjene har påvirket deres utøvelse av helsesøsterfaget (3). Siden undersøkelsen ble sendt ut før kommunene har rukket å implementere de nye retningslinjene, er det grunn til å tro at de på sikt vil føre til en endring av praksis flere steder. Helsedirektoratet har blant annet hatt flere fylkesvise implementeringskonferanser i samarbeid med fylkesmennene i etterkant av at denne kartleggingen ble sendt ut. Det vil derfor være interessant å følge opp med en tilsvarende kartlegging om en stund for å se om det skjer en endring av praksis over tid.

Det pågår en randomisert, kontrollert studie i 15 norske kommuner som heter «Et lag rundt eleven» (12). Studien skal se på hvordan økt helsesøsterressurs påvirker samarbeidet mellom skolehelsetjenesten, lærere, skoleledere og sosialpedagogisk personale og om dette kan bidra til å styrke elevenes læringsmiljø. Prosjektet gjennomføres av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) i samarbeid med Læringsmiljøsentret ved Universitetet i Stavanger og Folkehelseinstituttet. Prosjektet er finansiert av Utdanningsdirektoratet.

Et annet forskningsprosjekt er «Skolehelse.no». I dette prosjektet er det utarbeidet et elektronisk spørreskjema for elever i 8. klasse. Informasjonen fra spørreskjema skal både brukes for å planlegge en 8. klassesamtale helsesøster utfører med den enkelte elev og som statistikk på gruppenivå tsm kan tas inn i samarbeidet med skolen. Begge deler er vektlagt i de nye retningslinjene (3). Pilotfasen av prosjektet er akkurat avsluttet og det foreligger ikke noen oppsummering å referere til enda. Prosjektet er forankret i Regionalsenteret for barn og unges psykiske helse, avdeling øst og sør. Både Helsedirektoratet, e-helsedirektoratet og LaH NSF er involvert i prosjektet.

Det er ellers lite forskning som ser på den direkte effekten av skolehelsetjenestens arbeid. ■

«Det pågår en randomisert, kontrollert studie i 15 norske kommuner.»

inn i systemarbeid, skolemiljø, fysisk aktivitet og de andre viktige emnene som handler om elevers fysiske og psykososiale helse. Det er for mye opp til skolen å bestemme det, tenker jeg.»

«Jeg synes det er betenkelig at det ikke er retningslinjer for skolen i forhold til samarbeid med skolehelsetjenesten. Det er hele tiden opp til den enkelte skole og den enkelte lærer hvor interessert de er i samarbeid.»

«Det er viktig at helsesøster er litt «på» og er synlig både overfor elever og ansatte, slik at skolehelsetjenesten blir en del av skolen.»

«Det har stort sett vært helsesøster som har initiert samarbeid med skolen. Når det er svart nei på en del av spørsmålene, er det fordi jeg ikke har kommet i posisjon på skolen. Det er stor ulikhet mellom skolene på om de ser helsesøster som ressurs, og hvordan de inviterer helsesøster inn i skolen og samarbeid.»

I Prop. 52 L (2017–2018), fra regjeringen, ble det foreslått en endring i opplæringsloven som gir skolen plikt til flerfaglig samarbeid (11). Lovendringen ble nylig vedtatt av Stortinget, men er ennå ikke trått i kraft.

Implementering

Kartleggingen ble sendt ut kort tid etter at retnings-

Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 30.03.2018).
2. Sosial- og helsedirektoratet. Helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004. IS- 1154.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om pasientjournal [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2001. [oppdatert: 01.01.2018]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385> (nedlastet 30.04.2018).
4. Helsedirektoratet. Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-2543. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kartlegging-av-arsverk-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 30.04.2018).
5. Statistisk sentralbyrå. Kommunehelse – grunnlagsdata (K) 1999 – 2017 15. mars 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/04685/?rid=056c713a-6c0e-4667-84c0-a75689f43df2> (nedlastet 09.05.2018).
6. Waldum-Grevbo KS, Haugland T. En kartlegging av helsesøsterbemanningen i skolehelsetjenesten. Sykepleien Forskning 2015;10(4):352–60. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/11/en-kartlegging-av-helsesosterbemanningen-i-skolehelsetjenesten> (nedlastet 30.04.2018).
7. Major EF, Dalgard OS, Mathisen KS, Nord E, Ose S, Rognerud M, Aarø LE. Rapport 2011:1. Bedre føre var- Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var-psykisk-helse-hels/> (nedlastet 08.05.2018).
8. Helsedirektoratet. Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1798. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (nedlastet 30.04.2018).
9. Landsgruppen av helsesøstre NSF. Helsesøsterstillinger og utdanning av helsesøstre. En kartlegging av behov for helsesøsterstillinger og helsesøsterutdanning. Rapport nr. 2. Oslo: Utdanningsutvalget LaH NSF; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3545775/10501/Det-utdannes-for-faa-helsesostre> (nedlastet 30.04.2018).
10. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450> (nedlastet 30.04.2018).
11. Prop. 52 L (2017–2018) Endringer i opplæringslova, friskolelova og folkehøgskolelova (plikt til å tilby intensiv opplæring og plikt til fleirfagleg samarbeid m.m.) Oslo: Regjeringen; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-52-l-20172018/id2594304/> (nedlastet 28.05.18).
12. Et lag rundt eleven [Internett]. Oslo: NIFU – Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning; [siter: 30.04.2018]. Tilgjengelig fra: <https://www.lagrundteleven.no/> (nedlastet 30.05.18).

ANNONSE

KJENNER DU ET BARN SOM ER UTSATT FOR VOLD ELLER OVERGREP?

Stine Sofie Senteret er et gratis kurs- og mestringssenter for voldsutsatte barn og unge, og deres trygge voksne.

I trygge omgivelser får deltakerne ny kunnskap, mestring og gode opplevelser. Sammen skapes nye vennskap og nye historier, som styrker barn og voksnes egne ressurser. Hos oss møter de varme og humørfylte voksne som ser viktigheten av traumebevisst omsorg.

Mer informasjon og søknadsskjema finnes på www.stinesofiesenteret.no

“Jeg har fått styr på følelsene mine. Jeg har følt meg trygg. Dere er snille, morsomme og best”
– Jente 10 år



Stine Sofie
Senteret



**Nina Mjøen**Leder for helsesøster-
tjenesten i Oppdal

– Sammen skaper vi en positiv kultur

– Ledelse er ikke et enkeltkvinneforetak. Hos oss handler det om at vi sammen skaper en sterk og positiv kultur, med en klar retning. Ressurser hos alle ansatte mobiliseres for å gi brukerne et best mulig tilbud, sier Nina Mjøen, leder for helsesøstertjenesten i Oppdal kommune.

Tekst **Björg Aglen**, sekretær LaH i Sør-Trøndelag

Nina Mjøen er opptatt av samarbeid.
– På Oppdal helsestasjon er vi enige om at «stammen trenger en høvding, men at høvdingen ikke kan lykkes uten sin stamme». Vi vet også at vi ikke er alene, at vi er en del av en organisasjon som vi må lykkes i å spille på lag med. Vi arbeider målrettet med fag- og kvalitetsutvikling og å synliggjøre helsesøsters kompetanse i egen organisasjon, sier Nina Mjøen.

Hun mener at samhold gjør en sterk.

– Sammen står vi stødig i vår rolle som helsesøster og i vårt samfunnsoppdrag og derigjennom blir vi og vår kompetanse også tydelig for barn, unge, familier, samarbeidspartnere og hele organisasjonen vi er en del av. Og når vi jevnt og trutt over oss på å stå stødig, så

kommunen hvert år. Kommunens arbeidstakere er i hovedsak enten ansatt i offentlig forvaltning eller i industri, handel, bygg og anlegg og reiseliv. Utflyttede vender gjerne tilbake etter noen år «ute i verden» slik at bolysten er der, men «jobb til begge» kan være en utfordring.

– Oppdal er en god kommune å vokse opp i, men også her er det familier, barn og unge som har utfordringer og som sliter, sier Nina Mjøen.

Oppdal kommune har 6,9 årsverk for helsesøster, 0,6 årsverk fysioterapeut og 0,2 årsverk lege fordelt på helsestasjon og skolehelsetjeneste. Det vil si at kommunen oppfyller normtall på alle områder. I tillegg er det skapt tid og rom for tettere oppfølging av blant annet familier med flyktningbakgrunn, deltakelse i tverrfaglig lavterskeltilbud og ledelse.

«Oppdal er en god kommune å vokse opp i.»

prøver vi å legge til rette for at dette skjer i et rom som også favner vår forskjellighet og er fylt av en stor dose humor og glede.

Mange års erfaring

Nina Mjøen ble utdannet ved HiST i 2001. Hun fikk stilling som helsesøster i Oppdal kommune og har siden arbeidet der. Hun er opprinnelig fra Grytøy i Harstad kommune, men kjærligheten førte henne og familien til den vakre fjellbygda.

Oppdal er en fjellkommune i sør i Trøndelag fylke. Den er fylkets tredje største i utstrekning og har snart 7000 innbyggere. Det fødes 75–80 nye innbyggere i

Familiesentret

Filosofien bak tjenesten i Oppdal er å etablere universelle tilbud til alle familier, barn og unge. I dette universelle tilbudet inviterer de inn andre faggrupper, slik som pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), fysio- og ergoterapitjenester, barnevernstjenesten, helsetjenester knyttet til psykisk helse og rus og familievernkontorene. Etter inspirasjon fra og på bakgrunn av kunnskap fra forskning i regi av Nord universitet, har kommunen etablert familiesenter. Arbeidet med å utvikle familiesenteret ble først prosjektorganisert. Prosjektet varte i to år før det ble en del av kommunens faste tilbud og prosjektmidlene ble fordelt på de ulike deltjenestene som utgjør familiesenteret. Familiesenteret kan betraktes som et hus i flere etasjer med et lavterskeltilbud i første etasje som tilbyr universelle tjenester til alle



familier, barn og unge i kommunen. Her holder helsestasjonen til. De ovenpå utgjør rus og psykisk helse, PPT, fysio- og ergoterapitjenester, samt barnevernstjenestene. Hjelpetjenestene ovenpå inviteres regelmessig inn på helsestasjonen ved to anledninger: 1) De blir invitert inn i de vanlige konsultasjonene slik at alle familiene møter alle hjelpetjenestene en gang. For eksempel deltar PPT sammen med helsesøster på konsultasjonen ved 18 måneder og har da fokus på positiv grensesetting i foreldrerollen. Foreldrene ser da en animasjonsfilm som bygger på modellen «Circle of Security» (COS), og etter filmen er det samtale og refleksjon. 2) «De ovenpå» inviteres på helsestasjonen hver onsdag til et flerfaglig lavterskeltilbud for familier med behov utover det vanlige konsultasjonsprogrammet. På denne onsdagen samles alle deltjenestene til morgenmøte og til deling av informasjon, faglige oppdateringer og forberede dagens konsultasjoner.

– Hensikten med å invitere deltjenestene inn på helsestasjonen er at befolkningen skal bli kjent med alle kommunens hjelpetjenester for familier, tilbud til barn og unge, og at de som arbeider i de ulike delene av tjenesten skal bli bedre kjent med hverandre, både tilbudene, rollene og personene. Samtidig ser befolkningen at de ulike delene av tjenesten samhandler. På denne måten bidrar helsestasjonen til å senke terskelen

for å ta imot hjelp for dem som trenger bistand utover helsestasjonens faste konsultasjoner, sier Nina Mjøen.

Tilbudet er bekjentgjort for befolkningen på kommunens hjemmeside, plakater og brosjyrer i alle barnehager, skoler og på legekantorene. Familier som selv opplever å ha utfordringer vedrørende for eksempel samliv, grensesetting, uro, sinne, leggerutiner og søvn, språklig og sosial utvikling kan møte opp på familiesenteret og få hjelp. Tidligere satt helsesøstre for lenge alene med dem som trengte bistand fra «de ovenpå», og dette bandt opp ressurser som skulle vært brukt på universelle helsefremmende lavterskeltilbud.

Jobbtrivsel

– Det tverrfaglige samarbeidet i familiesenteret oppleves som inspirerende og faglig utviklende, det skaper jobbtrivsel og mening i jobben og følelsen av å være en del av en større sammenheng, sier Nina Mjøen.

Hun forteller at det tverrfaglige tilbudet ved familiesenteret øker sannsynligheten for samhandling mellom tjenestene på et tidligere tidspunkt, og for at flere familier med behov for tjenester utover de faste som helsestasjonen tilbyr, sier ja til mer hjelp tidligere.

– Tilbudet skaper økt trygget og tillit også til barnevernstjenesten, sier Mjøen.

LEDER: Nina Mjøen ble utdannet helsesøster i 2001, og har i alle år siden jobbet i Oppdal kommune. Foto: Privat





Andre tilbud som organiseres i familiesenteret er BAPP-grupper og veiledningsprogram for foreldre med barn i alderen tre til seks år. Familiene oppfordres til selv å komme med innspill til tema de ønsker belyst på temamøter på familiesenteret. Tjenestene i familiesenteret er foreløpig ikke samlokalisert, men det er et sterkt ønske om det. Det er Nina Mjøen som er leder for familiesenteret, men hver deltjeneste er formelt sett organisert for seg selv. Helsestasjonen har fått tilført 30 prosent stilling knyttet til deltakelse i familiesenteret. Disse er fordelt på tre helsesøstre, slik at en av dem alltid deltar på senterets lavterskeltilbud på onsdager. Helsestasjonens «onsdagstjenester» rapporteres på post 2.3.3 i KOSTRA.

Helsestasjonens hjemmekonsulent

Kommunen har også en hjemmekonsulent som er organisert under helsestasjonen. Tilbudet er gratis for barnefamilier som på grunn av sykdom hos omsorgspersoner trenger praktisk bistand i en kortere periode. Tilbudet kan handle om bistand til ulike daglige gjøremål i hjemmet, stell av barn, hente og bringe barn og hjelp med skolearbeid. De med mer langvarige behov får tilbudet i kombinasjon med andre tilbud, for eksempel hjemmetjenester og avlastning. Nina Mjøen er saksbehandler for disse tjenestene og sørger for vedtak etter helse- og omsorgstjenestelovens bestemmelser. Organisering av tjenesten i helsestasjonen og ikke for eksempel i barnevernstjenesten eller hjemmetjenesten, bidrar til å gjøre tilbudet lettere og raskere tilgjengelig, mer fleksibelt og lettere å avvike når behovet er over. Mjøen har ansatt to personer som kombinerer stillingen som hjemmekonsulent med å være helsestasjonsassistenter.

– På denne måten blir ikke tjenesten så sårbar ved sykdom og annet fravær, og mer fleksibel i forhold til hvor mange som kan få tilbudet, sier Mjøen.

Nina Mjøen jobber etter prinsippet om å spre tjenester og roller på flere personer for å gjøre dem mindre sårbare. På den måten etablerer hun team rundt de ulike oppgavene og funksjonene i helsestasjon- og skolehelsestjenesten. Det fører også med seg at ansvar og oppgaver blir tydeligere og mer avgrenset, og at bevisstheten om å være teamdeltaker minsker opplevelsen av å stå alene som helsesøster.

Arbeidsgruppe for folkehelse

Som leder deltar Nina med sine helsesøstre i kommunens ulike tverretatlige arbeidsgrupper om folkehelsearbeid.

– Det er viktig at helsesøster er med i slike arbeids-

grupper. Vi har kompetanse og kan bidra med oversikt til å ivareta det helsefremmende perspektivet, for eksempel i forhold til folkehelseplan, ruspolitisk handlingsplan, handlingsplan mot vold i nære relasjoner, handlingsplan for trivsel og mestring i skole og barnehager, sier Mjøen.

Helsesøstrene bidrar også i arbeidsgruppene som skal velge program for det rusforebyggende arbeidet i skolene i Oppdal. Den nyoppstartete store tverretatlige folkehelsesatsing «Det skal ei heil fjellbøgd til for å oppdra et barn» er kjempespennende nybrottsarbeid med tilskudd fra fylkeskommunen. I prosjektet er de i gang med omfattende kartlegging for å se hva vi har av tiltak i dag, hvordan de ulike tiltakene i for eksempel helsestasjon, barnehage og skole kan bygge på hverandre og utfylle hverandre, og hvor det er hull i dagens samlede tilbud. For øvrig deltar Nina og hennes kollegaer på årlige møter med styreere i barnehagene, rådgiver for oppvekst og fysio-/ergoterapeuter i kommunen.

– Hensikten med møtene er å bli bedre kjent og på den måten kunne komme tidligere inn i familier som trenger bistand. I tillegg beslutter vi felles kompetansehevning- og satsingsområder, sier Mjøen.

Samarbeid med skolene

En gang i året, i april, møtes Nina Mjøen og alle rektorene for å avtale samhandling i året som kommer. De velger ut to hovedsatsingsområder. Inneværende skoleår har de hatt fokus på valg av program for det rusforebyggende arbeidet ved skolene og samhandling om et opplegg for å forebygge seksuelle overgrep. Helsesøstrene på de respektive skolene har et undervisningsopplegg i alle 4. klasser om dette temaet. Nylig besluttet de at de neste skoleår i tillegg skal ha fullt fokus på livsmestring – «livet på timeplanen». Nina deltar på ett møte årlig på alle skolene sammen med den respektive helsesøster ved den enkelte skole. På dette møtet legger helsesøstrene fram hva de ser som utfordringer ved den enkelte skole, går gjennom skolehelsestjenestens plan for faste tiltak og drøfter behov og tilbud ut over dette. På denne måten får Nina hånden på roret i strategiske valg og prioriteringer, hun opplever å ha innblikk i hva som skjer ute på den enkelte skole og den enkelte helsesøster opplever å ha en leder med lokalkunnskap.

Kvalitetsindikatorer for tjenesten

I 2014 ble Oppdal med i pilotprosjektet «Kvalitetsindikatorer i skolehelsestjenesten» sammen med tre andre kommuner i daværende Sør-Trøndelag. Prosjektet ledes

av Vibeke Olufsen, NTNU. Dette prosjektet bygget på erfaringer med et liknende prosjekt i Telemark, presentert i Tidsskrift for helsesøstre nr. 3, 2016 av Janne Gunnerød Ljoså. Kort fortalt omhandlet prosjektet å utvikle og teste ut indikatorer for tjenestekvalitet og tjenesteomfang i kommunens skolehelsetjeneste. Ifølge Nina Mjøen kom muligheten for å delta i prosjektet som bestilt, fordi det var stor frustrasjon blant helsesøstrene om tjenestens innhold og omfang. De drev med manuell telling av gjøremål, men disse tallene ga i liten grad grunnlag for beslutninger. Gjennom deltakelse i dette prosjektet har de fått muligheten å få oversikt over skolehelsetjenestene, prioriteringene de faktisk gjør og mulighet til å holde disse opp mot nasjonale anbefalinger i form av forskrift og nasjonale faglige retningslinjer for tjenesten. Hun beskriver innføringen av kvalitetsindikatorer som et tidsskille i tjenestetilbudet for familier, barn og unge i kommunen. Kvalitetsindi-

katorene bruker Nina Mjøen aktivt som styringsverktøy i ledelse av helsestasjon og skolehelsetjenesten. Men like viktig har det vært at indikatorer gir kommunens ledelse mulighet til å ivareta sitt ansvar for kontroll med tjenesten. Hun opplever at det at hun kan tallfeste tjenestene og oppgi dem i sammenliknbare størrelser, gir legitimitet både til henne som leder og til tjenesten. Nina har sammen med sine medarbeidere søkt på tilskuddsmidlene til Helsedirektoratet og fått midler hver gang. Nina sier det er viktig å kunne dokumentere hva midlene brukes til og indikatorer har vært avgjørende for arbeidet med nettopp det. For øvrig arbeider hun nå med å endre journalprogrammet (HSPRO) slik at det blir mulig å skille mellom ulike kategorier oppfølgingskonsultasjoner. Neste år vil de kunne ta ut differensiert statistikk på disse konsultasjonene og nok et verktøy for prioritering og målrettet fag- og utviklingsarbeid kan hentes frem. ■

ANNONSE

MAM Manual Breast Pump

Enkel, bekvem og individuelt tilpasningsbar

Bestill kostnadsfritt visnings-eksemplar av MAM brystpumpe samt MAM brystskjold på mail bvc@bambino-mam.se

Har du spørsmål er du velkommen til å ringe til vår sykepleier Mia Bramsgård på telefon +800 545 180 70

ROTERBAR TRAKT
REGULERBAR PUMPESTYRKE
ERGONOMISK PUMPEHÅNDTAK

MAM
mammbaby.com

Mother & Baby
ANBEFALT
BEST MAMMA
BREAST PUMP

BPA BPS free
f @mam
@mammbaby_nordic



Slik kan helsesøstre oppdage og forebygge psykiske plager hos ungdom

Mange skoleelever har symptomer på depresjon, men signalene kan være vanskelig å tyde. Det er derfor viktig å være oppmerksom på endringer i følelsesuttrykk og funksjonsnivå.

FAKTA

Av Tove Ingeborg Sand, Helsesøster, VID vitenskapelige høgskole

Lisbeth G. Kvarme, Helsesøster og professor, Høgskolen Diakonova

Artikkelen er først publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleiens.2018.70421

Den siste nasjonale Ungdata-undersøkelsen (2016) viser at én av fire til fem elever i ungdomsskolen har følt seg ulykkelig, trist eller deprimert. 82 prosent av elevene besvarte undersøkelsen (1). Andre undersøkelser viser at på ethvert tidspunkt har 15–20 prosent av barn og unge i Norge psykiske vansker i form av atferdsproblemer, angst og depresjon. Symptomene er så tydelige at de går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre (2).

Angst og depresjon er de mest utbredte vanskene/lidelsene generelt i samfunnet og forekomsten øker i ungdomsalderen. Angst og depresjon er lettest og mest lønnsomt å forebygge. Forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i den kommunale primærhelsetjenesten vil kunne forkorte sykdomsforløp og redusere utbredelsen av sykdom og funksjonstap (3–5).

kanne forebygge utvikling av psykiske vansker og lidelser (4).

Tidlig håndtering

Selv lette psykiske problemer kan gi større risiko for psykisk sykdom senere i livet (6). Derfor må psykiske vansker håndteres tidlig. Tidlig oppdagelse er et mål og forebygging er et førende prinsipp i Samhandlingsreformen (3, 7).

Dersom forebygging skal få stor effekt, må hovedinnsatsen rettes mot arenaer utenfor helsevesenet, fordi helse i stor grad blir påvirket av forhold som ligger utenfor helsetjenestens kontroll (4). For barn og ungdom er det her snakk om skolen. Forebygging betyr i praksis å redusere antall nye tilfeller av sykdom før de oppstår (8). Ifølge nye retningslinjer for skolehelsetjenesten bør helsesøster konsentrere

«Det er lettere for mange å ta kontakt for fysiske plager enn for psykiske vansker.»

Risikofaktorer for å utvikle psykiske vansker hos individet beskrives, av Major og medarbeidere, som lav selvfølelse, manglende opplevelse av kontroll over eget liv og manglende mestringsevne. Mobbing er en sterk risikofaktor for psykiske problemer hos barn og unge. Innsats for å fjerne risikofaktorer vil derfor

Sammendrag: Ungdoms selvrapporterte psykiske helse viser at mer enn 20 prosent av elevene på ungdomsskolen har psykiske plager. Funn viser at det kan være vanskelig å oppdage at ungdom ikke har det bra fordi de ofte skjuler det. Nedstemtheten kan påvirke deres helse og evne til å følge opp skolen. Tidlig intervensjon, tett oppfølging og tverrfaglig samarbeid kan forhindre at en psykisk vanske utvikler seg til psykisk lidelse. Det er gjort en kvalitativ studie med intervju av helsesøstre på ungdomsskolen. Målet med studien har vært å undersøke hvordan helsesøster kan bidra til å fange opp nedstemthet hos ungdom tidlig.

SE TEGNETIDLIG: En studie – basert på intervju med ni helsesøstre i ungdomsskolen – har undersøkt hvordan man kan fange opp og hjelpe ungdom som sliter. Illustrasjonsfoto: Mostphotos



seg om å oppdage psykiske plager og lidelser hos barn og ungdom som et ledd i det helsefremmende og forebyggende arbeidet (9).

Studien er kvalitativ og det er gjort tre fokusgruppeintervjuer av ni helsesøstre som jobber på ungdomsskolen. For å analysere data ble Kvaales tre nivåer av fortolkning benyttet.

Resultater og diskusjon

Helsesøstrene forteller at det kan være vanskelig å fange opp depressive symptomer hos ungdom fordi de ofte skjuler at de strever overfor omgivelsene. De «setter på seg en maske og et smil». Ungdom er i en brytningsfase og noe av symptombildet kan oppfattes av omgivelsene som normale tenåringsvingninger. Det er viktig å se etter endringer hos ungdommer for å fange opp tidlige symptomer på nedstemthet. En av informantene sier:

«Og så tenker jeg ... det med ungdommer og depresjon ... de kan ofte smile. De kan være glad utad på en

om helse generelt og om hva elevene kan gjøre hvis de har problemer og hvem de kan henvende seg til.

Åpen dør

Helsesøstrene er opptatt av å være tilgjengelig og ha en «åpen dør» for å kunne fange opp elever med psykiske vansker. Mange elever kommer på «drop-in» eller en venn av dem kommer og er bekymret. En informant sa:

«Mange elever som kommer med «vondter», kommer gjerne for noe underliggende. De kan bruke lang tid på å bli kjent før de tør å fortelle om det som er mest sårbart.»

Det er viktig å være tilgjengelig akkurat når ungdommen trenger det. Hvis en elev endelig har tatt mot til seg og kommer for å prate om det som er vanskelig, kan det være at eleven ikke kommer tilbake dersom døren er stengt eller om han/hun blir bedt om å komme tilbake senere.

Det er lettere for mange å ta kontakt for fysiske plager enn for psykiske vansker. En helsesøster sier det på denne måten:

«For dem som har slått seg, de går ofte bare rett inn og sier: Hei! Jeg har slått meg her eller der. Mens for dem som strever, de titter kanskje litt mer forsiktig inn og sier: 'Er du ledig nå? Passer det? Jeg skulle så gjerne hatt ...'. Du ser det litt egentlig på hele kroppsspråket i døren der, at de liksom kikker inn og øynene flakker litt i døråpningen, titter inn og ser seg kanskje litt over skulderen; 'er det noen bak meg?'».

Informantene sier at de ser en forskjell på de elevene som har noe konkret de ønsker hjelp til og på de elevene som strever psykisk. Helsesøstrene forteller at de fanger opp ungdommenes signaler på at de strever. De snakker om «den tause kunnskapen» som utvikles etter lengre erfaring i arbeidet med ungdom i skolehelsetjenesten.

Se etter endringer

Informantene sier at man må se etter endringer hos ungdommene for å fange opp tidlige symptomer på nedstemthet. Vanlige tenåringsproblemer kan være humørsvingninger, irritabilitet, rot og forglemmelser, impulsivitet og manglende konsentrasjonsevne (10). Humørsvingninger som sinne, tristhet og irritabilitet er vanlig ved depressivitet. Det er to generelle trekk omgivelsene skal være obs på dersom de blir bekymret for en ungdom; hvor store humørsvingningene er og endringer i funksjonsnivået (10).

Andre atferdsendringer kan også være at ungdommene kan oppleve en stor grad av følsomhet for kritikk kombinert med fysiske symptomer som hodepine, verk

«Selvmordsraten hos gutter er dobbelt så høy som hos jentene.»

annen måte enn voksne, at det mer er sånn amperhet, tomhet eller ... De har kanskje også mer problem med å kommunisere helt hvordan de har det. Og utad så kan det se veldig sånn vanlig og greit ut.»

Bli kjent med elevene

Informantene møter mange ungdommer med depressive symptomer på ungdomsskolen. Det er flere måter å fange opp ungdom som er nedstemte. En helsesøster forteller:

«Det er liksom mange forskjellige kanaler. Noen er jo de vi fanger opp i 8.-klassegruppene, noen får vi via lærere eller sosiallærere, noen elever kommer selv, banker på døra og en god del kommer fra foreldre, som tar kontakt fordi de er bekymret for ungdommen sin av en eller annen årsak. Jeg får en del mail og telefoner.»

Det er viktig å bli kjent med elevene i starten av ungdomsskolen. På 8. trinn kan elevene fylle ut opplysninger om egen helse via et helseopplysnings-skjema og helsesøster kan bli litt kjent med elevene og innkalle til en samtale. På 8. trinn får elevene også tilbud om å delta i helseopplysningsgrupper. I gruppen – som er for alle elever – informerer helsesøster

FAKTA

Tre hovedtemaer

Ut fra analysen var det tre hovedtema som ble identifisert ut i fra intervjuene:

- Det er vanskelig å oppdage depressive symptomer hos ungdom
- Konsekvenser av vanskene ved depressive symptomer
- Tverrfaglig samarbeid og tilrettelegging for elever med depressive symptomer.

i kroppen, kvalme eller andre ubehag. Videre kan det være endringer i sove- og spisevaner eller tendenser til å utagere mer enn vanlig, ta større risiko og tilbringe mindre tid sammen med venner og familie.

Hvis atferdsendringene varer i mer enn to uker er det grunn til å bli bekymret og til å handle. Jensen presiserer at ved enhver bekymring for at tenåringsgjennomgår plutselige eller gradvise forandringer, må tenåringsgjennomføres fanges opp og få hjelp (10).

Hemmer elevene

Mange ungdommer er stresset og helsesøstrene beskriver at de kan ha symptomer som søvnvaner, bekymringstanker, konsentrasjonsvansker, fysiske plager og ensomhetsfølelse. Den kvantitative undersøkelsen til Young & Dietrich viser til at stress, bekymringer og negative tanker spiller en rolle ved utviklingen av depressive symptomer (11). Young og Dietrich har undersøkt stressende livshendelser hos ungdom og ser en tydelig sammenheng mellom stress og depresjon hos ungdom (12).

På 8. trinn kartlegges ungdoms helse gjennom et helseskjema. Dette samsvarer med forskning på tidlig intervensjon, hvor det anbefales kartleggings skjemaer for å kunne fange opp tidlige symptomer på depresjon (13).

Informantene erfarer at nedstemthet hemmer elevene fra å utnytte sitt fulle potensial. De kan få fysiske symptomer, endringer i følelseslivet, sitt sosiale liv, kognitive forandringer og de klarer ofte ikke å følge opp (skole)hverdagen slik de gjorde før. En av informantene beskriver hvordan nedstemthet påvirker livet til ungdom:

«Ja, det tenker jeg, at man ikke klarer å leve det livet man vanligvis lever. Det påvirker din daglige fungering. At du har et så stort symptomtrykk at det påvirker hva du greier å utføre. Da er det ganske alvorlig. Noen symptomer, som å ha det litt kjipt, det har vi alle. Men



RESIGNERER: Det er lite som skal til før ungdommene får problemer med å følge opp de daglige gjøremålene. Dersom elevene ikke lenger klarer å leve opp til forventningene, forteller helsesøstrene at ungdommene resignerer. Illustrasjonsfoto: Mostphotos.

når det begynner å påvirke deg til å ikke greie å komme deg opp om morgenen, eller du mangler initiativ, trekker deg bort, isolerer deg, ikke klarer å følge opp det daglige programmet ditt, da har det gått for langt».

Trekker seg tilbake

Helsesøstrene er opptatt av at det er lite som skal til før ungdommene får problemer med å følge opp de daglige gjøremålene, slik de gjorde før. Dersom elevene ikke lenger klarer å leve opp til forventninger på skolen og sosialt, beskriver en av helsesøstrene at ungdommene resignerer:

«Når de ikke klarer å henge med i det som er forventet, trekker de seg tilbake, og så tar det så mye av tankeenergien. Så jeg ser at de bruker mye energi på å henge med på det faglige, det sosiale i fritida og når de da kjenner at det indre ikke stemmer med alt det som forventes av det ytre, så blir de resignert.»

Det kan være krevende for ungdom generelt å holde seg til alt som skjer sosialt, på skolen, på nett

og på fritiden. Dersom en ungdom er nedstemt, kan det bli mer utfordrende sosialt fordi ungdommen får nedsatt funksjon. Mange ungdommer kan trekke seg tilbake fra det sosiale. Og de orker ikke å være så mye sammen med venner og familie som før. Flere av ungdommene får problemer med å sette ord på ting i det sosiale og faglig og de får et annet følelsesuttrykk.

Å ikke finne ord og kunne forklare seg, kan forsterke ungdommers opplevelse av utilstrekkelighet og sårbarhet. Én helsesøster sier følgende:

«Og så er det mange av dem som kommer som

«Det at ungdom føler at de blir sett og hørt kan bidra til at de får det bedre.»

faller litt utenfor sosialt, da. Som strever litt med strategier ofte. Noen med sinnemestringsproblemer eller det kan være at de har litt vansker med å gjøre seg forstått og vansker med å uttrykke seg og så blir det veldig misoppfattet.»

Gutter vs. jenter

Dersom eleven får problemer med det sosiale på skolen, kan dette medføre at de ikke føler seg trygge og at de ikke trives. I tillegg er det vanskelig å være i en setting der de må forholde seg til så mye hele tiden. De blir slitne av alle inntrykkene og trekker seg unna.

Informantene sier at de tror nedstemthet hos gutter er vanskeligere å oppdage enn hos jenter. Gutter tar ikke kontakt og de forteller ikke om tristhet på samme måte som jenter gjør. Helsesøstrene sier at det kan vises på en annen måte hos guttene – ved en indre uro som kan gi symptomer i form av sinne og aggressivitet eller ved passivitet og apati. Gutter som har depressive symptomer kan oppleves mer avflatet følelsesmessig. En av helsesøstrene beskriver det slik:

«Jeg har for eksempel aldri møtt en gutt som har drevet med selvskading ... veldig mange jenter ... med kutting og sånn, på skolen hos meg. Gutter som har depressive symptomer som bare isolerer seg hjemme med pc-en. Så jeg opplever, hvis jeg kommer i kontakt med dem, så er de mye mer avflatet følelsesmessig og er litt sånn ... nei, jeg orker ikke, jeg greier det ikke, jeg fikser det ikke ... og sånn ... apati, dette går faktisk ikke, så da blir jeg heller hjemme».

Fravær fra skolen kan være en indikasjon på at eleven har nedsatt funksjon på grunn av nedstemthet.

Større sårbarhet

Informantene erfarte at ungdommene ikke lenger klarte å følge opp hverdagen slik de gjorde før de ble nedstemte. Mange ungdommer kan oppleve at det sosiale livet blir mer utfordrende å forholde seg til, og de blir mer engstelige. Dette kan bidra til at elevene gruer seg mer for å vise seg frem, for eksempel i gym og om de skal fremføre noe.

Forskning viser at ungdom med depressive symptomer også får symptomer på angst. Det er en komorbiditet mellom disse symptomene og at de fleste ungdommer hadde symptomer både på angst og depressivitet (4, 14, 15). Skolen er en arena hvor ungdom hele tiden skal prestere og bli vurdert faglig, i tillegg til at de skal fungere sosialt. Dette kan være svært utfordrende i en sårbar fase i livet.

Helsesøstrene forteller at gutter sjelden tar kontakt selv. Og hvis de får kontakt med dem, har de gjerne gitt opp. De sitter mye hjemme og bruker tid på data-spill. Helsesøstrene forteller også at gutter kan ha et annet uttrykk ved nedstemthet. De kan vise mer sinne og aggresjon og/eller er mer avflatet følelsesmessig når de er depressive. Dette samsvarer med forskning om menns uttrykk ved depresjon, hvor det vises til at menn oftere reagerer med sinne, selvdestruktivitet, mental flukt, stoffbruk, spilleproblemer, søvnproblemer, kvinnejakt og arbeidsnarkomani.

Maskerer følelser

Studien viser til at det kan hende at menn i større grad enn kvinner maskerer følelser, som nevnt ovenfor (16). TOPP-studien er en longitudinell studie som undersøker utviklingsveier til alkoholforbruk. Det forskes på forhold som trivsel, god psykisk helse og psykiske plager hos barn og ungdom i Norge. Forskningen viser at ungdom har betydelige symptomer på depresjon.

I studien scorer gutter på lik linje med jenter når det gjelder uro og konsentrasjonsvansker. Mellom 24 og 43 prosent av begge kjønn kjenner seg godt igjen i beskrivelser som rastløshet, distraherbarhet eller uro. På spørsmål om depresjon der spørsmålene handler om tristhet, ensomhet og om å gråte, scorer dobbelt så mange jenter enn gutter på dette (3). Ungdomsundersøkelsen fra NOVA har ikke spørsmål om for eksempel irritabilitet, sinne og store humørsvingninger/atferdsendringer (1).

Spørsmålet er om man klarer å fange opp guttene



i disse undersøkelsene. Det er guttene som i stor grad faller fra skolen (17) og som takler depresjoner dårligere (18). Selvmordsraten hos gutter er dobbelt så høy som hos jentene (19).

Samarbeid og tilrettelegging

De viktigste samarbeidspartnerne på skolen er (kontakt)lærerne og rådgiver. Skolehelsetjenesten er helt avhengige av et samarbeid med dem som jobber på skolen for å fange opp og hjelpe elever som er nedstemt. Helsesøstrene snakker med mange lærere som er bekymret for hvordan elevene har det.

Elevene trenger tettere oppfølging, tilrettelegging og at de må bli ivaretatt både faglig og personlig når ting begynner å bli vanskelige. De trenger hjelp til å strukturere hverdagen – både på skolen og på fritiden – for å komme seg gjennom en krevende fase i livet. Det innebærer samtaler og et tett samarbeid

mellom skole, helse og foresatte og eventuelt andre instanser som for eksempel utekontakter og BUP.

Tilrettelegging på skolen kan være å redusere lekser, prøver og å slippe muntlige fremføringer for en periode. Det kan også være å få muligheten til å ta en eller flere pauser i løpet av skoledagen. Det er også viktig med et samarbeid med foreldre for at de skal forstå hvordan ungdommen deres har det og for tilrettelegging hjemme og på fritiden, ved for eksempel å redusere program som treninger og liknende. Man må også ta høyde for at ungdom trenger å kople ut og hvile.

Helsesøsters rolle

Helsesøstrene har mange samtaler med ungdommer om både de små og store krisene. De forteller at de møter ungdommer som føler seg slitne og som opplever mye press og stress. Mange har symptomer

OPPFØLGING:

Elevene trenger å bli ivaretatt både faglig og personlig når ting begynner å bli vanskelig. Illustrasjonsfoto: Mostphotos.



på nedstemthet og gjennom samtalene kartlegger helsesøstrene hvordan nedstemtheten påvirker dem i hverdagen – på skole og i fritiden – og hva de trenger for å få det bedre. En av informantene sier:

«Hvis man møter en elev som har depressive symptomer, så må vi jo gå i dialog med den eleven og prøve å finne ut hva det handler om for deg, egentlig. Hvor lenge har det vart, påvirker det på noen måte andre livsfunksjoner, går det ut over søvn, matlyst, konsentrasjon på skolen ...».

Det at ungdom opplever å bli sett og hørt, at noen har tid til å lytte til dem og at de føler at de blir tatt på alvor ut ifra deres egen opplevelse av situasjonen, kan bidra til at de får det bedre. Informantene sier at ungdom kan få «ryddet opp» i bekymringstanker og, blant annet, få hjelp til å strukturere hva de bruker tiden sin til og få hjelp til å redusere det daglige programmet for en periode hvis de har behov for det.

Ryddesamtaler

Informantene forteller at ungdom med depressive symptomer ofte har problemer med å uttrykke seg og gjøre seg forstått i samvær med andre. De kan derfor bli misoppfattet av omgivelsene. I tillegg kan det være vanskelig å sette ord på og beskrive hvordan de har det. Det kan ta lang tid før ungdom føler seg komfortable nok til å ta kontakt for å snakke. En studie fra Nordlandsforskning bekrefter denne erfaringen. Informantene i studien forteller at det er vanskelig å snakke om det som er sårbart og problematisk i livene deres. Det handlet om å ikke klare å sette ord på ting, å ikke ha noen å snakke med og at de ikke makter å snakke med noen (20).

Helsesøstrene sier at bare det at ungdom føler at de blir sett og hørt kan bidra til at de får det bedre. De sier at ungdom kan få hjelp til å «rydde opp» i bekymringstanker, få hjelp til å strukturere hva de bruker tiden sin på og til å se veien videre. Det kan igjen bidra til at de opplever en større grad av mestring i hverdagen. Dette er i samsvar med andre studier, som viser til at negative tanker og fokus er en viktig ingrediens ved depressivitet.

De viser til at refleksjon som innebærer tanker, introspeksjon og kognitiv problemløsning, kan virke forebyggende (11). Det virker beskyttende å ha muligheten til å få hjelp til å se håp i en stressende livssituasjon (21). Forskning viser at empati og følelsesmessig støtte er særlig effektivt når individet er utsatt for påkjenninger og negative livshendelser. Sosial støtte kan virke som en buffer og styrker individets mest-

ringsevne (4). Børjesson skriver at man i den helsefremmende samtalen legger vekt på hvilke faktorer som gir et menneske gode forutsetninger for å, både, beholde og fremme egen helse (4, 22).

Konklusjon

Studien viser at helsesøstrene møter mange elever med depressive symptomer i skolen. Nedstemtheten påvirker elevenes fysiske, psykiske og sosiale helse og deres evne til å følge opp skolen. Det kan være vanskelig å fange opp nedstemthet hos elevene, fordi ungdom er i en utviklingsalder med mye følelser og fordi de ofte skjuler at de strever. Det er derfor viktig å være oppmerksom på endringer i følelsesuttrykk og funksjonsnivå.

Tidlige tegn på depresjon kan være at ungdom får store humørsvingninger og at de endrer atferd ved at de blir mer sint, irriterbar og trist. Endret funksjonsnivå kan være at ungdom trekker seg tilbake fra det sosiale livet og at de ikke klarer å følge opp (skole) hverdagen slik de gjorde før. Tidlig intervensjon kan forhindre at psykiske vansker utvikler seg til psykiske lidelser. Elevene trenger tettere oppfølging. De trenger å bli ivarettatt både personlig, faglig og på fritiden.

Det er også viktig at alle instanser – som familie, skole, helsevesenet og eventuelt andre – samarbeider. Helsesøsters rolle i det tverrfaglige samarbeidet vil være å snakke med ungdommene, å lytte til deres opplevelse av situasjonen og hjelpe til med å «gi dem en stemme», bidra med å «rydde» hodet for kaotiske tanker og hjelpe dem til å se at veien videre kan bli bedre.

Samfunnet bør i større grad rette oppmerksomheten mot hva som er gutters uttrykk ved nedstemthet og hva gutter trenger med hensyn til trivsel og mestring i skolen. Videre forskning bør studere sammenhengen mellom skoleprestasjoner og psykiske vansker. Man bør finne ut hva som skal til for at alle barn og unge kan oppleve mestring i skolen og i livene sine ut fra et helhetlig perspektiv. ■

Referanser

1. Bakken A. Ungdata. Nasjonale resultater 2016, NOVA Rapport 8/16. Oslo: NOVA; 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HIOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Ungdata-2016-Nasjonale-resultater> (nedlastet 25.04.2018).
2. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009.
3. Folkehelseinstituttet. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. TOPP-studien. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/prosjekter/topp-studien-prosjektbeskrivelse/> (nedlastet 15.05.18)
4. Major E, Dalgard O, Mathisen K, Nord E, Ose S, Rognerud M, og medarbei-

dere Bedre føre var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011.

5. WHO. Depression a global public health concern. World Health Organization. 2012:3.
6. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Archives of general psychiatry. 2003;60(7):709–17.
7. St. meld 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted- til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009
8. Holte A. Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2012;49(7):693–5.
9. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helsedirektoratet; 2017.
10. Jensen FE, Nutt AE. Tenåringshjernen. Hjerneforskerens overlevelsesguide til livet med ungdom. Oslo: Pax Forlag; 2016.
11. Young CC, Dietrich MS. Stressful life events, worry, and rumination predict depressive and anxiety symptoms in young adolescents. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 2015;28(1):35–42.
12. Young CC, Dietrich MS, Lutenbacher M. Brooding and reflection as explanatory of depressive symptoms in adolescents experiencing stressful life events. Issues in Mental Health Nursing. 2014;35(3):175–80.
13. Young CC, Dietrich MS. Screening for rumination and brooding may be a feasible method of identifying adolescents at high risk for depression. Journal of Pediatric Nursing. 2014;29(6):688–95.
14. Cohen JR, Young JF, Gibb BE, Hankin BL, Abela JR. Why are anxiety and depressive symptoms comorbid in youth? A multi-wave, longitudinal examination of competing etiological models. Journal of affective disorders. 2014;161:21–9.
15. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/om-rapporten/om-folkehelse rapporten/?term=folkehelse rapporten%202016&h=1> (nedlastet 15.05.18)
16. Nordahl M. Menn like deprimerede som kvinner. Forskning.no; 2013. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/psykiske-lidelser/2013/09/menn-deprimerte-som-kvinner> (nedlastet 11.5.18).
17. Chaudhary M. Sju av ti fullfører videregående opplæring. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/sju-av-ti-fullfoerer-videregaaende-opplaering> (nedlastet 11.5.18).
18. Jones K. Guttene takler depresjoner dårligst [internett]. NTNU; 2012. [oppdatert 15.10.12; sitert:14.05.18] Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/depresjon-psykologi/2012/10/guttene-takler-depresjoner-darligst> (nedlastet 16.5.18)
19. Rasmussen ML, Haavind H, Dieserud G, Dyregrov K. Exploring vulnerability to suicide in the developmental history of young men: a psychological autopsy study. Death Stud. 2014;38(9):549–56.
20. Anvik CH, Gustavsen A. Ikke slipp meg! Unge, psykiske helseproblemer, utdanning og arbeid. Bodø: Nordlandsforskning; 2012.
21. Visser PL, Loess P, Jeglic EL, Hirsch JK. Hope as a Moderator of Negative Life Events and Depressive Symptoms in a Diverse Sample. Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress. 2013;29(1):82–87.
22. Børjesson M. Motivasjon, mestring og medfølelse. Om å samtale med tenåringer. Oslo: Gyldendal Norsk forlag; 2013.

ANNONSE



Min skilsmissebok

En trøstebok for barn når foreldrene skilles

Selv om det er «vanlig» med samlivsbrudd i dag, er det likevel en krise for hver familie og for hvert barn. Gjertrud Jonassen er familierapeut og møkter ved Grenland Familievernkontor i Skien, og har jobbet tett på barn som opplever at foreldrene skilles. I denne boken kommer barn til orde gjennom sitater hun har samlet. Boka kan bidra til at barn ikke føler seg helt alene i verden om å oppleve dette.

“ DET GÅR BRA ”

Pris: kr 250,-. Kjøpes i bokhandelen og på verashop.no/butikk/min-skilsmissebok/
Utgiver: Grenland Familievernkontor

f minskilsmissebok



Aktuelle bøker

Omslagsfoto Forlagene

**ANMELDELSE**

Tittel: Profesjonelle barnesamtaler. Å ta barn på alvor 2.utgave
Forfatter: Kari Marie Trøften Gamst
Forlag: Universitetsforlaget 2017
Anmelder: Marit Krokstrand Olsen, helsesøster, Melhus kommune

Samtale med barn

Tema for boken er hvordan voksnes kommunikasjonskompetanse bidrar til at barnet kan formidle kunnskap om seg selv. Leseren får en innføring i «Den dialogiske samtalem metode» (DCM = Dialogical Communication Method), som er utviklet for å gjennomføre profesjonelle samtaler med barn. Det gis mange eksempler fra samtaler med barn. Forfatteren har behandlet temaet svært grundig. Gjennom åtte kapitler får leseren lære om blant annet:

- betydningen av barnesamtalen
- barn med normale utfordringer til utsatte barn
- barns kognitive utvikling og ståsted
- systematisk innføring i DCM-metoden
- lovverk og juridiske rammer

Boken er til tider noe tung å lese. Den krever konsentrasjon og interesse for området. Mange sitater fra barn og gode eksempler løfter lesingen i positiv retning. Det er et omfattende tema og boken favner bredt i forhold til barns alder og livssituasjoner.

Kapittel 3 i boken omhandler barns hukommelse og pålitelighet. Dette er svært viktig for å avklare forventninger til barnet og videre behov for innsats.

Undertegnede opplever at denne type kunnskap og kompetanse er svært viktig for helsesøster, kanskje særlig i skolehelsetjenesten. Vi har stort behov for å sikre både struktur, innhold og kvalitet i våre samtaler. DCM-metoden er et godt verktøy som kan tilpasses vår bruk i kartlegging. Bevisstgjøring av rolle og avklaring av videre behov blir også tydeligere når man har gode verktøy i samtalen. Jeg vil derfor anbefale denne boken også for helsesøstre.

**ANMELDELSE**

Tittel: Det du lur på - 157 spørsmål og svar
Forfattere: Line B. Leren, Tine S. Knutsen, Stine T.M. Solli
Forlag: Kagge
Anmelder: Randi Haugskott, helsesøster, Barn- og familietjenesten, Levanger kommune

Gir gode svar om seksualitet

Ideen til boken kom da forfatterne reiste rundt i regi av Sex og samfunn, og besøkte 10. klassinger i Oslo. Elevene skrev på lapper alt de lurte på om sex og seksualitet. Boken er et resultat av lappene som ble samlet inn. Den er skrevet for ungdom mellom 12–20 år, men egner seg for alle som vil ha mer kunnskap. Å lese denne boken som helsesøster, ga meg mange aha-opplevelser. Det er en lettlest, oversiktlig bok. Her er virkelig «brukerne» i sentrum. Temaene spenner fra onani og oralsex til forelskelse og grensesetting. Gjennomgangstråden i boken er tema med spørsmål, som det etter hvert blir svart på. Det undres godt i svarene. Boken er direkte og ærlig. Det gis gode råd og det henvises til helsesøster, lege, lærer, familie og venner. Det trekkes frem ulike meninger, språket er rett på sak. Dette gjør det spennende å lese.

Forskning viser at de unge bruker mye internett, venner og porno for å få info om sex. Boken tenker jeg er med på å realitetsorientere, med pålitelig kunnskap. Boken vil gjøre det enklere å undervise om temaet. Alle svar er kvalitetssjekket av eksperter. Artige og flotte tegninger er med på å høyne boken.

Fokuset på kjønnsidentitet, og temaet skeiv/hetero er bare toppers.

Blant spørsmål som besvares, er: Smaker/ lukter det vondt å slikke/suge noen? Hvorfor blir jenter som har sex med flere gutter sett på som løse og billige, mens gutter som har sex med flere er kule?

Jeg skulle ønske jeg hadde en slik bok da jeg var ung. De unge i dag lur på det samme som vi gjorde for mange år siden.



ANMELDELSE

Tittel: Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk
Forfattere: Hilde Eide og Tom Eide
Forlag: Gyldendal
Anmelder: Helsesøster Tove Solvang Rian, Barn- og familietjenesten, Levanger kommune

Lærebok i kommunikasjon

Dette er en sentral lærebok om kommunikasjon i sykepleie og andre helsefag som er forskningsbasert. Boka er i fire deler, med totalt 14 kapitler, der hvert kapittel kan leses for seg. I den første delen er det vektlagt ny forskning om personorientert kommunikasjon, med særlig fokus på tillit, motivasjon og mestring. En personorientert kommunikasjon innebærer å lytte aktivt og forstå hva den andre opplever som viktigst. I den andre delen blir spesifikke ferdigheter i kommunikasjon beskrevet. Ferdigheter som verbal og ikke verbal kommunikasjon, empati og aktiv lytting, utforskende, informerende og utfordrende ferdigheter. I flere kapitler nevnes samtalen som motivasjon til livsstilsendringer. Avslutningsvis vises det til grunnleggende sykepleierteorier, relasjonsteorier og psykologiske perspektiver. Innholdsfortegnelsen er oversiktlig. Det er lett å orientere seg siden man ser igjen fargene på kapitelloverskriften og nummeret gjennom hele boka. Den er relativt lett å lese. Forfatter Hilde Eide er professor i kommunikasjon og helseveiledning og forskningsleder ved Vitensenteret helse og teknologi ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Hun leder prosjektet COMHOME gjennom Norges forskningsråd, som det er en del referert til i boka.

Tom Eide er professor i ledelse, etikk og litteratur ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge.

Boken inneholder flere sitater fra diktere og

har illustrasjoner som gjør at sidene med fagstoff brykkes opp. Fagstoffet beskrives grundig ved at detaljerte fremgangsmåter er satt opp punktvis. Forfatterne har også eksemplifisert innholdet fra praksis gjennom fortellinger og dialoger mellom pasient og sykepleier.

Boken henvender seg til studenter i helsefaglig utdanning og hvert kapittel starter med en brøttest som inneholder læringsmål. Flere kapitler inneholder forslag til øvelser som er rettet mot en enkelt person eller arbeid i gruppe. Det er også refleksjonsspørsmål og oppgaver.

Dette er en grunnleggende fagbok i sykepleiutdanningen, men kapitlene om endringsveiledning og motivasjon og kommunikasjon med barn og unge er aktuelle for videreutdanning til helsesøster.

Det er svært positivt at et eget kapittel omhandler kommunikasjon med barn og unge, siden undersøkelser viser at barn og unge som pasienter i stor grad holdes utenfor samtalen.

Det vises til retningslinjene «Barn som pårørende» og dette tema blir godt ivarettatt i kapittelet som omhandler kommunikasjon med barn og unge, samtidig vises det til utdypende litteratur. Viktige hovedtrekk i barns alder er beskrevet og det er nyttig å lese eksemplene på kommunikasjon i utvalgte situasjoner i møte med barn og unge. Psykologiske perspektiver ivaretar forståelsen for behovet for tilknytning og tilknytningsadferd uansett alder.



Hvordan hjelpe ungdom med depressive symptomer?

Psykiske vansker kan føre til at elever slutter på skolen. Helsesøstre kan bidra til at eleven får «skreddersydd» hjelp som holder motivasjonen oppe.

FAKTA

Av **Tove Ingeborg Sand**,
Helsesøster, VID viten-
skapelige høgskole

Lisbeth Gravdal Kvarme,
Førsteamanuensis og
helsesøster

Artikkelen er først
publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/
Sykepleiens.2018.70803

Fullført videregående opplæring er en viktig forutsetning for stabil tilknytning til arbeidslivet. Omtrent 30 prosent av elevene i videregående skole i Norge fullfører ikke skolen innenfor ungdomsretten, som er fem år (1). I mer enn halvparten av tilfellene skyldes dette psykiske helseproblemer (2).

Oppsummert forskning viser til noen sentrale forklaringer på frafall fra skolen, som svake prestasjoner på barne- og ungdomsskolen og manglende sosialt og faglig engasjement i forhold til skolen (3).

Omtrent 15–20 prosent av barn og unge i Norge har psykiske vansker som atferdsproblemer, angst og depresjon, med så mye symptomer at dette går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre (4). Psykiske vansker bør fanges opp tidlig, da psykiske vansker i barne- og ungdomsårene kan øke risikoen for dårlig psykisk og fysisk helse senere i livet. I tillegg kan det øke risikoen for frafall fra skolen, vansker i nære relasjoner, løsere tilknytning til arbeidslivet og rusmisbruk (5).

Risikoen for å utvikle psykiske vansker hos ung-

prosent av jentene og 26 prosent av guttene på 10.trinn i Oslo rapporterer at de er ganske mye eller veldig mye plaget av psykiske helseplager.

Både i de kvalitative og de kvantitative undersøkelsene vises det til at krav i skolen har sammenheng med ungdommers stressrelaterede psykiske helseplager, at ungdom har et vedvarende prestasjonspress over seg for å få gode nok karakterer for å komme inn på den skolen de ønsker og at de bekymrer seg for fremtiden om de ikke gjør det (7). En studie fra Bergen viser at det er et større frafall fra skolen hos ungdommer med psykiske vansker som angst, depresjon og atferdsproblemer (8).


Hensikt og metode

Hensikten med denne studien var å undersøke helsesøsters rolle i å oppdage og forebygge psykiske vansker hos ungdom tidlig, for å forebygge fravær og frafall fra skolen. Studien er kvalitativ med et utforskende design. Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side og å få

«Risikoen for å utvikle psykiske vansker hos ungdom er størst i perioder med kriser og stress.»

dom er størst i perioder med kriser og stress, og når belastningen som ungdommen utsettes for blir store, rammer flere områder i livet eller varer over lang tid (5, 6). NOVA-rapport 6/17 viser til en tydelig sammenheng mellom psykiske plager og skolerelatert stress. 53

Sammendrag: Tre av ti elever fullfører ikke videregående skole innenfor fem år. I mer enn halvparten av tilfellene skyldes dette psykiske vansker. Psykiske vansker har sammenheng med svakere prestasjoner på skolen. Hensikten med studien var å undersøke helsesøsters rolle i å oppdage og forebygge depressive symptomer hos ungdom tidlig. Nedstemthet påvirker ungdommers evne til å følge opp skolen. Tidlig intervensjon, tverrfaglig samarbeid og «skreddersydd» tilpasning kan bidra til å opprettholde elevers overskudd og motivasjon.



frem betydningen av folks erfaringer og opplevelser. Det ble våren 2015 utført tre fokusgruppeintervjuer av ni helsesøstre som jobber i skolehelsetjenesten på ungdomsskolen.

Følger ikke opp elevene

Til tross for at flere undersøkelser viser sammenheng mellom psykiske vansker og dårligere prestasjoner på skolen, er det fortsatt lite fokus på og oppfølging av elever med depressive symptomer i skolen (4, 5). Larsen påpeker at psykisk helse ikke er med i læreplanen på grunnskolen for lærere (9). Helgeland hevder at det i lærerutdanningen har vært lite fokus på elever med sosiale og emosjonelle vansker. Hun sier at skolen har lett for å definere barnas problemer som pedagogiske, og at løsningene er søknader om spesialundervisning eller andre undervisningstiltak (10). Dette bekreftes også gjennom studien til Ekornes.

Studien viser også at lærerne ønsker skolerung i psykisk helse både i utdanningen og på jobben (11). Helgeland sier videre at ofte har elevene vansker på områder i livet utenfor skolearenaen, i hjemmet og i fritiden og viser til at skolen må se barns problemer ut fra deres helhetlige livssituasjon (10).

Tenåringsutfordringer

Tenåringer er i en alder hvor hjernen og kroppen gjennomgår omfattende omorganisering, noe som kan føre til store endringer i atferd og evne til å organisere livet sitt. De kan ha sterke følelsesuttrykk. Det kan være vanskelig å bedømme hva som er normale følelsesuttrykk og hva som er psykiske vansker. Jensen beskriver at normale atferdsendringer i denne perioden kan være humørsvingninger, irritabilitet, manglende konsentrasjonsevne, glemskhet, manglende innsikt, impulsivi-

tet, risikoatferd og dårlig dømmekraft. Endringene kan forklares i at bare 80 prosent av hjernen er ferdig utviklet og at den delen av hjernen som er sentrum for kritiske vurderinger og beslutninger, ikke er koplet til.

Konsentrasjonen av kjønnshormoner som testosteron, østrogen og progesteron øker dramatisk. Hormonene er spesielt aktive i hjernens emosjonelle senter. Dette er mye av årsaken til at ungdommer er følelsesmessig ustabile. Alle endringene tilsier at ungdom ikke er ferdig utviklet. De kan bli uorganiserte og kan ha store problemer med å koordinere seg, vurdere situasjoner og ta gode valg (6).

Mestring fremmer helse

Et av de overordnede målene i ungdomshelsestrategien er å hjelpe ungdom til å mestre egne utfordringer og leve gode liv (2). Sosiologen Aron Antonovsky (2012) sier at mestring er opplevelsen av kontroll i eget liv og evnen til å takle utfordringer på en hensiktsmessig måte. Han beskriver i sin teori hvordan et godt mestringsnivå fremmer god helse. For å kunne mestre utfordringer og håndtere tilværelsens mange stressfaktorer på en god måte, mener Antonovsky det er avgjørende med en «Opplevelse av sammenheng» (OAS). Han sier at det handler om å skape orden ut av kaos. Antonovsky delte OAS inn i tre deler: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

Begripelighet handler om i hvilken grad man opplever at stimuli som kommer fra ens indre eller ytre omgivelser er kognitivt forståelige. Håndterbarhet handler om i hvilken grad man opplever å ha ressurser til å takle kravene stimuliene setter. Meningsfullhet er knyttet til følelser og motivasjon. Dette er ifølge Antonovsky den viktigste komponenten. Det handler om i hvilken grad

STØTTE: Elever som ikke har det bra, kan ha god nytte av å snakke med helsesøster. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

livet er forståelig rent følelsesmessig, at problemer og krav er verdt å bruke krefter på, at de er verd engasjementet og innsatsen (12). En ungdomsundersøkelse fra Sørlandet viser at OAS blir svakere for begge kjønn utover ungdomsskolen. Det er et særlig stort fall mellom 8. og 9. skoletrinnet (13).

Resultater

Funn i studien viser at helsesøstrene erfarer at mange elever er stresset, at de føler seg ensomme og at det er mye strev i forhold til det sosiale. Informantene sier at sosial mistrivsel og psykiske vansker som depres-

«Fravær fra skolen kan være en indikasjon på at eleven strever.»

sivitet og angstproblematikk kan føre til fravær og eventuelt senere frafall. Depressive symptomer kan påvirke ungdommens evne til å følge opp skolen. Det er nødvendig med skreddersydd tilrettelegging for at elevene skal komme seg gjennom en vanskelig fase uten for store konsekvenser for helse og skole.

1. Depressive symptomer kan gå ut over skoleprestasjonene

Ungdom er i en utviklingsfase hvor det er store endringer i forhold til fysisk, psykisk, sosial og seksuell helse. Helsesøstrene er opptatt av at det må tas hensyn til dette overfor ungdom i skolen. De store forandringene kan være mye av årsaken til at ungdom med depressive symptomer ofte ikke fanges opp før symptomene er store og mange. Helsesøstrene erfarer at ungdom ofte skjuler for omgivelsene at de strever og at de «setter på seg en maske og et smil».

I studien til Ekornes, hvor lærere i videregående skole intervjues om psykisk helse hos ungdom, bekreftes det at psykiske vansker hos elever kan være godt skjult og at det er vanskelig å oppdage psykiske plager hos ungdom tidlig (11). Tidlig identifisering kan forebygge at elevene får problemer med å følge opp skolen og hverdagen generelt.

En av helsesøstrene sier at omgivelsene må se etter endringer hos eleven for å fange opp tidlige tegn på nedstemthet. Det kan være at ungdommen kommer mer for sent, gjør mindre lekser, ikke leverer oppgaver, ikke møter opp til presentasjoner og de kan plutselig begynne å grue seg til ting de mestret

før. Det kan også bli mer utfordrende i situasjoner der de må vise seg frem for andre, som i gym, ved fremføringer og muntlighet i klassen.

Fravær fra skolen kan være en indikasjon på at eleven strever. Det bør tas tak i tidlig. Man bør finne ut hva som er årsaken til fraværet.

En av helsesøstrene beskriver hvordan presentasjoner kan være svært belastende for elever med stress-/angstsymptomer. Det kan føre til at elevene unngår å møte opp til disse timene:

«Ja, rett og slett, de gruer seg, de klarer ikke å jobbe ordentlig med det de skal framføre fordi de tenker på den framføringen. Hvis de har gjort det, så har de ofte opplevd at de husker nesten ikke noe, hva de har gjort etterpå, de har hjertebank, føler at de er tørre i munnen og at klassen ser veldig på dem. Noen sliter litt med kropp og føler at det å skal bli veldig synlig, da ... i sånne sammenhenger som det blir med framføringer ...»

Elever som har symptomer på angst, kan få økt skolefravær. Mange elever kan få problemer med å konsentrere seg. Helsesøstrene sier at det er tungt for elevene å finne motivasjon til å jobbe med det faglige dersom de er nedstemte, og at de ofte ikke klarer å følge opp skolen som vanlig. En av informantene beskriver tapsfølelse hos eleven:

«Og jeg tror de kjenner at når de mister konsentrasjonen, den tilstedeværelsen i det de driver med, så er det en sånn følelse av tap for dem da, de greier ikke lenger å sitte i timen og henge med.»

Informantene sier at det skal lite fravær til før ungdommene opplever at de har problemer med å henge med på skolen, noe som medfører ekstra press og stress.

Kunnskapsoversikten over frafall viser at varselindikatorer som kan predikere frafall er blant annet mangelfullt fremmøte (14).

Helse og skole

Figur 1 viser at nedstemthet hos ungdom kan få fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser og innvirke på ungdommens evne til å følge opp skole. Informantene er opptatt av at det er lite som skal til før hverdagens krav da blir større enn ungdommens ressurser. Det blir vanskeligere for dem å følge opp skole og hverdagen generelt.

Fysiske symptomer: Symptomer ved depressivitet kan være endringer i sove- og spisevaner, det kan være smerter, hodepine, verk i kroppen, kvalme, at de mister interessen for aktiviteter de likte før og

ungdommen kan være energiløs (6, 15). Major viser til at søvnproblemer er assosiert med nedsatt kognitiv og intellektuell fungering. Søvnvansker er også debutsymptom ved de fleste psykiske lidelser (16).

Sosiale endringer: Ungdommene kan trekke seg tilbake fra det sosiale på skolen, på fritiden og hjemme. Forskning viser at psykiske vansker går ut over trivsel, samvær med andre og at de kan få nedsatt funksjon sosialt (17, 18). TOPP-studien er en longitudinell studie som undersøker utviklingsveier til alkoholbruk, trivsel, god psykisk helse og psykiske plager hos barn og ungdom i Norge. Studien har sett på sammenhengen mellom sosiale ferdigheter og psykiske plager. Den viser at psykiske plager minker dersom de sosiale ferdighetene øker (5).

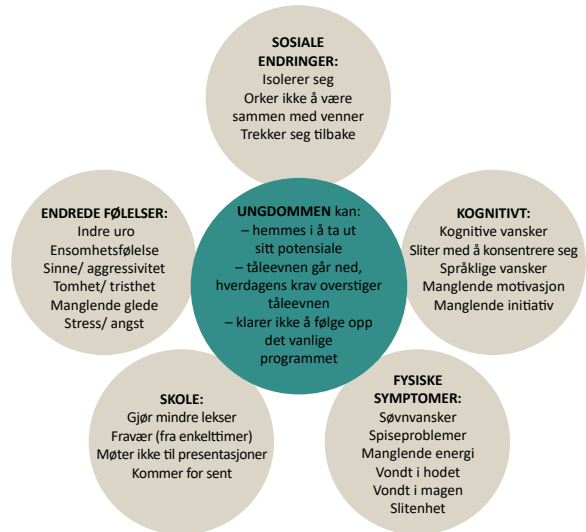
Endrede følelser: Informantene sier at det er viktig å se etter endringer i humør og funksjonsnivå. Jensen viser til at humørsvingninger som sinne, tristhet eller irritabilitet er vanlig ved deprimert. Andre atferdsendringer ved nedstemthet kan være at ungdommene kan oppleve en stor grad av følsomhet for kritikk eller tendenser til å utagere og de kan ta større risiko. Ungdommene kan føle seg rastløse, svake, oppleve kjedsomhet og hyperaktivitet. De kan også klandre seg selv for ting som går galt, de kan føle seg verdiløse eller har skyldfølelse uten grunn og de kan få selvmordstanker (6, 15). Jensen presiserer at dersom endringene varer i mer enn to uker, bør ungdommen få hjelp. Det er viktig at omgivelsene, som foreldre og lærere, er oppmerksomme på ungdommens følelsesmessige behov (6).

Stress hos ungdom: Jensen hevder at stress hos ungdom må tas på alvor, da hjernen deres ikke er ferdig utviklet. Stress kan være ødeleggende for læring og høyt stressnivå (kortisol) er en viktig indikator for utvikling av psykisk sykdom. Negative følelser, som stress, bekymringer, angst og sinne har alle blitt knyttet til et høyere kortisolnivå. Ensomhet, stress og angst er vanligere hos ungdommer når de er alene (6).

Problemer på skolen/ kognitive vansker: Elevene kan få kognitive vansker, som problemer med konsentrasjon, motivasjon og med å sette ord på ting.

Forskning viser at psykiske vansker kan gå ut over læring (4). Psykiske vansker som depressive symptomer, angst og atferdsproblemer har sammenheng med svakere prestasjoner og elevene kan få dårligere karakterer på skolen. Ungdommene kan mangle konsentrasjon eller har vanskeligheter med å ta avgjørelser (15, 19). Jensen hevder at ungdom er spesielt

Figur 1. Konsekvenser av nedstemthet



Figuren viser at nedstemthet hos ungdom kan få fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser og innvirke på ungdommers evne til å følge opp skole. Figuren er laget ut fra funn fra intervjuene i studien.

utsatt for emosjonelle og psykiske problemer fordi de lever i en verden der de mesteparten av tiden blir bedømt, på skolen, i det sosiale, i idrett osv. Stress påvirker læringsevnen, hukommelse, konsentrasjon og flommen av kortisol kan gjøre en enkel framføring vanskelig å få til (6).

2. Konsekvensene for læring og helse og behovet for tverrfaglig samarbeid

Elever som er nedstemte kan mangle motivasjon, ha problemer med konsentrasjon og med å sette ord på ting. De trenger tettere oppfølging både faglig og personlig. Det er viktig med et samarbeid mellom skole, hjem og helsetjenester og eventuelt andre instanser, som for eksempel utekontakter/ fritidstilbud. Elevene kan ha behov for vurdering hos lege og henvisning til psykolog eller BUP. En av helsesøstrene forteller at hun sammen med sosiallærer på skolen innkaller foreldre til et felles møte dersom de er bekymret for en ungdom:

«Og ofte så er det jo sånn at disse vanskene går inn på både skole og helse. Så vi starter jo ofte med å ha et møte med foreldre, dersom de har tatt kontakt, hvor både sosiallærer og jeg er til stede hvor vi kartlegger litt hva det handler om, da.»

Helsesøsters rolle i det tverrfaglige samarbeidet vil ofte være å snakke med eleven og lytte til ungdommens opplevelse av situasjonen. I samtale kartlegger helsesøstrene elevenes helse og hvordan nedstemtheten påvirker ungdommen på skolen og i fritiden og hva ungdommen trenger for å få det bedre. Helsesøstrene erfarer ofte at det hjelper eleven å få hjelp til å «rydde» hodet for bekymringer og tankekaos. Ifølge Antonovsky (2012) vil det være helsefremmende å bidra til å tydeliggjøre følelsene og situasjonen som skaper tankekaos. Han sier videre at gjennom å lytte til historien kan man få en større forståelse for mennesket og, ikke minst, for hvilke mestringsressurser som er tilgjengelige (12). Helsesøster kan i samtale finne ut av hva som kan være utfordrende for eleven på skolen og hjelpe ungdommen til å formidle dette til lærerne og å «gi eleven en stemme» dersom deres egen stemme er svekket i en vanskelig situasjon. En samtale kan også bidra til å gi eleven en høyere grad av OAS.

Eleven trenger «skreddersydd» tilpasning ut fra sitt behov. Det kan være at det er utfordrende med presentasjoner, å jobbe i grupper, vise seg frem i gym eller at de blir lettere slitne/ får hodepine og trenger mer hvile og oftere pauser. De kan ha behov for færre lekser og prøver og ha behov for tettere oppfølging i forhold til det faglige, med fagsamtaler og mer hjelp til det de opplever som vanskelig på skolen.

Målstyrt skole og psykiske helse

Mange lærere strekker seg langt i forhold til elever som strever. Informantene forteller at lærerne er opptatt av at elevene har det bra psykisk og sosialt. I tillegg skal lærerne ha ansvar for det pedagogiske og følge opp elever faglig. Helsesøstrene forteller at de har opplevd lærere som har blitt nesten utkjørt på grunn av det.

En rapport fra Nordlandsforskning konkluderer med at skolen har blitt mer målorientert etter Kunnskapsløftet. Rapporten stiller spørsmål ved hvilke konsekvenser den sterke målorienteringen kan få for opplæringstilbudet og viser til konkrete læringsmål for avgrensede deler av undervisningsarbeidet, detaljerte vurderingskriterier, hyppig testing av elevene og høy andel av muntlige presentasjoner (20). Konsekvensene av målstyring ble vurdert i forhold til elevenes læringsutbytte. Det ble ikke vurdert hvilke konsekvenser målstyringen har for elevenes psykiske helse.

Lazarus sier at stress alltid oppstår i forbindelse med at man skal nå et mål. Psykisk stress forutsetter en særlig relasjon mellom person og miljø (21). NOVA-rapport 6/ 17 viser til en tydelig sammenheng mellom psykiske

plager og skolerelatert stress. Ungdommene selv adresserer stresset til de krav som stilles i skolen eller som elevene krever av seg selv (7).

Helsesøstrene sier at mange ungdommer kan streve i forhold til det sosiale og at dette kan bidra til økt stress hos elevene. Det vil derfor være en investering å jobbe mer med å styrke det psykososiale miljøet på skolen. Men det kan være vanskelig å finne tid til forebyggende arbeid, som for eksempel samtalegrupper, i skolen. En årsak til dette er tidspress, og at undervisningen da i mange tilfelle går foran. Helsesøstrene forteller at lærerne er bekymret og ser at elevene er stresset, men samtidig er det forventninger om at elevene ikke skal gå glipp av undervisningen og at de skal prestere optimalt. En av informantene oppsummerer det slik:

«Og det må dere kunne, og det må dere kunne, og det må dere kunne, også har de en tre, fire prøver i uka pluss en presentasjon, og så blir de hengende litt etter og så bruker de mye energi på hva de ikke rekker.»

I studien til Kvarme fant de at samtalegrupper med helsesøster i skolehelsetjenesten bidro til å styrke stille og tilbaketrukkne elevers mestringsforventning (22). Målet med samtalegrupper er at ungdom kan treffe andre som er i samme situasjon for å utveksle erfaringer, få innsikt, forståelse og hjelp når det gjelder å mestre utfordringer de står overfor (23). Mer oppmerksomhet rundt og økt satsing på sosiale relasjoner og mestring av egne liv i skolen, vil sannsynligvis bidra til at elevene også mestrer skolearbeidet bedre.

En av informantene fremhever at trygghet i klasserommet er elementært for at elevene skal kunne vokse og utvikle seg:

«Men at akkurat det med klassemiljø og jobbe med det fra 8.klasse, er ... gull, altså! Så utrolig viktig at folk finner plassen sin og trives i den klassen og har det trygt der!»

Konklusjon

Studien viser at helsesøstrene erfarer at mange elever er stresset, at de føler seg ensomme og at det er mye strev i forhold til det sosiale. Mange av ungdommene har symptomer på nedstemthet. Nedstemtheten påvirker ofte elevenes evne til å følge opp skolen og kan påvirke konsentrasjon, motivasjon og evne til å uttrykke seg. Informantene sier at sosial mistrivsel og psykiske vansker som depressivitet og angstproblematikk kan føre til fravær og eventuelt senere frafall. Det er nødvendig med tettere oppfølging av eleven og mer «skreddersydd» tilrettelegging på skolen.

Vanskene påvirker både skole og helse og det er der-

for viktig med tverrfaglig samarbeid. Samarbeid kan være jevnlig samtaler mellom elev og eventuelt hjem, skole og helsetjenester for å følge opp i forhold til skole, helse og fritid. Skreddersydde tiltak på skolen kan være å redusere lekser og prøver, flere og lengre pauser på skolen og å slippe fremføringer eller muntlighet for en periode.

Videre forskning på frafall fra skolen bør se på hvordan man kan jobbe tverrfaglig i skolen på et tidlig tidspunkt for å følge opp elever som har depressive symptomer. ■

Referanser

1. Statistisk sentralbyrå. Gjennomstrømning i videregående opplæring 2010–2015 [internett]. 02.06.16 ed. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/vgogjen/aar/2016-06-02>
2. Departementene. # Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. s. 42. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/8388bl8a-31b0e4b31bbfa61336560f26...>
3. Helms Jørgensen C. Frafall i de danske ungdomsuddannelser. I Markusen E. Frafall i utdanning for 16–20 åringer i Norden: København: Nordisk ministerråd; 2010.
4. Mykletun A, Mathiesen KS, Knudsen AK. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. 2009:8
5. Folkehelseinstituttet. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge. TOPP-studien. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/forekomst...>
6. Major E, Dalgard O, Mathisen K, Nord E, Ose S, Rognerud M, et al. Bedre fore var-: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var-psykisk-helse-hels/>
7. Jensen FE, Nutt AE. Tenåringshjernen. Hjerneforskerens overlevelsesguide til livet med ungdom. Oslo: Pax Forlag 2016; 2016.
8. Hetlevik ØB, Tormod Hysing, Mari. GP-diagnosed internalizing and externalizing problems and dropout from secondary school: a cross-sectional study. Eur J Public Health. 2018 Jun 1;28(3):474–9
9. Larsen MH, Christiansen B, Kvarme LG. Helsestøres utfordringer for å fremme elevenes psykiske helse. Nordisk tidsskrift for helseforskning. 2016;12(2).
10. Helgeland I. red. Forebyggende arbeid i skolen om barn med sosiale og emosjonelle vansker. Oslo: Kommuneforlaget; 2008.
11. Ekornes SM. School Mental Health - Teachers Views. An exploratory study of teachers' perceived role, competence and responsibility in student mental health promotion. Arbeidet er utført ved Institutt for lærerutdanning og skoleforskning (UiO) og Høgskulen i Volda.; 2016.
12. Antonovsky A. Hensens mysterium. Den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal Norsk forlag; 2012.
13. Peersen MM, Rugslund O, Heia G. UngData undersøkelsen i et salutogent perspektiv: Hva påvirker opplevelse av sammenheng blant 1631 ungdommer i seks kommuner på Sørlandet? Plan. 2015;46(03–04):75
14. Lillejord S, Halvorsrud K, Ruud E, Morgan K, Frey T, Fischer-Griffiths P, et al. Frafall i videregående opplæring. En systematisk kunnskapsoversikt [internett]. Kunnskapssenteret; 05.05.15 [oppdatert 26.06.2015] Tilgjengelig fra: Rapport&cid=12540088...
15. Helsebiblioteket.no. Depresjon hos barn og unge [internett]. Redaksjonen, Helsebiblioteket.no;14.0815.
16. Major E, Dalgard O, Mathisen K, Nord E, Ose S, Rognerud M, et al. Bedre fore var-: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. 2011.
17. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009.
18. Young CC, Dietrich MS. Stressful life events, worry, and rumination predict depressive and anxiety symptoms in young adolescents. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 2015;28(1):35–42.
19. Helland MJ, Mathiesen KS. 13–15-åringer fra vanlige familier i Norge-hverdagsliv og psykisk helse. Oslo: Folkehelseinstituttet Rapport; 2009:1. 2009.
20. Hodgson J, Rønning W, Tomlinson P. Sammenhengen mellom undervisning og læring. En studie av læreres praksis og deres tenkning under Kunnskapsløftet. Sluttrapport. Nordlandsforskning NF-rapport nr. 4/2012. 2012.
21. Lazarus RS. Stress og følelser-en ny syntese. Danmark: Akademisk Forlag; 2006.
22. Kvarme L.G. HS, Haugland S., Luth-Hansen V., Sørum R., Natvig G.K. effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: a non-randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2010;47 (11) 1389–96.
23. HelseDirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004.

ANNONSE

Nestlé
NAN

VI ER EKSPERTER PÅ BARNEERNÆRING

Les mer på hjemmesiden vår.
Spesielt for deg som arbeider med barn.

www.nestlenan.no

NY!
Brukervennlig innlogging

INFORMASJON KUN FOR HELSEPERSONELL



Spesialisierungs- eller skolekretsmodellen:

Hvordan bør helsesøster-tjenestene organiseres?

Vi må ta en debatt om hvilken modell for organisering av helsesøstertjenestene i kommunene som kan gi best kvalitet, stabilitet og trivsel.

FAKTA

Av Bjørg Synnøve Aglen,
Førstelektor, Fakultet
for medisin og helse-
vitenskap, Norges
teknisk-naturvitenskapelige universitet

Marit Krokstrand Olsen,
Helsesøster, Familie
og forebygging, Melhus
kommune

Artikkelen er først
publisert på sykepleien.no
DOI-NUMMER: 10.4220/
Sykepleiens.2018.70908

Målet med denne artikkelen er å drøfte og skape debatt om valg av arbeidsmodeller i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Samfunnet er i rask utvikling, og da må helsestasjons- og skolehelsetjenesten følge med.

Vi ønsker at vår tjeneste skal bygge på en bevisst og oppdatert tanke om hvordan vi løser våre oppgaver til beste for våre barn og unge.

Artikkelen er basert på en kartlegging i kommunene i Trøndelag og forfatterens egne erfaringer fra henholdsvis praksis som helsesøster i kommuner og som lærer ved helsesøsterutdanningen ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Bakgrunn

Kommunene organiserer helsesøsterens arbeid ulikt. I enkelte kommuner arbeider helsesøster enten i helsestasjon eller i skolehelsetjenesten – heretter omtalt

Hvilken arbeidsmodell kan gi den beste kvaliteten på helsesøstertjenestene?

Hvilken modell kan bidra til stabilitet og trivsel i arbeidet som helsesøster?

Kartlegging

Vi foretok en rask kartlegging via mail eller telefon av fagledere av helsestasjons- og skolehelsetjenester i Trøndelag. Dette ble gjort for å få et innblikk i hvordan kommunene begrunner sine valg av organiseringsmodeller.

Hensikten var å få frem så mange synspunkter som mulig. Formålet er å inspirere til videre debatt, ikke å tallfeste fordelinger. Vi ønsker derfor å anonymisere kommunene i denne undersøkelsen.

Vi spurte om hvordan de fordeler ansatte på helsestasjon og skolehelsetjeneste. I tillegg spurte vi om de hadde spesialiserte tjenester for innvandrere og flyktninger. Vi spurte også om de hadde sykepleiere

«Det har ikke vært noen åpen debatt blant oss helsesøstre om begrunnelser for denne inndelingen.»

som spesialiseringsmodellen – i andre med alle barn og familier innenfor et bestemt geografisk område, ofte en skolekrets, heretter omtalt som skolekretsmodellen.

Samtidig har det så langt forfatterne kjenner til, ikke vært noen åpen debatt blant oss helsesøstre om begrunnelser for denne inndelingen. Spørsmål det kan være naturlig å stille seg, er:

Sammendrag: I denne artikkelen undersøker vi i hvilken grad regjeringens satsing på helsestasjons- og skolehelsetjenesten medfører organisatoriske endringer. Vi har kartlagt hvordan tjenesten organiseres i Trøndelag gjennom samtaler med ledende helsesøstre i de enkelte kommunene.

Grovt sett organiseres tjenestene enten etter skolekretsmodellen, hvor det geografiske området avgrenser hvilke familier helsesøster arbeider med, eller spesialiseringsmodellen, hvor helsesøster er ansatt enten på helsestasjonen eller i skolehelsetjenesten.

Vi ønsker å inspirere til en videre debatt om organiseringen av tjenesten: Hvilken modell kan bidra til stabilitet og trivsel i arbeidet som helsesøster, og hvilken modell kan gi den beste kvaliteten på tjenestene?



i helsesøsterstilling, og om lederressurs i tjenestene.

Av de 48 kommunene i Trøndelag fikk vi kontakt med 27. Vi satte et skille ved 10 000 innbyggere for henholdsvis store og små kommuner. I vår undersøkelse var seks kommuner store, resten var små. De fleste kommunene hadde ganske lik fordeling av årsverk mellom helsestasjon og skolehelsetjeneste, noen med overvekt på skole.

Ikke spesialisering i småkommuner

Det synes som om stimuleringsmidlene som skulle styrke skolehelsetjenesten, har ført til en økning i antallet årsverk i skolene. Ved problemer med å rekruttere helsesøstre benytter kommunene oftest sykepleiere i skolehelsetjenesten og i flyktning-/innvandretjenesten. Kommunene vektlegger da personlig egnethet når de rekrutterer.

Felles for alle de små kommunene var at de ikke spesialiserte tjenestene. Begrunnelsen er enten at det ikke er noen stilling å dele, eller at det er for sårbart å spesialisere – for eksempel ved sykdom, ferie eller en eventuell vakanse i stillingene.

Informanter fra noen av de små kommunene gir uttrykk for at de ønsker seg spesialisering, og ser på kommunesammenslåing som en mulighet til dette. Blant både de små og de store kommunene er det flere som ikke ønsker spesialisering, fordi de ønsker at familiene skal møte den samme helsesøsteren både i helsestasjon og i skolehelsetjenesten. En og samme helsesøster tilbyr da både helsestasjons- og skolehelsetjenester til familiene innenfor en gitt skolekrets. Inndelingen er derfor geografisk, den følger skolekretser og er ikke en arbeidsfordeling etter spesialisitet.

Ulike arenaer

Kommunene kan ha blandingsvarianter av spesialiseringsmodellen og skolekretsmodellen, der blant annet den enkelte helsesøsters ønsker i valg av modell legges til grunn. Helsesøstre som er vant til å jobbe etter skolekretsmodellen, motsetter seg spesialisering fordi de vektlegger kontinuitet i relasjonene til familiene i arbeidet sitt. De mener at det er en fordel både for helsesøstrene, fordi de blir godt kjent med familiene,

INSPIRERE TIL DEBATT: Så langt forfatterne kjenner til, har det ikke vært noen åpen debatt blant oss helsesøstre om organiseringen av helsesøstertjenesten. Illustrasjonsfoto: Joshua Rablin / Mostphotos





og for familiene, som møter samme helsesøster på begge arenaene.

Noen av lederne fremhever at helsestasjonen og skolehelsetjenesten knyttes sammen gjennom et felles fokus på det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Flere av lederne er opptatt av at familiene skal oppleve at helsestasjonen og skolehelsetjenesten er en tjeneste, slik forskriften sier (1).

Noen ledere påpeker at skolekretsmodellen også har noen svakheter: Helsesøstre kan skiftes ut, og det kan mangle alternativ dersom familiene er misfornøyde med sin helsesøster. Majoriteten av lederne synes å vektlegge kontinuitet og at helsesøsteren er en generalist som er utdannet til å jobbe på begge felt.

Andre ledere er opptatt av at helsestasjonen og skolehelsetjenesten er to ulike arenaer for helsefremmende og forebyggende arbeid. De mener at skolen som arena for skolehelsetjenesten stiller krav til relasjonsbygging over tid og kontinuitet i tilstedeværelse for at tjenesten skal fungere etter intensjonen.

Samtidig er det enkelte kommuner som har så store skoler at hensikten med skolekretsmodellen faller bort. Disse kommunene kan organisere tjenestene i henhold til spesialiseringsmodellen.

Tydlig avgrensning

Noen ledere fremhever at flere ressurser til tjenesten driver frem en spesialisering. Det blir flere årsverk i den enkelte deltjenesten, og mange nok innen hver deltjeneste til at de kan vikariere for hverandre og danne egne arbeidsfellesskap. Lederne påpeker at denne utviklingen krever systemer som sikrer gode overganger mellom helsestasjonen og skolehelsetjenesten.

Det synes som lederne i stor grad ønsker å legge til rette for den enkelte helsesøsters interesser når det gjelder arbeidsfelt og modell. Nyutdannede ser ut til hovedsakelig å ønske å jobbe på ett av feltene i starten, først og fremst helsestasjonen, fordi arbeidet der fremstår som mest strukturert og standardisert.

Lederne er opptatt av å sørge for at det er en tydelig avgrensning av henholdsvis helsestasjonens og skolehelsetjenestens oppdrag opp mot samarbeidspartnerne, som barnevern, PPT og tjenester innen psykisk helsevern.

Innvandrere og flyktninger

Spesialisering ser også ut til å forekomme i helsestasjoner for ungdommer og for dem som jobber med

FAKTA

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)

Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten eller PPT) skal hjelpe barn, elever, lærekandidater, læringer, praksisbrevkandidater og voksne med behov for særskilt tilrettelegging. Hensikten er at de får et inkluderende, likeverdig og tilpasset pedagogisk tilbud. PPT skal også hjelpe barnehager og skoler med å legge til rette for barn og elever med særskilte behov.

Kilde: Utdanningsdirektoratet

Tertiærforebygging

Tertiært forebyggende arbeid skal forhindre forverring hos personer som har betydelig funksjonsnedsettelse og/eller sykdom.

Kilde: forebygging.no

tjenester til innvandrere og flyktninger. De fleste kommunene har bestemte helsesøstre som arbeider i helsestasjon for ungdom; de små kommunene kan samarbeide om tilbudet. Når det gjelder tjenester til innvandrere og flyktninger, varierer kommunene mellom å legge helsesøsters arbeid med disse gruppene til bestemte stillinger og å ha dem integrert i ordinær helsestasjons- og skolehelsetjeneste.

Uavhengig av modell har de fleste kommunene helsesøstre med spesiell kompetanse i å møte innvandrere og flyktninger og deres familier og ungdommer. I disse tilfellene er det personavhengige faktorer som avgjør organiseringen. De har en eller flere helsesøstre som er motivert til å arbeide med denne målgruppen, og som har tilegnet seg kompetanse utover den generelle helsesøsterkompetansen.

Når det gjelder lederressurs, har de aller fleste, i både små og store kommuner, utøvende tjeneste ved siden av eller integrert i lederstillingen sin. Lederne sier at det ikke hadde vært noe problem å drive ledelse på heltid. På den andre siden gir enkelte uttrykk for at de også ønsker å jobbe i helsestasjons- og skolehelsetjenesten som helsesøstre og ikke bare som ledere, både fordi de trives med det selv, og for å ha legitimitet i møte med sine ansatte.

Oppsummering

I tallmaterialet vårt er flertallet små kommuner, men tallene representerer også noe større kommuner. Mange fylker i Norge består av flere små og noen store

kommuner. Vi antar derfor at mange helsestasjoner og skolehelsetjenester rundt omkring i Norges land vil kunne kjenne seg igjen.

Mange av lederne vi spurte, vektla kontinuitet i relasjonene mellom helsesøster og familiene og organiserte tjenestene slik at helsesøster arbeider i både helsestasjons- og skolehelsetjenesten. For lederne betyr kontinuitet både at det er stabile personrelasjoner mellom helsesøster og familiene, men også at helsestasjon og skolehelsetjenesten har et felles idégrunnlag som tjeneste. Mange kommuner, både små og store, benytter skolekretsmodellen.

Samtidig er lederne ganske pragmatiske. De avviker fra prinsippet om kontinuitet dersom de mener at det er viktige grunner for det. En viktig grunn er den enkelte helsesøsters individuelle preferanser for arbeidsmodell. En annen grunn for å avvike fra prinsippet er der begrunnelsen for skolekretsmodellen faller bort fordi skolene slås sammen og blir store enheter som krever en eller flere helsesøstre i større stillingsandeler.

Økt bemanning i tjenesten synes å drive frem spesialiseringsmodellen. Kommunene som har valgt spesialiseringsmodellen, legger vekt på kontinuitet i forholdet til samarbeidspartnere i henholdsvis helsestasjon og skolehelsetjenesten. Lederne legger spesielt vekt på kontinuitet i forholdet til samarbeidspartnere når det gjelder skolehelsetjenesten.

Kommunene organiserer flyktning- og innvandrer-tjenester både som integrert og spesialisert tjeneste. Det vil si at i noen kommuner arbeider alle helsesøstre med denne målgruppen i helsestasjon og skolehelsetjenesten, mens det i andre kommuner er en eller to av helsesøstrene som tar seg av denne målgruppen. På samme måte representerer helsestasjon for ungdom også en arbeidsspesialisering som ikke alle helsesøstre i en kommune tar del i.

Mer tid til lederskap

Når det gjelder lederressurs, ser det ut til at mange ledere trives med å kombinere utøvelse av lederskap med å jobbe som helsesøster. På den andre siden ser mange at det kunne vært behov for mer tid til lederskap enn de har rom for i stillingene sine.

Flere av lederne er opptatt av å løfte frem helsestasjonens og skolehelsetjenestens generelle oppdrag som noe som er felles, og som holder disse deltjenestene sammen. Felles idégrunnlag, kunnskapsgrunnlag og lovverk gjør blant annet

- at det er naturlig at alle helsesøstre i en kommune har felles oppmøtested og felles møtepunkt,

- at det er naturlig med én leder for begge tjenestene, og
- at det er naturlig at en binder deltjenestene sammen for å skape et felles grunnlag for både skolehelsetjeneste og helsestasjon.

Enkelte informanter fremmer dette synet som et argument for å holde fast på skolekretsmodellen, mens andre mener at dette rammer inn spesialiseringsmodellen, slik at man unngår å stykke opp helsesøstertjenesten.

Innspill til videre debatt

Hvilken arbeidsmodell kan gi den beste kvaliteten på tjenestene?

Kriterier for kvalitet kan være at tjenestene 1) er virkningsfulle, 2) har god ressursutnyttelse, 3) er tilgjengelige og rettferdig fordelt, 4) involverer brukerne og gir dem innflytelse, 5) er samordnet og preget av kontinuitet og 6) ikke er skadelige (2).

Hvilken arbeidsmodell som innfrir flest av disse kravene best mulig, er ikke innlysende for forfatterne. Trolig vil skolekretsmodellen eller en annen modell der familien møter en eller to helsesøstre frem til ungdomsskolealder, gjøre at tjenesten fremstår som samordnet og preget av kontinuitet i personkontakt.

På den andre siden er kunnskapsgrunnlaget ulikt for helsesøstre på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten; utfordringene endres med barnas alder og

«Felles for alle de små kommunene var at de ikke spesialiserte tjenestene.»

antallet arenaer de ferdes på, blant annet i sosiale medier. Det økte behovet for spesialisering av kunnskapsgrunnlaget kan tale for spesialiseringsmodellen.

Ressursutnyttelse i spesialisering

Andre land spesialiserte tjenestene. Eksempler på dette er henholdsvis *school nurses* og *home visitors* (3). *School nurses* tilsvarer våre helsesøstre i skolehelsetjenesten, mens *home visitors* kan sies å tilsvare våre helsesøstre i helsestasjonen. Men selv om tjenestene spesialiseres på denne måten, vil det generelle kunnskapsgrunnlaget om helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid være felles.

Det kan også være god ressursutnyttelse i spesia-





lisering, selv om det kan gi en mer sårbar tjeneste. Spesialisering kan gi god ressursutnyttelse fordi helsesøstrene får mer ensartede problemstillinger å jobbe med, de får mer erfaring og bedre dømmekraft og kan dermed jobbe mer effektivt. Med bedre bemanning blir man mindre sårbar ved en eventuell spesialisering, og økt bemanning synes i seg selv å være en drivkraft mot spesialisering og oppdeling av tjenesten.

Med økte ressurser følger krav om bedre tjenester. Har vi egentlig gode nok systemer og nok lederressurser til å kunne evaluere kvalitet, uavhengig av modell? Ansvaret for kvalitetsforbedringsarbeid ligger hos kommunens ledelse, deriblant ledende helsesøstre (4).

Kvalitet i tjenestene

I forbindelse med utarbeidelse av kvalitetsindikatorer for tjenesten har Olufsen og medarbeidere vist at kommunens ledelse, og også ledelsen blant helsesøstre selv, i liten grad har skaffet seg oversikt over hvordan ressursene i helsestasjon og skolehelsetjeneste blir brukt, og i hvilken grad samfunnsoppdraget løses (5).

En diskusjon om kvalitet i tjenestene må bygge på et felles språk for hva vi forstår med kvalitet, og hva vi oppfatter at vårt samfunnsmandat er. Kan Olufsen og medarbeidere sitt arbeid (5) bidra til at vi blir bedre i stand til å vurdere kvalitet på arbeidet vårt? Opplever den enkelte helsesøster det som relevant å tilegne seg dette språket?

Erfaringer lærere ved helsesøsterutdanningen gjør seg, er at studentene ikke forstår betydningen av å

«Noen ledere påpeker at skolekretsmodellen også har noen svakheter.»

kunne snakke godt om tjenestene med kolleger, ledere og allmennheten. Noe av dette mener vi beror på at de i liten grad hører slikt språk i praksisstudiene sine.

Flere av disse kriteriene kunne ha vært diskutert, men det overlater vi til helsesøsterkollegiet over det ganske land.

Hvilken modell kan bidra til stabilitet og trivsel i arbeidet som helsesøster?

Helsesøstre kan betraktes som kunnskapsarbeidere i tjeneste for bestemte verdier. De kan betraktes som kunnskapsarbeidere fordi problemformuleringene,

vurderingene og beslutningene de gjør, skal være forskningsbasert, erfaringsbasert og tilpasset den aktuelle situasjonen (6, 7).

Helsesøsters arbeid kan betraktes som verdibasert fordi arbeidet skal tjene bestemte verdier som ligger til grunn for helsefremming og sykdomsforebygging. De fleste kunnskapsarbeidere har opparbeidet et personlig forhold til kunnskapen sin, den er blitt en personlig kompetanse som de vil forsvare og videreutvikle (8). De vil ikke uten videre akseptere å måtte abdisere fra sine faglige prinsipper og ønsker dersom en leder beordrer dem til det (9).

Vår undersøkelse viser at ledende helsesøstre synes å tilstrebe det å oppfylle personlig jobbutforming i den grad det er mulig innenfor rammene av driften.

Tertiært forebyggende arbeid

Enkelte ledere fremholder nødvendigheten av spesielt å veilede nyutdannede helsesøstre, slik at de ikke strekker seg for langt inn i behandling og tertiært forebyggende arbeid. Med økt bemanning i skolehelsetjenesten må man spørre seg: Er det legitimt at en helsesøster benytter sin personlige kompetanse i for eksempel kognitiv terapi for å holde en bestemt elev på skolen, og at dette terapiforholdet strekker seg over alle årene i ungdomsskolen?

Vi erfarer at det i stor grad er opp til den enkelte helsesøster å avgjøre hvor grensen går mellom befolkningsrettet helsefremmende og forebyggende arbeid og behandling og tertiært forebyggende arbeid rettet mot pasienter. I sin forskning har Berit Misund Dahl (10) funnet at heller ikke helsesøsterutdanningene synes å være helt stødige på grenseoppgangene mellom folkehelsearbeid, tertiært forebyggende arbeid og behandling.

Forfatterne ser det derfor nødvendig med en diskusjon, i første omgang blant helsesøstre i Norge, om disse grenseoppgangene. Konklusjonene fra en slik diskusjon vil ha betydning for hva en eventuell spesialisering av helsestasjon og skolehelsetjenesten skal inneholde. Vil en spesialisering innebære økning av tjenester rettet inn mot behandling og tertiært forebyggende arbeid, eller innebærer spesialisering en økt innretning mot befolkningsrettet helsefremmende og forebyggende arbeid?

Bør helsesøsterutdanningene gi mulighet for spesialisering i sine utdanningsplaner?

Våre erfaringer er at helsesøsterstudentene føler seg overveldet av mengden fagstoff og krav til kompe-

tanse i møte med yrket. De mener at det er altfor mye for ett års videreutdanning. Vi erfarer også at flere praksisveiledere etterspør lengre praksisperioder, der studentene får anledning til å erfare mestring og mulighet for innsikt i de enkelte deltjenestenes utfordringer.

Samtidig går utdanningen i retning av en akademisering, der teoretisk kunnskap får innpass på bekostning av praktisk læring (11). Det innebærer at andelen teoretisk kunnskap i metode, vitenskapsteori, kvalitetsutviklingsarbeid og tverrsektorielt og tverrprofesjonelt samarbeid øker.

Samtidig øker omfanget av den forskningsbaserte kunnskapen innen alle deltemaene i utdanningen som en konsekvens av generelt økt forskningsaktivitet og utvikling av forskningsbasert kunnskap, som anbefales tatt inn i utdanningene (12). I løpet av det året helsesøsterutdanningen varer, erkjenner de fleste studentene at de har startet på en livslang læringsprosess, der utdanningen først og fremst gir dem en «startpakke» med den mest nødvendige kunnskapen (13).

Livslang læring

Stadig tilgang til ny forskning og en forventning om kunnskapsbasert praksis fordrer at praksis organiseres slik at livslang læring blir mulig (12, 14, 15). I lys av en slik erkjennelse er det forståelig at nyutdannede helsesøstre kan ha behov for å fordype seg i enten helsestasjonsarbeid eller skolehelsetjenesten i sine første år etter endt utdanning.

Som for de fleste andre videreutdanningene går utviklingen i retning av enten en mulig påbygging av en ettårig helsesøsterutdanning til en mastergrad eller at hele utdanningen blir et toårig mastergradsløp (11). Denne utviklingen kan åpne for spesialisering gjennom at studentene skriver mastergradsoppgaven sin med enten helsestasjon eller skolehelsetjeneste som kontekst. Det kan igjen gi økte krav fra kommende helsesøstre om å få bruke spisskompetansen sin, og få anledning til videre utvikling av den i retning av en doktorgrad.

Er dette en ønsket utvikling sett med en praktikers øyne? Er kommunene klare for denne utviklingen? Kan en slik utvikling bidra til både rekruttering og mer virksomhetsfulle tjenester med god ressursutnyttelse?

Avslutning

Vi håper at Landsgruppen av helsesøstre, arbeidsplasser og utdanningsinstitusjoner kan være en arena

for diskusjon og meningsutveksling rundt disse problemstillingene. Kanskje et mangfold av modeller tilpasset lokale forhold er best? Kanskje flere veier fører til Rom?

Vi ser behovet for å undersøke nærmere om det kan være en sammenheng mellom arbeidsmodeller, ledelse av tjenesten og konsekvenser for kvalitet og innhold i tjenesten. Målet må være å fremstå som en hensiktsmessig, målrettet og faglig forsvarlig helsetjeneste som blir synlig i det helsefremmende og forebyggende folkehelsearbeidet. ■

Referanser

1. Forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450> (nedlastet 20.06.2018).
2. Kongsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G, et al. Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: FHI; 2015. Rapport 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2015/modell-for-kvalitetsforbedring-utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-fo/> (nedlastet 15.01.2018).
3. Wilson P, Furnivall J, Barbour RS, Connelly G, Bryce G, Phin L, et al. The work of health visitors and school nurses with children with psychological and behavioural problems. *J Adv Nurs*. 2008;61(4):445–55.
4. Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlastet 20.06.2018).
5. Olufsen V, Sliper JO, Aune I. Kartlegging av ledelse i skolehelsetjenesten i Sør-Trøndelag. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag; 2015.
6. Grimen H, Molander A. Profesjon og skjønn. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget; 2008. s. 179–96.
7. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinart LM. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Akribes; 2012.
8. Dahl BM. Et yrke i endring. (Doktorgradsavhandling.) *Tidsskrift for helsesøstre*. 2016;118–21.
9. Irgens EJ, Wennes G. Kunnskapsarbeid – om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner. I: Irgens EJ, Wennes G, red. *Kunnskapsarbeid – om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Oslo: Fagbokforlaget; 2005. s. 12–22.
10. Dahl BM. Critical discourse analysis perspective on Norwegian public health nursing curriculum in a time of transition. *Sociolinguistics Xiaoming Jiang*. IntechOpen; 2017. DOI: 10.5772/intechopen.68533. Tilgjengelig fra: <https://www.intechopen.com/books/sociolinguistics-interdisciplinary-perspectives/critical-discourse-analysis-perspective-on-norwegian-public-health-nursing-curriculum-in-a-time-of-t> (nedlastet 18.07.2018).
11. Laiho A. Academisation of nursing education in the nordic countries. *Higher Education*. 2010;60(6):641–56.
12. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010;376(9756):1923–58.
13. Smeby J-C, Vågan A. Fra utdanning til arbeid. I: Alsvåg H, Førland O, red. *Engasjement og læring – fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribes; 2007. s. 81–98.
14. Senge PM. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Currency/Doubleday; 2006.
15. Meld. St. nr. 13 (2011–2012). *Utdanning for velferd: samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/> (nedlastet 20.06.2018).



Helseundersøkelse for ungdom som ikke går på skolen

Helseundersøkelsen Ung-Hunt blant ungdommer i Nord-Trøndelag gjennomføres for tredje gang. Svarprosenten er gjennomgående høy, med unntak av dem som ikke går på skolen. Her har man satt i gang tiltak.

Tekst **Armi Väisänen**, Prosjektkoordinator, Ung-HUNT4 og **Maria C. Stuijbergen**, Rådgiver, HUNT

Skoleungdom er enkle å komme i kontakt med. De trenger ikke å reise til et oppmøtested, og de fleste synes det er ok å delta. Erfaringen med ungdommer som ikke går på skole er annerledes. I Ung-HUNT3 var oppmøtet blant lærlinger og ungdommer som hadde falt fra skolen svært lavt. Den gang fikk de tilbud om å møte opp på feltstasjoner for voksne, men det viste seg å fungere dårlig.

Mangler kunnskap

Det er viktig at ungdommer fra alle typer livssituasjoner deltar i undersøkelsen. De som ikke går på skole, har andre opplevelser i livet enn dem som går på skolen. Vi vet lite om hvordan lærlinger/lærekandidater har det sammenliknet med ungdommer som følger vanlig skolegang. Vi kjenner heller ikke til alle mekanismene som henger sammen med skolefravall, og hvordan frafallet påvirker liv og helse både nå og senere i livet.

Disse ungdommene blir ei heller fanget opp av Ungdata-undersøkelsen og det er ønskelig å få bedre inn-

sikt om dem. I Ung-HUNT4 var det derfor et sterkt ønske om å satse på ungdommer som ikke nås gjennom oppmøte på skolen. Og det var behov for å tenke nytt rundt tiltak for å få med disse.

Sammensatt gruppe

Ungdommer som ikke går på skole er en sammensatt gruppe. Det er behov for å nå dem på flere måter, men felles for alle er at de har kontakt med Oppfølgingstjenesten (OT).

OT har ansvaret for å følge opp ungdom med rett til videregående

Nav, diverse kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Ulike årsaker

Noen av ungdommene som ikke går på skole er aktive gjennom Nav-tiltak. Andre er i arbeid eller de kan ha kommet i gang igjen med opplæring i skole eller bedrift – ved hjelp fra OT. Andre kan igjen være under opplæring og ha arbeidspraksis i regi av fylket. Noen ungdommer befinner seg i militæret, noen har omsorg for barn og noen er syke og befinner seg på institusjon.

OT blir derfor ansett som sentral inn-

«Ungdommer med store problemer kan synes det er vanskelig og utfordrende å møte opp til veiledning.»

opplæring som ikke er i opplæring eller arbeid, i alderen 16 til 21 år.

OT skal hjelpe ungdommer å komme i gang med opplæring, arbeid og andre aktiviteter. I tillegg er det viktig å samordne tiltak med andre instanser som

gang for å nå disse ungdommene.

Igangsatte tiltak

For å få med oss flere ungdommer som ikke går på skole, har følgende tiltak blitt satt i gang:

FAKTA

Ung-HUNT4

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) er en av verdens største helseundersøkelser. Hensikten med HUNT er å samle inn opplysninger og biologisk materiale for å forske på folkehelse.

Ung-HUNT er del av HUNT, og er for ungdommer mellom 13 og 19 år som bor i Nord-Trøndelag. I disse dager gjennomføres Ung-HUNT4-undersøkelsen.

Kilde: NTNU



Administrasjonen til Ung-HUNT4 har et tett samarbeid med seksjon for fag- og yrkesopplæring og med avdelingen for utdanning opplæring i fylket.

Ung-HUNT4 deltok på alle lærling-samlinger i fylket høsten 2017. Ungdommene som deltok på samlinger fikk muligheten til å delta i spørreundersøkelsen der og da. De fikk også informasjon om deltakelse på kliniske undersøkelser, som de kunne gjennomføre på den videregående skolen som passet best for dem.

Ungdommene som møter opp hos rådgivere i oppfølgingstjenesten har fått muligheten til å fylle ut spørreskjema der eller ta det med seg hjem og levere inn senere. De fikk tilbud om å gjennomføre kliniske undersøkelser ved den videregående skolen der de hadde veiledningsmøter med OT.

Lav oppslutning

OT har god kontakt med ungdom. Enkelte ungdommer – som ikke går på skole – er det bare OT som har kontakt med. Dessverre, igjen, viser det seg at det er vanskelig å få disse ungdommene til å være med i Ung-HUNT. Og oppslutningen har vært skuffende. Vi har kartlagt

følgende årsaker til lav deltakelse i denne gruppen:

De «sterkeste» har funnet aktivitet/ jobb selv. De går på skole eller er i militæret eller har annen aktivitet i et annet fylke eller et annet land. Disse har i en del tilfeller kun telefonisk kontakt med og veiledning fra OT. Det er således vanskelig å overrekke et spørreskjema.

I noen tilfeller har OT kun begrenset oppfølging av ungdommen fordi aktivitet rettet mot opplæring ikke er et mål for denne ungdommen.

Den «svakeste» ungdomsgruppen med store problemer kan synes det er vanskelig og utfordrende å møte opp til veiledning. Da kan det bli vurdert som en for stor belastning å fylle ut et skjema i møter/veiledningssituasjoner.

Ulike årsaker

Det kan være liten vilje til å fylle ut spørreskjema hos ungdommen. Det er mange som tar imot spørreskjemaet, men som velger å ikke være med etter at de har sett på det. Noen ungdommer er usikre og redde for å svare/delta. De kan føle seg utrygge på hva som skal skje med svarene deres, og om de står i fare for å avsløre

seg selv eller familiemedlemmer. Det kan være belastende å fylle ut et spørreskjema om helse for ungdommer som ikke vil erkjenne at de har problemer. Ungdom med vegring og/eller dysleksi og liknende kan oppfatte spørreskjemaet som en «matteprøve».

Noen rådgivere i OT lykkes bedre enn andre med å få ungdommer til å delta i undersøkelsen. Her er det individuelle forskjeller som spiller inn – som personlig forhold mellom rådgiver og ungdommen, tillit og tid/ressurser.

Mer ressurser

Hittil har oppslutningen blant lærlinger vært på omtrent 20 prosent, og blant ungdommene fra OT på cirka 10 prosent.

Det er satt inn mye ressurser både fra Ung-HUNT-administrasjonen og fra fylket for å få med disse ungdommene, men oppslutningen har så langt vært lav. Men vi forsetter samarbeidet med fylket og skal gjennomgå våre prosedyrer i samarbeid med OT i den nordligste delen av fylket. Vi skal prøve å få til bedre tiltak for å oppnå høyere deltakelse høsten 2018 og frem til Ung-HUNT tar slutt 30. januar 2019. ■



Inn i fremtiden med Ung-HUNT

Helseundersøkelsen Ung-HUNT4 er i gang. 66 skoler skal besøkes i løpet av prosjektperioden som varer frem til februar 2019. 11 000 ungdommer har blitt invitert til å delta.

Tekst **Janne Bache**, helsesøster og administrerende sykepleier, Ung-HUNT4

Foto **Geir Mogen / HUNT4**

Takk for din deltakelse i Ung-Hunt4! Dere har gitt et viktig bidrag til forskning som kan hjelpe ungdom til å få bedre helse, trives bedre og få bedre helsehjelp hvis de trenger det.»

Slik avslutter teamet i Ung-HUNT helseundersøkelsen, som nå foregår rundt om på ungdomsskolene og den videregående skole i Nord-Trøndelag.

Jeg jobber vanligvis som helsesøster i Steinkjer kommune og har de siste 10 årene vært helsesøster i skolehelsetjenesten, ungdoms- og videregående skole, samt i helsestasjon for ungdom.

Høsten 2017 fikk jeg muligheten til å være med å gjennomføre Ung-HUNT4, som administrativ sykepleier.

Innsamle data

Jeg anså dette som en unik mulighet til å få innsikt i hvordan innsamling av data foregår, hvordan ungdom har det og få kjennskap til deres helse. Forskningsbasert data brukes i veiledere og anbefalinger som blir brukt i min rolle som helsesøster. Studier viser også at nasjonale retningslinjer er helsesøstrenes mest brukte kunnskapskilde.

Nå var det jeg som fikk mulighet til å være med å samle inn data som kan brukes i videre planer.

Min rolle gikk ut på å ha kontakt med skoler vi skulle besøke – for å planlegge gjennomføringen av undersøkelsen best

mulig med tanke på kvalitet av forskningsdata, men også av praktiske hensyn med hensyn til skolene. Jeg deltok også aktivt i prosedyrearbeid og logistikkplanlegging før undersøkelsen.

Det var viktig å ha kunnskap om skolehverdag og skolemiljøet. Og det var viktig for oss å ha støttespillere på skolen for å oppfordre elever til å delta og hjelpe dem med å delta. I tillegg har skoler kjennskap til sårbare elever, slik at vi kunne ta hensyn til dette.

Alle deltar

På skolene møtte vi alle ungdommer, på deres arena, og ikke bare dem som oppsøkte skolehelsetjenesten fordi de hadde utfordringer.

«Det var viktig å ha kunnskap om skolehverdag og skolemiljøet.»

Alle folkeregistrerte nordtrøndere over 13 år får invitasjon til å delta i HUNT4. Ungdomsdelen fra 13–19 år foregår på skolene, mens de over 20 år inviteres til såkalte «Voksen-stasjoner». Elever som ikke var folkeregistrert fikk også mulig-

het til å delta, men data om disse ble ikke lagret.

Dugnadsånden herjer

Ung-HUNT skal besøke 66 skoler i løpet av prosjektperioden, som varer frem til februar 2019. Da skal rundt 11000 ungdommer ha fått invitasjon til å delta.

Ungdom under 16 år må ha foreldrenes samtykke til å delta, mens elever over 16 år kan samtykke selv. Jeg har informert på foreldremøter, samt sørget for at alle elever får god informasjon den dagen undersøkelsen starter. Det har vist seg å være viktig for deltakelse. Informasjonsbrev blir fort liggende i sekken.

Læringer og andre i alderen 13-19 år – som bor i Nord-Trøndelag – får egen invitasjon til å delta.

Skolene ligger spredt og det er mange elever vi skal nå. Vi har to team med tre personer i Ung-HUNT, med helsefaglig bakgrunn. Hvert team har én helsesøster som leder teamet. Teamet består i tillegg av sykepleier og legesekretær. Det er en fordel at helsesøster deltar i undersøkelsen siden vedkommende har god kunnskap om ungdomsgrupper og til hvordan skolenes «indre liv» fungerer.

Vi forflytter oss fra skole til skole, mil etter mil, i to «Hunt-biler» – godt synlig i farger og logo.

Deltakelsesprosent er cirka 85 prosent.



UNG-HUNT4 



KLINISKE MÅLINGER: Etter at elevene har deltatt i spørreundersøkelsen inviteres de til å delta på kliniske målinger.

Skoledeltakelsen varierer. Noen har opptil 97 prosent deltakelse.

Historien om Ung-HUNT

Ungdommer ble første gang invitert til å delta i HUNT2 i perioden 1996–98. Ung-HUNTs «mor» var barnelege Turid Lingaas Holmen, spesialist i pediatri.

Utgangspunktet var at man ønsket å få kunnskap om helsetilstanden til ungdom for å kunne drive forebyggende arbeid. Det er gjort få undersøkelser på denne gruppen tidligere og man ønsket å se på ungdommers helse over tid. Ungdom har sin egen livsstil og er i en

«Det er gjort få undersøkelser på denne gruppen tidligere.»

hurtig vekst- og utviklingsfase.

Helseundersøkelsen av ungdom har siden den tid blitt gjentatt hvert 10 år.


Undersøkelsen

Ung-HUNT4 består av fem deler, og alle

elever får skriftlig og muntlig informasjon før deltakelse. Elever kan selv velge om de vil delta og i hvor stor grad de vil delta.

Spørreundersøkelse på nettbrett gjennomføres klassevis, i klasserom. Alle elever får utdelt en engangskode for innlogging. Alle elever sitter ved egen pult.

Spørreskjemaet har, blant annet, lagt vekt på psykisk helse, trivsel, plager, opplevelse av egen helse, selvbylde, trening, aktivitet, venner, nettbruk og rus. (Spørreskjema ligger på www.hunt4.no)

Etter utfylling av spørreskjema inviteres eleven til å delta på kliniske målinger som består av: 



- Høyde, vekt, måling av Bio-impedance og BT
 - Spyttprøve
 - Aktivitetssensor de skal bære i sju dager
 - Intervju med spørsmål om hodepine, avstander, bosted, foreldre og annet.
- Ungdom får tilsendt svar på høyde, vekt og aktivitetsmåling.

Positive tilbakemeldinger

Ungdommene vi møter er stort sett positive og stiller opp. Elever gir uttrykk for at de synes det er spennende å være med på forskning og spesielt måling av aktivitet. «Så kult å være forskningsobjekt», uttalte én elev.

I forkant av undersøkelsen på skolen kontakter vi helsesøster på de ulike skolene. Vi møter som sagt ungdommer i alle faser, og spesielt under intervjuet kan vi få reaksjoner hos ungdom som vi kan formidle videre til helsesøster. Vi informerer om at alle som jobber i Ung-HUNT har taushetsplikt.

Vi har prosedyrer på hvordan vi fanger opp avvik og varsler videre. Vi har erfart at det er behov for å kunne videreformidle funn, slik at ungdom blir ivarettatt.

Bearbeiding av data

Ung-HUNT4 fanger opp sosiale og geografiske forskjeller i fylket. Hver enkelt skole kan få se resultat for sin skole. På denne måten kan de iverksette forebyggende tiltak.

Forskningsdataen fra Ung-HUNT4 kan brukes i forebyggende arbeid, og for å iverksette folkehelseiltak tidlig. Det unike med HUNT er at det forskes på data over en lang tidsperiode, og at man således samler kunnskap om ungdom og folks helse,

Ung-HUNT4 bidrar til at vi får kunnskap om denne aldersgruppen, som på liten måte fanges opp av andre undersøkelser, samt at vi kan følge denne generasjonen over tid og kople

de opp mot foreldre, besteforeldregerasjonen og annet.

Kobles til registre

Innsamlete data kan også kobles til andre registre for å kunne gjennomføre godkjente forskningsprosjekter. Eksempler er Medisinsk fødselsregister, Kreftregisteret og Nav.

HUNT studerer samspill mellom arv og miljø, mellom helse og livskvalitet og all informasjon blir avidentifisert ved forskning. HUNT har mulighet til koble data slik at man kan følge utvikling og hva som påvirker den, fra ungdomstiden inn i voksenalder. Vi kan følge Ung-HUNT1 deltakere til ung voksenalder i HUNT3 og til de er mellom 30 og 40 år i HUNT4. Dette er det få andre ungdomsundersøkelser som har mulighet til.

Brukes internasjonalt

Alt forskningsmateriale oppbevares i Databanken og HUNT forsknings-senter. HUNT og HUNT forsknings-senter ligger på Levanger og har siden 2001 vært tilknyttet NTNU som samarbeidspartner.

Tidligere HUNT-materiale har vært bakgrunn for over 100 doktorgrads-avhandlinger og HUNT er blitt kjent i verdenssammenheng på grunn av innsamling av data på innbyggere i flere generasjoner og over flere tiår. HUNT har samarbeidspartnere blant annet i USA og Australia. Data fra HUNT og Ung-HUNT brukes av mange forskere og publiseres i internasjonale tidsskrifter.

Ved hjelp av Ung-HUNT har man et bedre grunnlag til å planlegge fremtidens helsetjenester for ungdom.

Helsedirektoratet bruker også forskningsbasert data fra HUNT i sine anbefalinger om folkehelse.

Inn i framtida

Så langt har innsamling av data i Ung-HUNT4 vært spennende. Jeg gleder meg til å se resultater etter hvert, og jeg er overbevist om at jeg fremover vil dra nytte av

den kunnskapen fra HUNT i min jobb som helsesøster.

Ungdom er «her og nå», derfor ulik voksgenerasjonen. Ungdom er under utvikling og under mye påvirkning. Å få kunnskap som kan forebygge skeivutvik-

«Ung-HUNT fanger opp sosiale og geografiske forskjeller i fylket.»

ling er viktig. Først da kan vi utarbeide et helsetilbud som gagnar ungdom. Vi kan bruke dette i kampen om ressurser og snakke ungdommenes sak.

Helseprofiler er tydelig språk og forskningsbasert kunnskap er godt verktøy for oss alle.

Vi ønsker ungdom som synes de har det bra og kunnskap om hvordan ungdom har det, kan legge grunnlag for forebyggende tiltak. Dette tar jeg med meg i jobben som helsesøster.

Jeg er glad for at jeg fikk denne unike muligheten til å delta på innsamlingen av så mye viktig data, som kan hjelpe ungdom på tur inn i voksenalivet, og til et godt liv. ■





SAMARBEID: Gjennom samhandlingsmodellen «Bedre tverrfaglig innsats» (BTI) har Røros kommune funnet nye måter å løse oppgaver på. Illustrasjon: Mostphotos

Fra undring til handling – om tverrfaglig samarbeid i Røros

Bedre tverrfaglig innsats (BTI) er en samhandlingsmodell som fremmer tidlig innsats overfor barn, unge og deres familier. Røros kommune har vært med å utvikle modellen, og her er våre erfaringer.

Tekst **Björg Todalhaug**, ledende helsesøster Røros kommune og medforfatter **Sigrun Aa Engzelius**, prosjektleder BTI Røros/Os/Holtålen

I 2012 ble Røros kommune, sammen med Kompetansesenter Rus (KoRus) Midt-Norge, invitert til å delta som nøkkeltkommune i utviklingen av en nasjonal samarbeidsmodell. Modellen har fått navnet «Bedre tverrfaglig innsats» (BTI). Målet for Helsedirektoratet er å utvikle BTI-modellen sammen med nøkkeltkommuner og regionale kompetansesenter på rusfeltet, til inspirasjon for alle landets kommuner, slik at de som ønsker det kan ta i bruk modellen. På oppdrag fra Helsedirektoratet skulle Røros kommune ha et spesielt fokus på barn og unges signaler på mulig mistrivsel, observasjonsskjema og veiledning til bekymringssamtalen overfor foreldrene.

Bedre hjelp

Bedre tverrfaglig innsats (BTI) er en samhandlingsmodell som har til hensikt å fremme tidlig innsats overfor barn, unge og deres familier. Samhandlingen mellom de ulike kommunale tjenestene som jobber med barn og unge skal også

bli bedre. Det overordnede formålet med samhandlingsmodellen er å bidra til at barn, unge og deres familier får nødvendig hjelp så tidlig som mulig. Modellen har tre grunnleggende formål:

- Bedre samordning av kommunalt tjenestetilbud
- Medvirkning
- Tidlig intervensjon

Målsetting


Målsettingen med samarbeidsmodellen er å sikre helhetlig og koordinert innsats, uten oppfølgingsavbrudd til barn, unge og deres familier. Målgruppen er barn, unge og familier som har behov for hjelp, støtte og oppmerksomhet i korte eller lengre perioder i livet. For at vi skal komme i mål med dette, har det vært nødvendig at alle fagpersoner som jobber med målgruppen i Røros kommune, har en felles tilnærming til hvordan man skal samarbeide for barn, unge og deres familier. Det har vært arrangert en rekke felles fagdager

med temaer som taushetsplikt, barn og unges signaler, samtale med foreldre og samtaler med barn, kompetanseøkning i forhold til overgrep, mobbing med mer.

«Målsettingen er å sikre helhetlig og koordinert innsats.»

I tillegg har prosjektgruppen arrangert mange felles fagmøter, med representanter fra de ulike tjenestene i utviklingen av alle verktøyene, samt opplæring i bruk av stafettlogg. Dette har blant annet resultert i egen BTI-nettside for Røros kommune.

Prosjektgruppe

I januar 2013 opprettet rådmannen en prosjektgruppe, der ledende helsesøster var prosjektleder. Prosjektgruppen består av representant fra helsestasjonen, barnehage, skole, PPT 



og barnevern. I tillegg ble det opprettet en styringsgruppe som består av kommunalsjef, rådmann og politisk representant. Målet for kommunen i prosjektperioden har vært å forbedre det tverrprofesjonelle samarbeidet i kommunen, kompetanseheving, samt å gi ansatte «verktøy» i forhold til å avdekke og hjelpe barn, unge og familier. Vi lagde blant annet en egen elektronisk handlingsveileder og tiltaksvifte som beskriver de tjenestetilbudene kommunen kan gi barn, unge og deres familier.

Et annet mål med modellen har vært å lage gode overgangsrutiner, da vi så at dette er ofte sårbare perioder for utsatte barn og unge. Slike overganger er overgang fra helsestasjon til barnehage, fra barnehage til skole, overgang mellom småtrinn, mellomtrinn og ungdomsskole, overgang ungdomsskole til videregående skole og overgang videregående skole til voksenliv.

Stafettlogg

I tillegg har den elektroniske stafettloggen vært et viktig redskap for modellen. Formålet med en stafettlogg er å skape en felles forståelsesramme for foreldre, stafettholder og involverte aktører. En stafettlogg skal være et verktøy til støtte for arbeidet med identifisering, vurdering og beslutninger om tiltak. Stafettloggen gir en tids- og innholdsmessig oversikt over initiativer og beslutninger som er tatt i forhold til et barn eller en ungdom som har behov for ekstra innsats. Foreldrene skal ha tilgang og eierskap til loggen og den bør fungere som en avtale rundt innsatsen for barnet. Loggen fremmer tverrsektorielt samarbeid, som sikrer at barnet får den innsats det er behov for. Den gir en oversikt over ansvarlig for iverksetting og evaluering av tiltak. Stafettloggen har også en oversikt over ulike aktører som er aktuelle i innsatsen rundt barnet, og gir et overblikk over de ulike aktørers kompetanse og muligheter. Stafettholder er en person familien har tillit til, som

kan hjelpe familien gjennom forløpet. I hovedsak er stafettholder den person som i første rekke blir bekymret for barnet og oppretter stafettlogg. Det kan for eksempel være en helsesøster, en barne-

«Stafettholderen er kontaktperson for alle i nettverket.»

hagelærer eller en lærer. Stafettholderen er kontaktperson for alle i nettverket og er ansvarlig for dokumentasjon av tiltak og samarbeid via stafettloggen. Denne skal også ta initiativ til og koordinere samarbeid og innsats.

Helsesøsters rolle

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten har viktige roller i BTI-arbeidet. For oss helsesøstre har dette blitt en ny måte å tenke og dokumentere på. Selvfølgelig skal alle konsultasjoner fortsatt dokumenteres i helsekortet. Men en stafettlogg har blitt et viktig verktøy i samarbeidet med barnet og familien, samt det tverrfaglige samarbeidet med andre faginstanser i kommunen. Nå har alle tilgang på den samme dokumentasjonen og det er klare mål for utfordringsbildet til barnet og familien, tiltak og evaluering av tiltakene. Mandatet som rådmannen ønsker at vi skal ha, er den tidlige innsatsen der helsestasjonen har en svært viktig funksjon, slik at man slipper den stadige økning av saker i barnevernet. Som verktøy for å avdekke psykisk uhelse, rus og vold har helsestasjonen tatt i bruk metoden «Tidlig Inn» som en del av BTI-arbeidet.

Barnehage og skole

Helsestasjonen har også jobbet tett opp mot barnehage og skole for å få gode rutiner på overganger. Ikke minst på hvilken måte helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal implementeres i

disse overgangene. Ofte kan helsesøster opprette en stafettlogg i løpet av det første leveåret til barnet, og som regel er det naturlig at det er barnehagelæreren som får stafettpinnen når barnet starter i barnehagen. I forhold til en del stafettlogger er det naturlig at helsestasjonen fortsatt skal delta i stafettloggmøter (se handlingsveileder, nivå 2), men ofte er det naturlig at barnehagen tar over ansvaret for stafettloggen (se handlingsveileder, nivå 1).

Skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten bruker også BTI-metodikk og oppretter stafettlogg i forhold til overvektige barn og unge. Siden 2016 har skolehelsetjenesten jobbet med prosjektet «PULSEN». Skolehelsetjenesten og fysioterapitjenesten ønsket å få til en metode som kunne brukes i det forebyggende arbeidet i forhold til overvektige barn. Prosjektet fikk navnet «Pulsen». Målgruppen er barn fra 1. - 4. trinn og deres foreldre eller andre foresatte. Barna som er med i prosjektet er i faren for å utvikle fedme eller de er allerede innenfor kriteriene for overvekt og fedme. Nasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge og veileder for skolehelsetjenesten er styrende dokumenter i dette prosjektet. Prosjektet innebærer fysisk aktivitetsgruppe, «bra mat»-kurs for barn og foreldre og oppfølging av helsesøster gjennom stafettlogg. Ved avvik på veiing og måling på trinn 1 og 3 tar helsesøster kontakt med foreldrene og avtaler et møte der man gjennomfører oppmerksomhetssamtale. Dette har blitt gjennomført med helsesøster og foreldre, eller helsesøster, fysioterapeut/fastlege og foreldre. Det opprettes en stafettlogg og tiltakene blir utarbeidet i samråd med foreldrene. Gjennom stafettloggen har man oppfølgingsmøter hver fjerde til sjettede uke, for å evaluere tiltakene som er satt i gang. Både fra helsesøsters og foreldrenes side opple-

ves stafettloggen som et forpliktende dokument som gjør at tiltakene faktisk blir gjennomført.

Flere kommuner er med

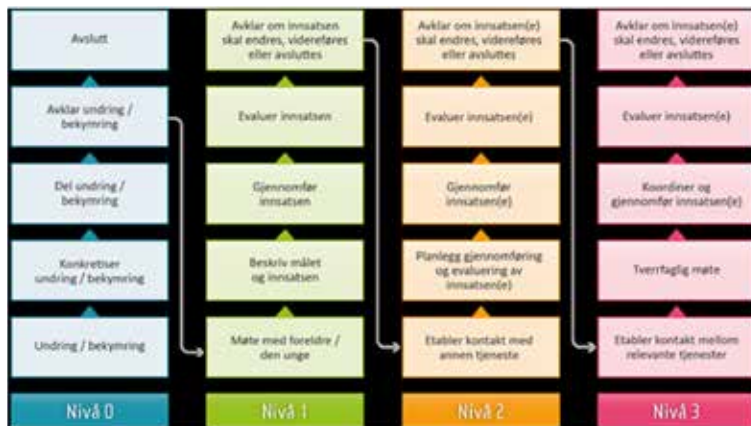
I januar 2017 ble prosjektet utvidet. Utvidelsen medførte at det ble samarbeid på tvers av tre kommuner. Holtålen og Os kommuner ble med i prosjektet. Kommunene har felles barnevern og har erfart et omfattende og kostbart arbeid med mange tiltak sent i tiltakskjeden. Rådmennene ønsket fokus på forebygging og tidlig innsats, samt øke kompetansen om utsatte barn og unge i alle tjenestetjenesteområder.

Lett å like

Konseptet BTI er lett å like for «alle». Da målet er systematisering, lage rammer og struktur over det arbeidet som allerede foregår i kommunen, vil det uansett ståsted i stor grad oppleves som nyttig og ønsket. At arbeidet med modellen var startet i en av kommunene, var et gode for de to nye kommunene som kom inn. Dette handler om prosessarbeid – og ting som utvikles og innarbeides kan adopteres – og igjen videreutvikles. På denne måten gir samarbeidet gjensidig nytte. Mandatet for samarbeid på tvers av kommunegrensene var felles prosjektledelse og prosjektplan for tilnærmet lik implementeringsprosess gjennom felles barnevernstjeneste, PPT og felles videregående skole. En målsetting var videre utvikling av Handlingsveilederen og implementering av systematisk arbeid gjennom denne, med fokus på tidlig innsats.

Elektronisk handlingsveileder

En elektronisk handlingsveileder (se figur) er forenklet og gir god oversikt og struktur. Vi ser at et felles verktøy styrker kvaliteten på arbeidet. Bedre systemer gir også bedre rapporterings- og evalueringsmuligheter. Dette gir muligheter for kontinuerlig



HANDLINGSVEILEDER: Den elektroniske handlingsveilederen gir god oversikt over arbeidet med barn, unge og deres familier. Illustrasjon: Forebygging.no/BTI

utvikling både innenfor den enkelte tjeneste, og i samarbeid på tvers.

Nivå 0 – Avklarer om det er grunn til bekymring.

Nivå 1 – Beskriver innsats

Nivå 2 – Beskriver enkelt tverrfaglig samarbeid

Nivå 3 – Beskriver mer omfattende samarbeid

Ved mistanke om vold, overgrep eller annen alvorlig omsorgssvikt skal saken meldes direkte til barnevernstjenesten, eventuelt også politiet.

Ved alle nivåene skal tjenestene bruke verktøyene som er laget, blant andre barn og unges signaler på mistriivsel, observasjonsskjema, mal for oppmerksomhetssamtalen, oppmerksomhetssamtalen.

Kompetanseutvikling

Kompetanseutvikling har vært et av fokusområdene. Det tette samarbeidet med KoRus og deres rolle i BTI-modellen har vært av stor nytte for oss. Blant annet med deres fokus på kompetanseutvikling lokalt og tilbud om kurs og deling av kunnskap. Vi jobber med en langsiktig kompetanseplan for å øke samlet kvalitet og for å vedlikeholde kompetanse innenfor og på tvers av fagmiljøene. Felles kurs

på tvers av kommunene har vi erfart gir både økonomisk og faglig gevinst.

Flere partnere

Vi jobber med en naturlig utvidelse av prosjektet ved å knytte nærmere kontakt og med samarbeidspartnere som videregående skole, psykisk helsetjeneste og Nav. Vi gjør BTI kjent for våre samarbeidspartnere og har møter for å klargjøre samarbeidsrutiner. For å sikre tidlig innsats er vi alle viktige for hverandre. Ved å klargjøre og forbedre samarbeidsrutiner med vaksentjenestene i kommunen for å fokusere på barn som pårørende, kan vi kvalitets sikre at barn i utfordrende livssituasjoner blir sett og får støtte og hjelp tidlig.

Daglig bruk

Modellutvikling, systemarbeid og implementering krever prosessenkning og tar tid. Røros kommune er ferdig med prosjektfasen av BTI-arbeidet, og arbeidsformen er nå innført i det daglige arbeidet rundt barn, unge og deres familier. Vi opplever at det er et eierforhold til modellen på alle nivå og i alle tjenesteområder. Men det krever oppfølging å sikre systematisk bruk og å holde det levende, slik at man kan hjelpe det enkelte barnet og familien til mestring og utvikling gjennom strukturert og hensiktsmessig arbeid. ■

Gode vaner for god helse

SAMTALEVERKTØY OM KOSTHOLD OG AKTIVITET

Samtaleverktøyet 2017

Gode vaner for god helse

– barn, kosthold og fysisk aktivitet

inneholder 15 plansjer og en veileder



Bestill vårt pedagogiske verktøy som gjør det enklere å snakke med familier om viktigheten av sunn mat og nok fysisk aktivitet for barn. Materiellet passer bl.a. å benytte på 4-årskontrollen og skolestartundersøkelsen.

Rådene er i tråd med nasjonale anbefalinger om kosthold og fysisk aktivitet. Samtaleverktøyet er utviklet i samarbeid med helsesøstre og fysioterapeuter, og er oppdatert i 2017.

Du som er helsesøster/helsesøsterstudent kan få tilsendt materiellet gratis. Mappen er i A4 format og inneholder 15 temaplaner og en veileder.

