



Tidsskrift for helsesøstre

NR. 3-2016

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF



Redd for egne følelser

Sykepleien

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

ANSVARLIG REDAKTØR

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

ANNONSER

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

ABONNEMENT

lah@sykepleier.no

HJEMMESIDE

www.sykepleierforbundet.no/
helsesostre

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

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

DESKJOURNALISTER

faggruppeblad@sykepleien.no

Johan Alvik

Tlf. 92 60 87 06

Trine-Lise Gjesdal

Tlf. 90 60 87 79

LAYOUT

Hilde Rebård Evensen
Nina Hauge
Sissel Hagen Vetter
Monica Hilsen

TRYKK

Color Print A/S

FORSIDEFOTO

Colourbox

REDAKSJONSKOMITÉ

Telemark har ansvaret for denne utgaven av Tidsskriftet for helsesøstre.



Fra venstre: Nina Mortensen, Kristin Vehusheia, Anette Folserås Lunde, Linda Follaug, Veslemøy Værvågen og Vibeke Onshuus. Foto: Privat.



Innhold

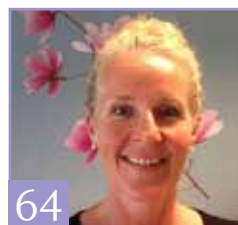
NR. 3-2016

- 4 Smånytt
- 6 Søvnproblemer blant ungdom
- 14 Tett oppfølging gir økt gjennomføring
- 18 Hva spør foreldrene legen om?
- 26 Lykkes som veiledere
- 30 Sunn kantine
- 32 Aktuelle bøker
- 34 Ulike, men like
- 40 Nyttig praksis i India
- 45 Små barn er utsatt for jodmangel
- 48 Portrettet: Inga Marte Thorkildsen
- 53 Hva er følelsesfobier?
- 61 Vil sikre ein god barndom
- 62 Tilbakeblikk
- 64 Lederstafetten: Gunhild Kåsa Dehli
- 66 Helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy
- 68 En tjeneste i utvikling?
- 74 Si det som det er!

«Det finnes barn her i landet som opplever tortur i eget hjem.» *Inga Marte Thorkildsen, side 48*



6



64



30

LEDER:
Kristin Sofie Waldum-Grevbo



Kompetanse og utviklingsmiljø nå!

Barn og unge fortjener at noen jobber med kunnskap og kvalitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

En god helsestasjon og skolehelsetjeneste er avhengig av minst tre ting:

1. Ressurser/bevilgninger
2. Tilgjengelighet, oversikt og statistikk
3. Kunnskap, kvalitet og kompetanse, for å ivareta en rolle i stadig endring.

Nå er det på tide å snakke om kunnskap, kvalitet og kompetanse, for å ivareta en rolle i stadig endring. Et tema det har vært stille rundt fra politisk hold. Samtidig må vi holde trykket oppe for fullt når det gjelder punkt 1 og 2.

Den eldre befolkningen er bedre ivaretatt når det gjelder dette tema. Det er i dag 38 utviklingscentre for sykehjem og hjemmetjenester. Disse evalueres som gode tiltak som ønskes videreført av Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR). Bytt ut sykehjem og hjemmetjenester i teksten under (Prop 1S side 143-144) med helsestasjons- og skolehelsetjeneste og se effekten.

Utviklingscentre for sykehjem og hjemmetjenester i alle landets fylker skal være pådrivere for kunnskap og kvalitet i omsorgstjenestene ved å fokusere på forskning, fagutvikling og kompetanseheving, samt videreutvikling av praksistilbudet til elever, læring og studenter. Utviklingscentrene skal være modeller for andre hjemmetjenester og sykehjem i fylket og bidra til spredning av kunnskap og faglige ferdigheter. Kommuner med utviklingscentre inngår i et felles nettverk knyttet opp mot de regionale sentrene for omsorgsforskning. Sentrene for omsorgsforskning får midler til å følge opp utviklingscentrene i sin region. Det er utviklet en samlet strategi for utviklingscentre for sykehjem og hjemmetjenester for årene 2011-2015.

Et lignende system for fagutvikling, kvalitet og kompetanseutvikling finnes ikke for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. LaH NSF har i en årrekke løftet frem behovet for et landsomfattende kompetanse- og utviklingscenter for å sikre en tjenesteutvikling som samsvarer med barn, unge og familiers behov. Helsedirektoratet har i mange år støttet behovet for et slikt senter.

Det er etter vår mening uforutsigelig å avvende dette ytterligere. Et langstrakt land med få arenaer for systematisk erfaringsdeling og lite kommunikasjon mellom kommuner, gir ulik praksis og variasjon i tilbudet til befolkningen. Flere tilsyn bekrefter dette. Det er et stort behov for et utviklingsmiljø som systematisk jobber for å sikre faglig forsvarlighet og enhetlig praksis - et fagmiljø som kan ta imot henvendelser fra tjenesteutøvere når det gjelder råd om god faglig yrkesutøvelse, evaluerte arbeidsmetoder og tolkning av retningslinjer. Et kompetanse- og utviklingscenter for vår tjeneste vil kunne skape trygghet for tjenesteutøvere så vel som befolkning ved at skjønsmessige vurderinger minimaliseres, og større grad av lik praksis sikres på tvers av fylker og kommuner.

Det er et stort behov for å vite mer om hvordan tjenestene jobber og hvordan man bør innrette virksomheten fremover for å sikre et godt arbeid inn mot barn, unge og familier. Med endringer i forvaltningen der deler av det gamle «Kunnskapssenteret for helsetjenesten» nå er innlemmet i Folkehelseinstituttet, mener LaH NSF at det er en gylden anledning til å opprette en slik utviklingsfunksjon i regi av Folkehelseinstituttet (FHI). Et slikt miljø må ha et tydelig tjenestemandat. Det er en forutsetning for at tjenestene skal utvikle seg i takt med barn, unge og familiers behov for tjenester og være i samsvar med retningslinjer og kommunenes lovmessige «sørge for» ansvar. En forankring i FHI vil kunne gi nyttige synergieffekter i forhold til instituttets øvrige ansvarsområder, både knyttet til pandemiberedskap, men ikke minst knyttet til det generelle «følge med»-ansvaret. Det er fremtidsrettet å sørge for gode tjenester til barn og unge. En gang i fremtiden er det de som skal bemanne både sykehjem og hjemmetjenester.

Kristin Waldum-Grevbo

LEDER AV LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

Skader skjer ofte i rus

En av tre pasienter som ble innlagt på akuttmottaket ved Oslo universitetssykehus på grunn av skader, var påvirket av rusmidler på skadetidspunktet. Andelen som var påvirket, var særlig stor hos pasienter med voldsskader, og flere var påvirket i helger enn ellers i uken. Det viser en studie fra Folkehelseinstituttet.

Kilde: Fhi.no



Lavere aldersgrense

Aldersgrensen er 16 år for at barn kan samtykke i å delta i medisinsk og helsefaglig forskning. Helse- og omsorgsdepartementet har for øvrig bedt om en vurdering fra Nasjonal forskningsetisk komité for medisin og helsefag (NEM) på om grensen, kan senkes til 12 år. NEM har svart at barn mellom 12 –16 år er modne nok til å bestemme selv om de vil delta i visse typer forskning.

Kilde: Dagens Medisin

SMÅNYTT

Studerer babybæsj

Nyfødte har ingen bakterier i tarmen. Det er først når barna nærmer seg ett år, at bakteriemangfoldet er like stort som hos voksne. Hvordan bakteriesamfunnet i spedbarnstarmen utvikler seg, undersøkes nå av forskere ved Universitetet i Oslo. I løpet av et år skal forskerne samle inn 5000 DNA-prøver av spedbarnsavføring. For å sikre bred variasjon, får de prøver fra babyer som lever med og uten kjæledyr, tvillingpar, barn som er født vaginalt og med keisersnitt. Hensikten er å undersøke den normale utviklingen av bakteriemangfoldet i tarmen, og spesielt hvordan tarmfloraen endrer seg når barnet begynner med fast føde, får medisiner, vaksineres eller drar til utlandet. Kunnskapen om hvilke bakteriegrupper som påvirker hverandre er fortsatt lite forstått. Forskerne har store forhåpninger om å lære mer om den økologiske balansen i tarmen ved å studere hvordan bakteriesamfunnet i spebarnstarm utvikler seg.

Kilde: Apollon



«Barn trenger kjærlighet. Spesielt når de ikke fortjener det.»

Harold Hulbert

Forskjellsbehandler

HPV-infeksjon – som også kan forårsaker kreft hos menn – har økt betydelig de siste årene. Likevel er det kun jenter som får tilbud om gratis HPV-vaksine. Dette er en uheldig forskjellsbehandling mener Mari Nygård som er overlege ved Kreftregisteret. I 2009 ble vaksinen mot Humant papillomavirus innført som del av barnevaksinasjonsprogrammet for jenter i syvende trinn. Og i fjor vedtok Stortinget at også kvinner mellom 20 og 25 år skulle få vaksinen gratis. Folkehelseinstituttet anbefaler

at også gutter skal få gratis HVP-vaksine, og på Kreftforeningens nettsider sier assisterende generalsekretær Ole Alexander Opdalshei at de håper Stortinget i sin budsjettforhandling også sørger for at gutter og menn får det samme tilbudet.

Kilde: NRK Finnmark



Dropper ut av skolen

Ungdom som viser tegn til adferdsproblemer og hyperaktivitet når de går i tiende klasse på ungdomsskolen, fullfører sjeldnere, enn andre elever, videregående skole. Dette skjer både på yrkesrettet studieretning og på studiespesialisering. Også ungdom som sliter med angst og depresjon på ungdomsskolen, dropper oftere ut av videregående. Men her er ikke sammenhengen like sterk. Det viser et forskningsprosjekt ledet av Lars Lien, som er professor ved Universitetet i Oslo.

Kilde: Forskning.no/Norges forskningsråd

Stressende mobbing

Både mobbere og mobbeofre, møter stress og vanskelige situasjoner på samme måte, hevder forskere ved NTNU. Begge parter lar seg rive med av følelser og blir sinte, ansente, mister fatning og bebreider seg selv eller føler at det er noe galt med dem selv. Dette kommer frem i en studie av over to tusen norske ungdommer i alderen 12 til 15 år.

Kilde: Gemini.no



Ser stressnivå i hjernen

I hjernen finner man hippocampus – en pølseformet struktur i tinninglappen – som i utgangspunktet er ansvarlig for å danne nye minner. Størrelsen på hippocampusen har vist seg å være avgjørende for hvor sårbar man er for stress, herunder angst og depresjon. Forskere fra Norges arktiske universitet og Universitetet i Umeå fant at de som har høyt stressnivå, også har en mindre hippocampus enn de som har lavt stressnivå.

Kilde: UIT

Tekst Trine-Lise Gjesdal/Johan Alvik Foto Colourbox

Påvirker seksuell lyst



En svensk studie viser at p-piller kan redusere seksuell lyst og tilfredsstillelse, men at effekten er relativt liten. Det er første gang at effekten på det man kaller kombinasjonspiller på seksualitet hos yngre kvinner blir studert i en omfattende, randomisert og placebokontrollert studie. 340 kvinner deltok og resultatet viste at seksuell funksjon ikke ble påvirket av kombinasjonspiller som inneholder levonorgestrel. Derimot

viser det seg at noen aspekter av seksualiteten – så som lyst, tilfredsstillelse og opphisselse – minsket adskillig med p-piller, sammenliknet med placebo. Resultatet bør tolkes med forsiktighet, mener professoren Angelica L. Hirschberg som har ledet studien ved Karolinska instituttet. Men samtidig anbefaler hun å vurdere sideeffekten ved forskrivning av p-piller.

Kilde: Dagens medisinx

Sykt barn

Barnehagebarn er mer utsatt for infeksjoner enn andre barn. Det er dobbelt så vanlig med forkjølelse, halsbetennelse og ørebetennelse, sammenliknet med barn som ikke går i barnehage. Det er strenge regler for å holde syke barn fra barnehagen, men erfaring viser at det har en begrenset effekt på spredning av smitte. Forklaringen er at sykdommene er smittsomme før tegnene på sykdom vises. Hovedregel, mener Folkhelseinstituttet (FHI), bør være at barnet er såpass friskt at hun/han kan delta i normale aktiviteter i barnehagen. Temperaturen hos barn kan variere. Mer enn 37,5 grader om morgenen og 38 grader på kvelder anses å være forhøyet temperatur. FHI anbefaler å holde barn hjemme til de er ferberfri.

Kilde: Fhi.no



Søvnproblemer blant ungdom

Mange ungdommer sliter med søvnproblemer. En vanlig årsak er forstyrret døgnrytme, men ungdom kan også ha andre søvnlidelser.

Av Bjørn Bjorvatn, leder, Nasjonal kompetansetjeneste for søvn sykdommer, Haukeland universitetssykehus, professor, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, søvnspesialist, Bergen søvn senter

God søvn er helt avgjørende for velvære og sunn helse. De fleste av oss har opplevd en natt med dårlig søvn, og kjent på kroppen hvordan det påvirker humøret, konsentrasjonen og yteevnen dagen etter. Hos noen er søvnen dårlig ofte eller hver natt. Studier viser at søvnproblemer er blant de vanligste helseproblemene i alle aldre. Hver tredje voksne person klager over dårlig søvn i perioder, mens 10–15 prosent har alvorlige og langvarige søvnproblemer. Mange ungdommer sliter også med søvnen.

Søvnproblemer hos ungdom

Vi gjorde en større undersøkelse blant 16–19-åringer i Hordaland for noen år siden (1). I undersøkelsen varierte tidspunktet ungdommene gikk til sengs med over to timer fra hverdager til helger, og tidspunktet ungdommene sto opp varierte med over fire timer. Vi definerte det som forsinket søvnfase hvis ungdommene ikke sovnet før tidligst klokken to om natten minst tre netter per uke og samtidig rapporterte om store eller veldig store problemer med å våkne om morgenen. Noe over 8 prosent av ungdommene tilhørte gruppen med forsinket søvnfase, noe som var assosiert med dårligere karakterer på skolen, mer angst, mer depresjon, mer røyking og høyere skadelig alkoholbruk (1). Andre studier viser, ikke overraskende, at forsinket søvnfase også har sammenheng med økt skolefravær (2).

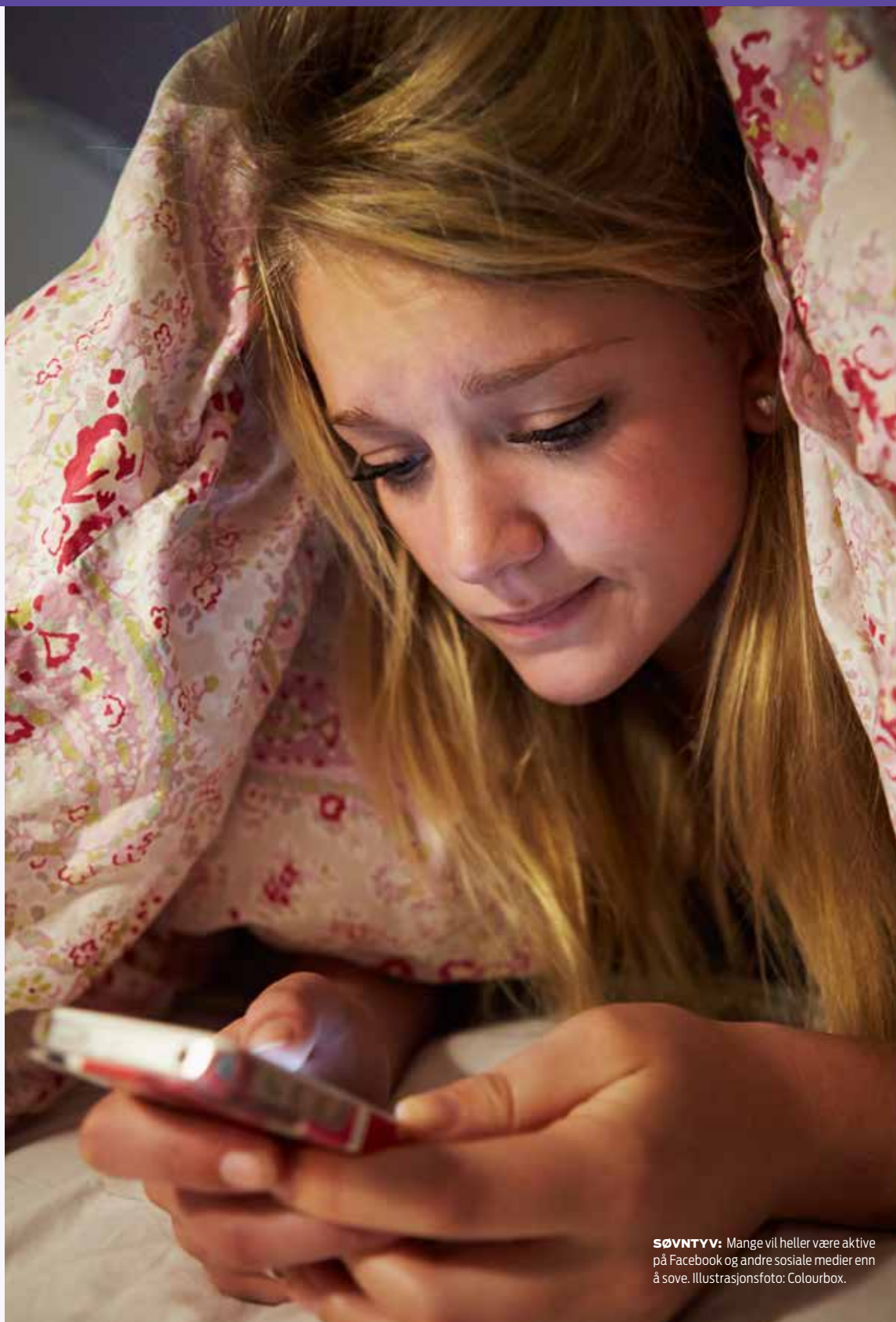
Lite søvn

Mange studier viser at lite og dårlig søvn har

negative konsekvenser. God og nok søvn er viktig for å bli uthvilt, og for lite søvn øker risikoen for å gjøre feil, som for eksempel å sovne bak rattet eller å duppe av i en upassende situasjon. I tillegg viser flere og flere studier at lite søvn over tid øker risikoen for vektøkning, diabetes og hjerte-kar-sykdommer (3). Dårlig og lite søvn er også koplet til utvikling av depresjon og økt risiko for selvmord (4). Det er lite trolig at alle kjenner til disse risikofaktorene. I dagens moderne samfunn velger mange vekk søvnen – det er mer spennende å være aktiv på Facebook og Instagram. Søvnunderskudd, og dermed økt trøtthet, kompenseres gjerne med høyt forbruk av koffeinholdige drikker. Mange mennesker, spesielt i ung alder, sover ut i helgene, et tegn på at et søvnunderskudd bygger seg opp i løpet av ukedagene.

Hukommelse og søvn

Søvn er også viktig for læring og hukommelse. Undersøkelser viser at søvn både før og etter innlæring har stor betydning (5). God nattesøvn er viktig for å kunne forstå og tilegne seg ny kunnskap, noe som gjerne ikke er overraskende. Er man trøtt og har underskudd av søvn, er det vanskelig å konsentrere seg. For mange er det nok mer overraskende at god søvn natten etter innlæringen også er viktig for hukommelsen. Men studier viser at god søvn etter innlæring er viktig for at de nye elementene skal feste seg til hukommelsen (3). Med tanke på hvor lite mange ungdommer sover i løpet av ukedagene, er det all grunn til bekymring.



SØVNTV: Mange vil heller være aktive på Facebook og andre sosiale medier enn å sove. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Elektroniske medier

Bruken av elektroniske medier, som for eksempel mobil, nettbrett og pc, har økt betraktelig de siste 10–15 årene. Og mange bruker slike medier også i sengen, etter sengetid. Flere undersøkelser viser at bruken av elektroniske medier er koplet til lang innsovningstid, kortere søvnlengde, søvnunderskudd og søvnproblemer (6, 7). Men det er viktig å påpeke at selv om økt bruk av elektroniske medier gir grunn til bekymring, er de ovennevnte undersøkelserne tverrsnittstudier, det vil si studier hvor data innhentes på et enkelt tidspunkt. Det betyr at det ikke går an å si noe sikkert om hva som gir hva. Altså: Er det bruk av elektroniske medier som forklarer søvnproblemer, eller er det søvnproblemer som forklarer økt bruk av elektroniske medier? For å kunne si noe sikkert om årsak og virkning må det gjøres undersøkelser som følger personer over tid, og slike undersøkelser er det få av. En slik studie fra Canada viste faktisk at søvnproblemer var koplet til framtidig bruk av elektroniske medier, mens bruk av elektroniske medier ikke var koplet til utvikling av søvnproblemer (8). Men det er all grunn til å advare mot overdreven bruk av elektroniske medier, spesielt sent om kvelden. Bruk av slike medier virker oppkvikkende, og det er jo ikke lurt når man skal sove. Samtidig vil jeg advare mot

«De er rett og slett ikke søvnige når kvelden kommer.»

å tro at søvnproblemer blant ungdom utelukkende skyldes bruk av mobil, nettbrett eller data. I populærpressen kan man få inntrykk av at noen tror søvnproblemene vil løses ved å kutte slike elektroniske medier. Men ungdom har sovet dårlig i alle år, også lenge før nettbrettet og smarttelefonene inntok markedet.

Hva er nok søvn?

Det er store forskjeller på hvor mye søvn vi trenger for å føle oss uthvilt. Det er derfor viktig ikke å vurdere søvnen utelukkende basert på antall timer vi sover. Søvnkvaliteten, det vil si mengden av den dype søvnen, er vel så viktig som antall timer. Er man uthvilt neste dag, har man fått tilstrekkelig med søvn – uavhengig av antall timer. Vi er forskjellige på mange måter, både når det gjelder høyde, vekt, utseende, og også når det gjelder behovet for søvn. Blant voksne ligger gjennomsnittet på rundt

7–7,5 timer med søvn per natt, og de aller fleste sover mellom seks og ni timer. Ungdom trenger mer søvn enn voksne, og studier peker på at søvnlengden bør være 8–10 timer i aldersgruppen 14–17 år (9). Tabell 1 viser nylig foreslåtte søvnlengder – både anbefalte og ikke anbefalte søvnlengder – i ulike aldersgrupper (9).

Søvnregulering

Søvnlengde og søvndybde reguleres av et samspill mellom døgnrytme (cirkadian faktor), søvnbehov (homeostatisk faktor) og atferdsfaktorer (10). Det er døgnrytmen (cirkadian faktor) som i hovedsak bestemmer hvor lenge man sover og hvor trøtt man er når man legger seg. Dette betyr at søvnlengden varierer betydelig etter når på døgnet man legger seg, nesten uavhengig av hvor lenge man har vært våken. Dette har nattarbeidere erfart. Den homeostatiske faktoren, som avhenger av antall timer man har vært våken, bestemmer hvor dypt man sover. Søvnbehovet bygger seg opp mens man er våken, og søvnen blir dypere jo lenger det er siden man sov sist. Samspillet mellom den homeostatiske og cirkadiane faktoren er derfor vesentlig for søvnen, og denne forståelsen benyttes i behandling av søvnlidelser. Atferdsfaktorer spiller imidlertid en avgjørende rolle for hvordan og når man sover. Midt på natten tilsier både den homeostatiske og den cirkadiane faktoren at man burde sove. Likevel klarer for eksempel en nattarbeider å holde seg våken ved hjelp av atferdsfaktorer, som for eksempel ved å drikke kaffe, øke belysningen, øke aktivitetsnivået og å samtale med andre. Mangel på atferdsfaktorer forklarer at enkelte kan sovne under en kjedelig forelesning i et mørkt rom klokken ni om formiddagen, selv om både den homeostatiske og den cirkadiane faktoren tilsier at det burde være lett å holde seg våken. Redusert stimulering av hjernen forklarer den uimotståelige trøttheten i slike situasjoner.

Nadir

Vi har alle et bunnpunkt i døgnrytmen (kalles nadir) rundt 1–2 timer før vi normalt våkner opp. Det betyr at hvis man vanligvis våkner opp i 7-tiden om morgenen, ligger bunnpunktet i døgnrytmen i 5–6-tiden (10). Dette er tidspunktet hvor det er vanskeligst å holde seg våken. Forståelsen av hvordan døgnrytmen fungerer, og betydningen av nadir, er avgjørende for å kunne behandle personer med døgnrytmeforstyrrelser.

Alder	Anbefalt søvn lengde	Ikke anbefalt søvn lengde
0-3 måneder	14-17 timer	Under 11 timer, over 19 timer
4-11 måneder	12-15 timer	Under 10 timer, over 18 timer
1-2 år	11-14 timer	Under 9 timer, over 16 timer
3-5 år	10-13 timer	Under 8 timer, over 14 timer
6-13 år	9-11 timer	Under 7 timer, over 12 timer
14-17 år	8-10 timer	Under 7 timer, over 11 timer
18-25 år	7-9 timer	Under 6 timer, over 11 timer
26-64 år	7-9 timer	Under 6 timer, over 10 timer
65 år og eldre	7-8 timer	Under 5 timer, over 9 timer

TABELL 1: Søvn lengder i ulike aldersgrupper.



Hvorfor sliter ungdommer med å våkne om morgenen?

Mange ungdommer er ekstremt trøtte om morgenen, og for noen er problemene så store at skolefraværet blir høyt. Senere skolestart har vært foreslått for å hjelpe trøtte ungdommer. En norsk studie viste at en time senere skolestart hver mandag ga mer søvn og bedre prestasjonsnivå enn skolestart klokken 8.30 (11). Men slike endringer i skolestart kan være vanskelig å få til. Jeg treffer ofte personer som hevder at ungdommene bare må legge seg tidligere, så ordner dette seg. Problemet er imidlertid at mange av ungdommene har prøvd det – uten hell. De er rett og slett ikke søvnige når kvelden kommer. Hvorfor er det slik? Og kan noe gjøres for å forebygge og behandle slike døgnrytme problemer?

Endring i puberteten

I puberteten skjer det mange endringer i kroppen. Én slik endring handler om døgnrytmen. I overgangen fra barn til ungdom forsinkes døgnrytmen slik at ungdommene føler seg mer våkne om kvelden (12). Søvnbehovet reduseres ikke, noe som betyr at de blir trøttere om morgenen og kan sove utover dagen hvis de ikke vekkes. Denne endringen er biologisk bestemt, og koplet til graden av pubertetsutvikling. Det betyr at døgnrytmen er mer forsinket hos en velutviklet 14-åring enn hos en 14-åring som er prepubertal. Ungdommer i puberteten blir med andre ord B-mennesker. Dette forklarer hvorfor ungdom ofte våkner til om kvelden og er stuptrøtte om morgenen. Noen hevder at problemet skyldes at ungdommen drikker koffein (cola, energidrikker, kaffe) og/eller bruker elektroniske medier om

kvelden. Det er klart at dette virker oppkvikkende og dermed kan påvirke innsøvningen. Men mye tyder på at biologien spiller en viktigere rolle og at mange ungdommer kun forsterker problemet med slik uheldig atferd. For de med mest forskyvning av døgnrytmen er det nødvendig med spesifikk døgnrytmebehandling. Og slik behandling er effektiv hos de aller fleste (13).

Biologisk klokke

Døgnrytmen styres av en kjerne i hjernen som heter nucleus suprachiasmaticus (vår biologiske klokke), og ved forsinket søvnfase ser det ut til at klokken følger en rytme på godt over 24 timer (14).

Lysbehandling

Søvn og døgnrytme påvirkes av lys. Når vi reiser over tidssoner, er det endringen i lys (og mørke) som forklarer at vi tilpasser oss en ny rytme. På samme måte kan vi benytte lys til å endre rytmen til ungdommer med forstyrret døgnrytme.

Lysets innvirkning på døgnrytmen er avhengig av når på døgnet man eksponeres. Hvis lyseksponeringen skjer på feil tidspunkt, vil døgnrytmeforstyrrelsen forverres. Bunnpunktet for døgnrytmen, nadir ligger som tidligere nevnt rundt 1–2 timer før normal oppvåkning. Det betyr at hvis du våkner klokken sju, er nadir i 5–6-tiden. For mange ungdommer er nadir mye senere, fordi de normalt våkner opp langt utpå dagen. Lys før nadir forskyver døgnrytmen til et senere tidspunkt, mens lys etter nadir har motsatt effekt. Hvis ungdommer med forsinket søvnfase eksponeres for sterkt lys tidlig om morgenen, vil det med stor sannsynlig-

het gjøre situasjonen verre. Korrekt behandling av forsinket søvnfase er derfor å la ungdommen sove til han/hun våkner av seg selv, for deretter å bli eksponert for sterkt lys umiddelbart (10). Deretter eksponeres ungdommen for lys 30–60 minutter tidligere fra dag til dag, inntil døgnrytmen er på plass. Ofte må ungdommene fortsette med lys i

«Søvnen blir dypere jo lenger det er siden man sov sist.»

lang tid for å unngå tilbakefall. Lyset som gis kan enten være dagslys eller fra lyskasser. Det er vanlig med 30 minutters eksponering daglig.

Melatonin

Hvis ikke lys hjelper, anbefales behandling med hormonet melatonin. Dette må forskrives av lege. Mange ungdommer med store døgnrytme problemer kan ha svært god effekt av lys og/eller melatonin. Jeg har gjentatte ganger opplevd at korrekt behandling gjør at ungdommen klarer å fullføre skolegangen.

Kan slike døgnrytme problemer forebygges?

Ja, jeg tror at problemene mange ungdommer opplever kan reduseres/forebygges ved å passe nøye på døgnrytmen ved inngangen til puberteten. Her følger slike råd:

- Stå opp til samme tid hver dag – også i helgene
- Bli eksponert for lys etter oppvåkning hver dag
- Unngå koffeinholdige drikker etter klokken 17
- Unngå å bruke elektroniske medier i timen før sengetid og i sengen
- Unngå mye lyseksponering om kvelden – bruk eventuelt solbriller
- Unngå å sove på dagtid

Jeg vil imidlertid understreke at hvis ungdommen først har utviklet alvorlig forsinket søvnfaselidelse, vil spesifikk døgnrytmebehandling med lys og/eller melatonin oftest være nødvendig (13). I slike tilfeller vil disse forebyggende rådene neppe være nok til å få døgnrytmen på plass.

Søvn sykdommer

Jeg har her fokusert på typiske søvnproblemer hos ungdommer – nemlig problemer med døgnrytmen.



Men ungdom kan også ha andre søvnlidelser, og en grundig utredning hos kompetent helsepersonell er nødvendig for å avdekke korrekt diagnose. Mange av søvnlidelsene kan diagnostiseres basert på en god anamnese. Jeg vil anbefale å benytte strukturerte og validerte spørreskjemaer. Ungdommen kan gjerne fylle ut disse før han/hun kommer til samtale. Eksempler på gode spørreskjemaer ligger på hjemmesidene til Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (www.sovno.no). I utredning og behandling av søvnforstyrrelser anbefales også å benytte søvndagbøker. Slike dagbøker kan skrives ut fra www.sovno.no ■

Referanser:

1. Saxvig IW, Pallesen S, Wilhelmsen-Langeland A, Molde H, Bjorvatn B. Prevalence and correlates of delayed sleep phase in high school students. *Sleep Med.* 2012;13:193-9.
2. Sivertsen B, Pallesen S, Stormark KM, Boe T, Lundervold AJ, Hysing M. Delayed sleep phase syndrome in adolescents: prevalence and correlates in a large population based study. *BMC Public Health.* 2013;13:1163.
3. Peigneux P, Leproult R. A. Physiological basis of sleep. 4. Theories on the functions of sleep. In: Bassetti C, Dogas Z, Peigneux P, editors. *ESRS European Sleep Medicine Textbook: European Sleep Research Society;* 2014. p. 39-48.
4. Owens J, Adolescent Sleep Working Group, Committee on Adolescence. Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. *Pediatrics.* 2014;134:e921-32.
5. Walker MP. Sleep, memory and emotion. *Prog Brain Res.* 2010;185: 49-68.
6. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Jakobsen R, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ Open.* 2015;5:e006748.
7. Fossum IN, Nordnes LT, Stormark SS, Bjorvatn B, Pallesen S. The association between use of electronic media in bed before going to sleep and insomnia symptoms, daytime sleepiness, morningness, and chronotype. *Behav Sleep Med.* 2014;12:343-57.
8. Tavernier R, Willoughby T. Sleep problems: predictor or outcome of media use among emerging adults at university? *J Sleep Res.* 2014;23:389-96.
9. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health.* 2015;1:40-3.
10. Bjorvatn B, Pallesen S. A practical approach to circadian rhythm sleep disorders. *Sleep Med Rev.* 2009;13:47-60.
11. Vedaa O, Saxvig IW, Wilhelmsen-Langeland A, Bjorvatn B, Pallesen S. School start time, sleepiness and functioning in Norwegian adolescents. *Scand J Educat Res.* 2012;56:55-67.
12. Carskadon MA. Sleep in adolescents: the perfect storm. *Pediatr Clin North Am.* 2011;58:637-47.
13. Saxvig IW, Wilhelmsen-Langeland A, Pallesen S, Vedaa O, Nordhus IH, Bjorvatn B. A randomized controlled trial with bright light and melatonin for delayed sleep phase disorder: effects on subjective and objective sleep. *Chronobiol Int.* 2014;31:72-86.
14. Micic G, Lovato N, Gradisar M, Ferguson SA, Burgess HJ, Lack LC. The etiology of delayed sleep phase disorder. *Sleep Med Rev.* 2016;27:29-38.

STÅ OPP: Forsinket døgnrytme kan føre til at ungdommen er stuptrøtt om morgenen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Loette 28 Pfizer Antikonsepsjonsmiddel. ATC-nr.: G03A A07

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

Indikasjoner: Antikonsepsjon. **Dosering:** Tablett 1-21 er aktive tabletter, mens tablett 22-28 er inaktive tabletter. Tablettene må tas i den rekkefølgen som er angitt på brettet. 1 tablett tas daglig i 21 påfølgende dager, etterfulgt av 7 dager med inaktive tabletter. I perioden med inaktive tabletter inntreffer en bortfallsblødning som starter 2-3 dager etter siste aktive tablett, og vil kunne være inntil neste brett påbegynnes. Oppstart: Ingen tidligere hormonell antikonsepsjonsbruk (i løpet av siste måned): Første tablett tas på dag 1 i kvinnens normale syklus. Det er mulig å starte på dag 2-7, men da anbefales tilleggsprevensjon (f.eks. kondom og sædregulerende midler) de 7 første dagene. Skifte fra et annet kombinasjonspreparat: Bruk av Loette 28 skal helst starte dagen etter siste aktive tablett i den foregående pakningen med kombinasjonspreparat, og ikke senere enn dagen etter den vanlige tablettperioden eller perioden med inaktive tabletter. Skifte fra et rent progestogenpreparat (minipille, progestogengeniokspiral/implantat, spirale): En kan når som helst skifte fra et minipille og begynne med Loette 28 neste dag. Bruk av Loette 28 bør starte dagen etter fjerning av implantat eller spirale, og ved bruk av injeksjon, dagen da neste injeksjon skal foretas. I alle disse situasjoner anbefales bruk av tilleggsprevensjon de 7 første dagene. Etter abort i 1. trimester: Medisineringen kan starte umiddelbart. Tilleggsprevensjon er ikke nødvendig. Etter fødsel eller abort i 2. trimester: Den umiddelbare postpartumperioden er assosiert med økt risiko for tromboemboli, og p-pillar skal ikke anvendes tidligere enn 28 dager etter fødsel hos ikke-ammende eller etter abort i 2. trimester. Tilleggsprevensjon anbefales de 7 første dagene. Dersom samlieh har funnet sted, må graviditet utelukkes før start med kombinasjonspreparat, eller en må vente på første menstruasjonsperiode. Effekten av p-pillene reduseres når aktive tabletter glemmes eller ved oppkast. Se pakningsveiledning. Utsatte menstruasjon: Fortsett med neste brett uten å ta de inaktive tablettene. Forsikelsen kan forregnes som ønsket, helt sluttet av det andre brettet. Gjennombrudd eller sporblødning kan oppstå. Vanlig dysmenoré (nåværende eller tidligere), kjent eller mistenkt graviditet, overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Dersom noen av disse tilstandene oppstår før eller under behandlingen skal den avsluttes omgående. **Forsiktighetsregler:** Før behandling inntas første gang oppnevnt skal det tas opp fullstendig anamnese inkl. familieanamnese, blodtrykkmåling og legundersøkelse mht. kontraindikasjoner og advarsler. Graviditet må utelukkes. Ved normale vaginalblødninger skal kreft utelukkes. Kvinner fra familier med økt forekomst av brystkreft, eller som har benigne brystkrukker, må følges opp spesielt nøye. Dersom noen av forholdene/risikofaktorene nevnt nedenfor er til stede, bør fordelene ved bruk veies opp mot mulig risiko. Dersom noen av forholdene/risikofaktorene forverres eller opptrer for første gang ved bruk av p-pille, bør seponering vurderes. Sirkulatoriske sykdommer: Kombinasjons-p-pillar gir økt risiko for venøs og arteriell trombose og tromboemboliske hendelser inkl. hjerteinfarkt og cerebrovaskulære hendelser (iskemi, blødningsslag, transitorisk iskemisk anfall). En østrogen/progestagenkombinasjon som inneholder minst mulig østrogen og progestagen, som som likevel er sikker og moter pasientens behov, bør velges. Kombinasjons-p-pillar gir økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE) og risikoen er størst i behandlingsstart. Forekomsten av VTE ved bruk av p-pillar med lavt østrogeninnhold (<50 µg etinyløstradiol) varierer med ca. 20-40 tilfeller pr. 100 000 kvinner/år, uavhengig av progestagentype, sammenlignet med 5-10 tilfeller pr. 100 000 kvinner hos ikke-brukere og 60 tilfeller pr. 100 000 svangerskap. VTE er dødelig i 1-2% tilfellene. For kombinasjons-p-pillar med levonorgestrel og <50 µg etinyløstradiol er hyppigheten av venøse trombotiske og tromboemboliske hendelser omtrent 20 tilfeller pr. 100 000 kvinner. Den samlede absolute risikoen (insidensen) av VTE for levonorgestrel-inneholdende p-pillar med 30 µg etinyløstradiol er omtrent 20 tilfeller pr. 100 000 kvinner. Tromber i andre blodårer, f.eks. i hepatiske, mesenteriske, renale, retinale vener eller arterier, er rapportert svært sjelden. Ved tegn på emboli under behandlingen skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Risikofaktorer for venøse tromboemboliske komplikasjoner: Økt alder, positiv familiehistorie (VTE hos søsken eller foreldre i relativt ung alder). Ved mistanke om arvelig predisposisjon, må kvinnen henvises til spesialist før det bestemmes om hun kan bruke en kombinasjons-p-pille. Forelengt immobilisering, store kirurgiske inngrep, kirurgiske inngrep i beina eller alvorlige skader. I slike tilfeller anbefales seponering (ved elektiv kirurgi 24 uker før) og oppstart tidligst 2 uker etter fullstendig rehabilisering. Fedme (BMI >30 kg/m²). Risikofaktorer for arterielle tromboemboliske komplikasjoner eller cerebrovaskulære sykdommer: Økt alder, røyking (viktigere enn røyking og økende alder), høyt blodtrykk, ved ≥15 sigaretter/dag og hos kvinner >35 år), dyslipoproteinemi, hypertensjon, migræne, valvulær hjertesykdom, atrieflimmer. Andre medisinske tilstander som har vært assosiert med karkomplikasjoner omfatter diabetes mellitus, systemisk lupus erythematosus (SLE), hemolytisk uremisk syndrom, kronisk inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt) og gallesteinaleni. Kvinner med migræne (spesielt migræne med aura) som bruker kombinasjons-p-pillar kan ha økt risiko for slag. Økt hyppighet og alvorlighetsgrad av migræne kan være grunn til umiddelbar seponering. Ved tilbakevendende, vedvarende eller alvorlig hodpine med annet forløp skal p-pillar seponeres og årsaken vurderes. Biokjemiske faktorer som kan indikere predisposisjon for venøs eller arteriell trombose (arvelig eller ervervet) inkl. aktivert protein C (APC)-resistens, hyperhomocysteinemi, antitrombin-III-mangel, protein C-mangel, protein S-mangel, antifosfolipid antistoffer (antikardiolipin antistoffer, lupus antikoagulant). Sigarettøyking øker risikoen for alvorlige kardiovaskulære bivirkninger. Tumor-er: Langtidsbruk av kombinasjons-p-pillar øker risiko for livmorhalskreft. Adekvate diagnostiske tiltak er indisert i tilfeller av udiagnostisert abnormal underlivsblødning. Noe økt relativ risiko (RR = 1,24) for brystkreft. Risikoen forsvinner gradvis i løpet av 10 år etter avsluttet bruk. Godartede levertumorer er sjelden, og enda sjeldnere ondartede levertumorer. I isolerte tilfeller har disse tumorene ført til livstruende intraabdominale blødninger. En lever tumor må vurderes som differensialdiagnose ved sterke smerter i øvre abdomen, forstørrelse av leveren eller tegn på intraabdominal blødning. Ved mistanke skal preparatet seponeres og pasienten undersøkes nøye. Lipidforstyrrelser: Kvinner som behandles for hyperlipidemi skal følges tett. Ikke-hormonell prevensjon bør vurderes ved ukontrollert dyslipidemi. Vedvarende hypertriglyseridemi kan forekomme. Hypertriglyseridemi, eller familier historie for dette, kan gi økt risiko for pankreatitt. Hypertensjon: Ved hypertensjon eller tidligere hypertensjon/hypertensjonsrelaterte lidelser (inkl. visse nyrelidelser) bør annen prevensjonsmetode velges. Behandlingen bør avbrytes umiddelbart ved klinisk relevant blodtrykkstigning (forekommer sjelden). Hvis konstant økt blodtrykk eller en klinisk signifikant blodtrykkstigning ikke responderer adekvat på blodtrykkssenkende behandling, må kombinasjons-p-pillar seponeres. Der det vurderes som egnet, kan bruk av kombinasjons-p-pillar gjennopptas hvis normotensive verdier kan oppnås med hypertensjonsbehandling. Leverfunksjon: Ved akutt eller kronisk forstyrrelse av leverfunksjon kan det vurderes å avbryte behandlingen inntil leverfunksjonsverdiene er normale. Steroide hormoner: Metabolisme hos pasienter med alvorlig leverfunksjon. Ved tilkallefall av kolestatisk gulsott og/eller kolestase-relatert prurit som tidligere har forekommet under graviditet eller ved tidligere bruk av kjønnsormoner, må kombinasjons-p-pillar seponeres. Effekter på karbohydratmetabolisme: Glukoseintoleranse er rapportert. Kvinner med diabetes eller nedsatt glukoseintoleranse skal følges nøye. Andre tilstander: Følgende tilstander kan forekomme eller forverres: Gulsott og/eller prurit relatert til kolestase, gallesteiner, porfyri, systemisk lupus erythematosus, hemolytisk uremisk syndrom, Sydenhams chorea, herpes gestationis, otosklerose-relatert hørselstap. Eksogene østrogener kan indusere eller forverre symptomer på angioødem hos kvinner med arvelig angioødem. Forverring av endogen depresjon, epilepsi, Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt er rapportert. Pasienter som blir klart deprimert når de tar p-pillar, kan det være å forsøke å kartlegge om symptomene er relatert til medikamentet, seponere preparatet og benytte en annen prevensjonsmetode midlertidig. Ved tidligere depresjon kreves nøye observasjon, og preparatet skal seponeres dersom det utvikles alvorlig depresjon. Kløasme kan forekomme, særlig ved tidligere chloasma gravidarum. Ved kløasmeledensens bør sollys og ultrafiolett stråling unngås. Tilfeller av retinal vaskulær trombose er rapportert. P-pillar må seponeres dersom det forekommer uforklarlige delvis eller fullstendige synsforskyrninger, protose eller dobbeltsyn, papilledem, eller skader i retina-vaskulaturen. Inneholder laktose, og dette bør tas hensyn til ved sjeldne, arvelige problemer med galaktoseintoleranse, lapp-laktosemangel, glukose-galaktosemalabsorpsjon, og hos pasienter med et laktosefritt kosthold. Kvinner bør in-

formeres om at p-pillar ikke beskytter mot hiv-infeksjoner (aids) og andre seksuell overførbare sykdommer. Redusert sykluskontroll: Uregelmessige blødninger kan forekomme, spesielt de første behandlingsmånedene. Dersom disse vedvarer etter en tilvsningsperiode på ca. 3 sykler, eller inntreffer tidligere regelmessige sykler, bør ikke-hormonelle årsaker vurderes, og maligntetter eller graviditet utelukkes. Enkelte får ikke bortfallsblødning i løpet av det tablettfrie intervallet. Dersom p-pillen ikke er inntatt iht. retningsskjema i forkant av en utblitt blødning, eller dersom 2 bortfallsblødninger er utblitt, må graviditet utelukkes før bruk kan fortsette. Noen kan oppleve post-pille amenoré (muligens med anovulasjon) eller oligomenoré, spesielt dersom de har hatt slike tilstander tidligere. Kvinner med slike problemer på forhånd, bør informeres om denne muligheten. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se G03A A07. Interaksjoner med andre legemidler kan gi gjennombruddsblødninger eller redusert effekt. Ved bruk av legemidler som kan gi redusert effekt, bør en barriere-metode eller annen prevensjonsmetode midlertidig brukes i tillegg. Bruk av ikke-hormonell prevensjonsmetode anbefales i tillegg i minst 7 dager etter seponering av substansen som kan gi redusert plasmakonsentrasjon av etinyløstradiol. Ved bruk av leverenzyminduserende midler, må barriere-metode brukes hele tiden ved samtidig behandling, og i 28 dager etter seponering. Ved langvarig bruk av slike substanser bør ikke kombinasjons-p-pillar anvendes som primær prevensjon. En barriere-metode bør brukes under behandling med antibiotika og i inntil 7 dager etter avsluttet behandling (for rifamycin og griseofulvin følges ovennevnte anbefalinger for leverenzyminduserende legemidler). Dersom behandling direkte fortsetter etter at de aktive tablettene er brukt, skal de inaktive tablettene kasseres og man starter på neste brett. Levermetabolisme: Interaksjoner kan forekomme med legemidler som induserer mikrosomale leverenzym (f.eks. fenytoin, barbiturater, primidon, karbamazepin, rifampin, rifabutin og muligens okskarbazepin, topiramal, felbamal, griseofulvin og naturlige og syntetiske steroider (hypericum perforatum)), og kan føre til økt clearance av kjønnsormoner. Johanniskrusurt kan indusere enzymer som teoretisk reduserer effekten av p-pillene, og gjennombruddsblødninger er rapportert ved samtidig bruk. Ikke-hormonell tilleggsprevensjon anbefales ved samtidig bruk. HIV-protasehemmere (f.eks. ritonavir), ikke-nukleosid revers transkriptasehemmere (f.eks. nevirapin) og kombinasjoner av dem, kan potensielt øke hepatisk metabolisme. Roxostatatin kan øke serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Legemidler som opptrer som kompetitive inhibitor for sulfonering i GI-veggen kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol, f.eks. askorbinsyre (C-vitamin) og paracetamol. Substanser som hemmer CYP 3A4 isoenzymer (f.eks. indinavir, flukonazol og troleandomycin) kan øke biotilgjengeligheten av etinyløstradiol. Enterohæpatisk sirkulasjon: Enterohæpatisk sirkulasjon av østrogen kan avta når visse antibiotika (f.eks. penicilliner, tetrasykliner) gis samtidig, noe som kan redusere serumkonsentrasjonen av etinyløstradiol. Troleandomycin kan øke risikoen for intrahepatisk kolestase ved samtidig bruk av kombinasjons-p-pillar. Påvirkning av metabolismen av andre medikamenter: Kombinasjons-p-pillar kan påvirke metabolismen av visse andre legemidler ved å inhibere hepatiske enzymer eller indusere hepatisk medikament-konjugering, spesielt glukuronidering. Økt plasmakonsentrasjon av klozapin er rapportert ved samtidig bruk av kombinasjons-p-pillar hos pasienter som tar klozapin. Interaksjoner med lamotrigin, som har ført til subterapeutiske plasmakonsentrasjoner av lamotrigin. Interaksjoner med absorpsjon: Diaré kan øke tarmmotiliteten og dermed redusere hormonabsorpsjonen, mens legemidler som reduserer tarmoverføringstiden kan redusere hormonkonsentrasjonene i blodet. Kombinasjons-p-pillar kan øke risikoen for galaktoré hos pasienter som behandles med funarizin. Forskrivningsinformasjonen for legemidler som brukes samtidig skal konsulteres for å identifisere mulige interaksjoner. **Graviditet/Amning:** Se Kontraindikasjoner. Overgang i placenta: Må ikke brukes under graviditet. Dersom graviditet inntreffer skal behandlingen avsluttes umiddelbart. Epidemiologiske studier har ikke vist økt risiko for fødselsdefekter hos barn født av kvinner som brukte kombinasjons-p-pillar før graviditeten, eller teratogen effekt ved utsettelse inntatt tidlig i graviditeten. Overgang i morsmelk: Kombinasjons-p-pillar kan redusere mengden av og andre sammensetningen på melken. Bruk anbefales vanligvis ikke før kvinnen har sluttet å amme. Små mengder med antikonsepsjonssteroider og/eller deres metabolitter kan utskilles i melken og påvirke barnet. **Bivirkninger:** Svært vanlige (≥1/10); Gjennomsnittlig/bryst: Gjennombruddsblødning/sporblødning. Nevrologiske: Hodpine, ikke migræne. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme, magesmerter. Hud: Akne. Infeksjoner: Vaginitis, inkl. candidiasis. Kjønnsorganer/bryst: Brystsmerter, ømme bryst, dysmenoré, endret menstruasjonsmengde, cervix-ektopi og sekresjon, amenoré. Nevrologiske: Angst, svimmelhet. Psykiske: Stemningsforandringer inkl. depresjon. Undersøkelser: Vektforandring (økning eller reduksjon), Øvrige: Væskeretensjon, ødemer. Mindre vanlige (1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré, magekramper, oppblåst mage, oppkast. Hud: Utsettelse, kløasme (melasma), som kan være vedvarende, hirsutisme, hårt utfall, urticaria, kløe. Kjønnsorganer/bryst: Forstørrede bryste. Psykiske: Redusert libido. Stoffskifte/ernæring: Endret appetitt (økning eller reduksjon). Undersøkelser: Blodtrykkstigning, forandring i serumlipidnivå, inkl. hypertriglyseridemi. Sjeldne (1/10 000 til <1/1000); Hud: Erythema nodosum, erythema multiforme. Immunsystem: Overfølsomhetsreaksjoner, anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner inkl. svært sjeldne tilfeller av urticaria, angioødem og alvorlige reaksjoner med respiratoriske og sirkulatoriske symptomer. Kjønnsorganer/bryst: Vaginal sekresjon, sekresjon fra brystene. Lever/galle: Kolestatisk gulsott. Psykiske: Økt libido. Stoffskifte/ernæring: Glukoseintoleranse. Undersøkelser: Reduksjon i serumvæver av folat (kan være klinisk signifikant dersom kvinnen ber gravid etter seponering av p-pillar) Øye: Intoleranse for kontaktlinser. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Gastrointestinale: Pankreatitt, inflammatorisk tarmsykdom (Crohns sykdom), ulcerøs kolitt), iskemisk kolitt. Hjerte/kar: Forverring av karskade vev. Immunsystem: Forverring av systemisk lupus erythematosus. Lever/galle: Sykdom i gallegårene, inkl. gallestein (kan forverre eksisterende gallegårelidelser og kan fremskynde utviklingen av gallegårelidelser hos symptomfrie kvinner), leveradenom, hepatocellulær skade (f.eks. hepatitt, unormal leverfunksjon). Nevrologiske: Forverring av chorea. Nyrer/urinveier: Hemolytisk uremisk syndrom. Stoffskifte/ernæring: Forverring av porfyri. Svulster/cyster: Hepatocellulære karsinomer. Øye: Optikusnevritt, som kan føre til delvis eller fullstendig synstap, retinal vaskulær trombose. Alvorlige bivirkninger sett for kombinasjons-p-pillar: Venøs og arteriell tromboembolisk sykdom, hypertensjon, herpes gestationis, Sydenhams chorea. Frekvensen av diagnostiserte brystkrefttilfeller er lettere økt blant p-pille-brukere. Økningen i antall er liten i forhold til den totale risikoen for å få brystkreft. Årsakssammenheng med bruk av kombinasjons-p-pillar er ukjent. **Overdosering/Forgiftning:** Det er ikke rapportert om alvorlige skadelige effekter av overdose. Symptomer: Kvalme, oppkast, brysttømh, svimmelhet, buksmerter, tretthet/uttømmelse. Små vaginalblødninger hos unge jenter. Blødninger ved seponering kan forekomme. Behandling: Intet spesifikt antidot. Symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonen anbefalinger G03A. **Egenskaper:** Klassifisering: Antikonsepsiv. P-pille av kombinasjonstypen. Virkningssmekanisme: Hemmer effekten av gonadotropiner. Hovedmekanismen for denne effekten er inhibisjon av ovulasjonen, men andre endringer som inntreffer omfatter endringer i cervix-slimhinne (hemmer spermienes evne til å nå inn til livmoren) og endringer i endometriet (reduserer sannsynligheten for implantasjon). Levonorgestrel/etinyløstradiol har vist å kunne redusere mengden av sirkulerende androgener og fritt testosteron (22% reduksjon fra baseline), ved å øke mengden av «sex hormone binding globulin» (SHBG; +48%). Det er vist 35% reduksjon av det totale antall akne-lesjoner i ansiktet ved bruk av lavdose p-pillar (100 µg levonorgestrel/20 µg etinyløstradiol). Absorpsjon: Levonorgestrel blir raske og fullstendig absorbert. Biotilgjengelighet ca. 100%. Etinyløstradiol blir raske og nesten fullstendig absorbert fra mage-tarmkanalen, men gir i serum first-pass-metabolisme i tarm og lever, er biotilgjengeligheten 38-48%. Proteinbinding: Levonorgestrel er i en gram primært bundet til SHBG. Etinyløstradiol er i plasma 97% bundet til albumin. Etinyløstradiol bindes ikke til SHBG, men induserer SHBG-syntese. Halveringstid: Levonorgestrel: Ved steady state ca. 36±13 timer. Etinyløstradiol: Ca. 18±4,7 timer. Metabolisme: Levonorgestrel: Den viktigste metabolismeveien går via reduksjon, fulgt av konjugasjon. De fleste metabolitter som sirkulerer i blod er sulfater av 3α,5α-tetrahydrolevonorgestrel, mens sekresjon for det meste foregår i form av glukuronider. Noe uforandret levonorgestrel sirkulerer også som 17β-sulfat. Etinyløstradiol: 2-hydrokseystradiol blir videre omdannet ved metylering og glukuronidering, før den utskilles. Utskillelse: Levonorgestrel og dets metabolitter blir primært utskilt i urin (40-68%) og ca. 16-48% blir utskilt i feces. Etinyløstradiol: Ca. 40% utskilles via urin, og ca. 60% blir utskilt i feces. Andre opplysninger: Laboratorieundersøkelser: Bruk av antikonsepsjonssteroider kan påvirke resultatet av visse laboratorieundersøkelser, inkl. biokjemiske parametre for leverfunksjon, skjoldkirtelfunksjon, binyre- og nyrefunksjon, plasmainværet for (transport-)proteiner, f.eks. kortikosteroidbinding globulin og lipid/lipoprotein-fraksjoner og parametre for karbohydratmetabolisme, koagulasjon og fibrinolyse. Endringer ligger vanligvis innenfor normalområdet. **Pris og pakning:** Loette 28, TABLETTER, filmrasjerte 3 × 28 stk. (kalenderpak.) k 211,90 (trinnspris 112,30).

Sist endret: 12.06.2012



Loette har fått ny pris

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

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

Tryggere bruk av p-piller

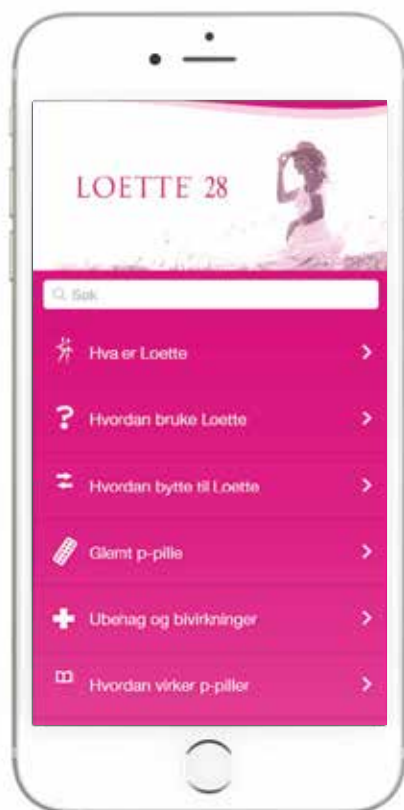
Alle p-piller av kombinasjonstypen gir en liten økning i risiko for blodpropp, og noen kvinner bør velge annen prevensjon.

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

Ref.: Statens legemiddelverk

Nyttig informasjon om Loette på din mobil

Last ned!



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

LOETTE[®]
LOETTE 28 28x28x112



STØTTE: Samtaler med helsesøster kan motivere elever til å gjøre en bedre innsats på skolen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Tett oppfølging gir økt gjennomføring

Styrking av skolehelsetjenesten i Skien har ført til at flere elever har gjennomført videregående skole.

Norge i dag er det nokså mange unge som begynner på sin videregående opplæring som ikke gjennomfører denne på normert tid. Tall fra utdanningsforbundet viser at kun 57 % av elevene her til lands gjennomfører til normert tid. Tallet øker til 72 % etter ytterligere to år, så en del bruker noe lengre tid på å fullføre sin videregående opplæring (<https://www.utdanningsforbundet.no/Hovedmeny/Vi-mener/Frafall-i-videregaende/>).

I Skien er det fire videregående skoler med et relevanttall på om lag 2800 totalt. To av disse skolenene er delt i to avdelinger, slik at i prinsippet har helsesøstrene seks ulike arbeidssteder å forholde seg til. Helsesøsterressursen i videregående skole er 65 % stilling per skole, uavhengig av elevtall og om

det er en skole lokalisert til en eller to avdelinger. Unntaket er Toppidrettsgymnaset som hadde 15 % stilling med bakgrunn i lavt elevtall kontra de øvrige videregående skolene. Dermed er tilstedeværelsen av helsesøster kun på halvparten av anbefalt norm for videregående skole.

Skolehelsetjenesten i Skien kommune søkte derfor skoleåret 2014/2015 om prosjektmidler fra helsedirektoratet for å kunne styrke skolehelsetjenesten i videregående skole. Minstenormen anbefalt av LAH for videregående skole er 100 % helsesøsterressurs per 800 elever. Vi ønsket å øke helsesøsters tilstedeværelse ute i skolen og dermed også øke muligheten til å kunne følge opp flere elever tettere enn tidligere. Håpet var at denne oppfølgingen ville

Av **Linda Follaug**, Helse-søster Skien kommune

resultere i økt gjennomføring. Midlene ble brukt til å øke helsesøsters tilstedeværelse på hver skole og avdeling. Dette ble gjort ved at samtlige skoler fikk økt tilstedeværelse av helsesøster med en ekstra dag per uke. Slik ble tilstedeværelsen 85 % per skole. Toppidrett økte til 35 % stilling. Tilskuddsmidlene ga dermed en samlet styrking av ressursene i vgs på 115 % stilling. Dekningen økte med dette til 88 % av anbefalt minimumsnormering.

I tillegg var det ett mål å styrke samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste, PPT og foresatte. Dette ble blant annet gjort ved å gjennomføre faste tverrfaglige møter med PPT på den enkelte skole, helsesøster og skolens elevtjeneste der dette ikke allerede var etablert fra før.

Planlegging og rekruttering

Målet med prosjektet var at de elever helsesøster i samarbeid med skole, PPT og foresatte fulgte opp gjennomførte skoleåret. Dette målet samsvarer med hovedmålet i Strategiplanen for kommunalområdet Oppvekst i Skien kommune som sier at innen 2023 skal 90 % av alle elever ha fullført videregående skole på normert tid.

Det ble utarbeidet statistikkskjema for å kunne dokumentere antall elever som det ble jobbet tett med, hvilke samarbeidspartnere skolehelsetjenesten etablerte kontakt med, hvorvidt kontakt med foresatte ble etablert, samt om eleven gjennomførte skoleåret sitt.

Det ble videre etablert faste overgangsmøter for skolehelsetjenesten i ungdomsskolen og videregående skole. På disse møtene deltok også helsesøster på voksenopplæringen i forhold til elever som skulle fra voksenopplæringen og over i videregående skole. På overgangsmøtene ble helsesøster informert om elever fra ungdomsskolen/voksenopplæringen som ønsket kontakt med skolehelsetjenesten også når de begynte på videregående. Slik sikret vi at elevene fikk tidlig kontakt med helsesøster på sin videregående skole når de begynte der. Dette ble gjort ved at vi sendte en timeinnkallelse på SMS til eleven i løpet av august og september. Ellers var elevene som ble tett fulgt opp elever som enten oppsøkte helsesøster selv, som ble henvist skolehelsetjenesten fra skole ved enten lærer, rådgiver eller rektor, elever drøftet i tverrfaglige samarbeidsmøter på skolen, elever hvor foresatte etablerte kontakt med helsesøster eller hvor andre instanser som fastlege, barnevern, 2. linjetjenesten og politi har etablert kontakten.

Gjennomføring

Det ble på de skolene og avdelingene som manglet faste tverrfaglige møter mellom helsesøster, skole, PPT og elevtjenesten ved skolen etablert dette. Hyppigheten på møtene har variert noe fra skole til skole, men mange praktiserer ukentlige møter. Skolehelsetjenesten opplever disse møtene som svært nyttige. Her kan man diskutere muligheter og fordele arbeidsoppgaver slik at det tverrfaglige samarbeidet rundt eleven flyter så godt som mulig.

Elevene ble så fulgt opp jevnlig gjennom hele skoleåret med flere samtaler hos helsesøster, noen elever med mange og ukentlige samtaler, andre sjeldnere avhengig av behovet. Det kunne dreie seg om støttesamtaler, motivasjonssamtaler eller samtaler rundt hvordan ting rent praktisk kunne løses enten på skolen eller hjemme. Det er blitt etablert ansvarsgrupper og samarbeidsmøter med flere instanser rundt den enkelte elev der dette har vært hensiktsmessig. Andre instanser som det ble etablert samarbeid med var Helsestasjon for ungdom enten ved helsesøster eller psykolog, BUP, DPS, fastlege, Politi, konfliktråd, barnevern, PPT, verge, koordinator av individuell plan, NAV, Aleris med flere.

Resultater

Totalt ble 155 elever fordelt på alle de ulike skolene og avdelingene fulgt tett opp skoleåret 2014/2015 gjennom prosjektet styrking av skolehelsetjenesten. Av disse gjennomførte 141 elever skoleåret. Det gir en gjennomføringsprosent på nærmere 91%. Det betyr at svært mange av de elevene helsesøster

«Flere enn nødvendig dropper ut av skolen.»

fulgte opp i samarbeid med skole og foresatte på grunn av store sammensatte vansker faktisk klarte å fortsette å gå på skolen. For veldig mange ungdommer som sliter i livet sitt er nettopp skolen en av de aller viktigste friskfaktorene de har. Å gå på skolen gir økt følelse av normalitet og nettopp det er viktig for ungdom. Helsesøster mener at dersom ungdom med utfordringer blir fulgt tett opp tverrfaglig så tidlig som mulig, ville flere klare å fullføre VGS på normert tid. For å få til et slikt tverrfaglig samarbeid er det viktig med klare retningslinjer i skolen for oppfølging av elever med økt fravær, hvor helsesøster blir brukt som en ressurs slik at frafall om mulig kan forebygges. I mange elevsaker opplever



GOD FØLELSE: Å gå på skolen gir en økt følelse av normalitet og det er viktig for ungdom. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

helsesøster å først bli involvert i saken når fraværet har vokst seg svært stort. Da kan det for noen elever allerede være for sent.

Erfaringen ble som tallene viser at dersom vi kom tidlig inn med tett oppfølging var sjansen større for at eleven klarte å gjennomføre sitt påbegynte skoleår.

Forlengelse av prosjektet

Prosjektet var skoleåret 2014/2015 så vellykket at det ble søkt på nytt om nye midler fra helsedirektoratet skoleåret 2015/2016 for å forlenge prosjektet. Vi ønsket nå i tillegg til tett oppfølging også å se nærmere på om det var elever vi hadde fulgt opp skoleåret 2014/2015 som hadde behov for videre oppfølging skoleåret 2015/2016. Vi ønsket å se på hvor mange nye elever som trengte oppfølging samt hvor mange elever det dreide seg om som trengte fortsatt oppfølging etter første året. Ikke minst var vi spente på hvordan gjennomføringsprosenten kom ut etter enda ett år med prosjekt.

Skoleåret 2015/2016 ble totalt 176 elever fulgt opp med jevnlig samtaler hos helsesøster og tett tverrfaglig samarbeid gjennom prosjektet styrking av skolehelsetjenesten. 23 av disse var elever som ble overført fra skoleåret 2014/2015. Det betyr at det var 153 nye elever i prosjektet 2015/2016.

I 71 av sakene samarbeidet helsesøster tett med elevens foresatte. Det ble etablert samarbeid med skolen i 136 saker, og med andre instanser i 79 av sakene. Resultatet er at av disse 176 elevene har 146 elever fullført skoleåret. Det betyr at om lag 83 % fullførte skoleåret sitt. Det gir en nedgang i gjen-

nomføringsprosenten fra skoleåret før på nesten 8 %. Trolig ligger noe av forklaringen på dette i at helsesøster opplever å først bli kjent med eleven når fraværet har vokst seg svært stort. Da kan elevens psykososiale utfordringer ha rukket å bli så vidt store at fraværet gjør sitt til at det kan være vanskelig for eleven å få tilstrekkelig vurderingsgrunnlag. Det kan da også være vanskelig å motivere eleven for videre skolegang ettersom størsteparten av dette fraværet vil bli stående på et eventuelt vitnemål. Det er også i flere av sakene kommet fram informasjon om feilvalg av skole – at eleven ønsker ett annet utdanningsløp enn det som er tilbudt og dermed avslutter påbegynt utdanning. Enkelte elever har en livssituasjon som er lite forenlig med skolegang, hvor det avdekkes et omfattende rusmisbruk som umuliggjør en gjennomføring. I prosjektet har vi ikke gjort noe skille på årsaken til frafall, vi har kun sett på antall elever fulgt opp som ikke gjennomfører påbegynt skolegang.

Vi ser at på skoler med høy grad av fagutdanning er frafallet høyere enn på skoler med idrettslinjer og allmennfag.

Tanker om prosjektet etter gjennomføringen

Skien kommune har satt seg ett strategisk mål om at 90 % av elevene i videregående skole skal gjennomføre påbegynt skolegang innen år 2023. Skoleåret 2014/2015 nådde skolehelsetjenesten dette målet gjennom prosjekt styrking av skolehelsetjenesten. Skoleåret 2015/2016 var resultatet på 83 %, og også godt i riktig retning i forhold til å nå målet. Skolehelsetjenesten er av den formening at dersom man skal ha noen mulighet til å oppnå gjennomføring på 90 %, må det jobbes målrettet med å støtte opp om og hjelpe elever som sliter med skolegangen sin og som av ulike grunner har utfordringer i eget liv. Det er viktig at skolehelsetjenesten har nok ressurser til å gjennomføre tett og tverrfaglig oppfølging. Med den grunnbemanningen som vi i utgangspunktet har i kommunen i videregående skole, vil ikke helsesøster kunne følge opp like mange elever som vi har fått fulgt opp ved hjelp av prosjektmidler. Dette til tross for at alle videregående skoler i Skien fra neste skoleår har fått tilført 20 % ekstra stilling på hver skole.

Om når vi ser at det faktisk er en del elever som klarer seg gjennom skoleåret med ekstra støtte og tilrettelegging gjennom ett tverrfaglig samarbeid, er det jo trist om flere enn hva som er strengt tatt nødvendig dropper ut av skolen. Det er det jo ingen som er tjent med. Aller minst ungdommen selv. ■



Hjelp til barn som tisser i sengen

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

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

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

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

DryNites® finnes hos apotek- og bandasjist-forretninger og i bleieavdelingen i din lokale dagligvarebutikk.



DryNites®

Bestill en gratis prøve på www.drynites.no

Hva spør foreldrene legen om?



Denne artikkelen tar for seg en undersøkelsen som beskriver hvilke og hvor mange spørsmål foreldre stiller helsestasjonslegen under rutinekontroller.

Innledning

Helsestasjonstilbudet er i henhold til kommunehelsetjenesteloven lovpålagt som et ledd i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunen. Tjenesten er regulert av forskrifter, veiledere, utredninger og rundskriv. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten omfatter svangerskapsomsorg, helsestasjon for barn 0–5 år, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Helsesøstertjenesten er grunnpilaren for barnekontrollene, mens legene gjerne engasjeres til somatiske vurderinger ved spesifikke alderskontroller. Det er utgitt en egen praktisk håndbok til støtte for legenes helsestasjonsarbeid (1). Selv om det bare foreligger noen få enkeltstudier som har evaluert deler av helsestasjonsvirksomheten (2,3),

er den i større grad basert på erfaring enn forskning (4). Spesielle forhold eller bekymringer som foreldre tar opp ved kontrollene, skal dokumenteres i journalen (5). Den aktuelle undersøkelsen har hatt som formål å kartlegge og beskrive legens helsestasjonsvirksomhet, og særlig spørsmål som foreldrene stiller.

Materiale og metode

Den aktuelle undersøkelsen ble utført ved Grünerløkka helsestasjon, som er den eneste helsestasjonen i Grünerløkka bydel i Oslo. I 2015 var det 56 283 personer i bydelen, hvorav 64,8 prosent var av norsk opphav. Det var totalt 4170 barn i alder 0–5 år (6). Antall barn som møtte opp til helsestasjons-

Bakgrunn: Hovedfokus ved helsestasjonsundersøkelsene er ikke nødvendigvis å påvise somatisk sykdom. Vel så viktig er det å trygge foreldrene, hvor legen og helsesøster med hver sin bakgrunn utfyller hverandre. Studien har som formål å kartlegge og beskrive legens helsestasjonsvirksomhet, særlig spørsmål som foreldrene stiller.

Materiale og metode: Vi har evaluert spørsmålene som foreldrene stilte ved 432 fortløpende legekontroller ved Grünerløkka helsestasjon.

Resultater: Hos 129 barn fulgte begge foreldre (29,9 %), mens mor eller far møtte alene med barnet hos henholdsvis 258 (59,7 %) og 45 (10,4 %) av tilfellene. Totalt fulgte mor og

far henholdsvis 387 (89,5 %) og 174 (40,2 %) av gangene. Ved 112 av konsultasjonene hadde foreldrene ingen spørsmål. Det ble stilt totalt 553 spørsmål som i snitt utgjorde 1,28 spørsmål per konsultasjon. Legen påpekte 52 forhold hos 51 barn (11,8 % av barna).

Fortolkning: Det var signifikant flere spørsmål ved 6-ukersalder sammenliknet med 1-årsalder. Det ble påvist en omvendt korrelasjon mellom antall spørsmål og antall søsken. Det var flere spørsmål når begge foreldre var med, sammenliknet med om en av foreldrene fulgte. Antall spørsmål og den store variabiliteten i spørsmålene fra foreldrene tyder på at lege-konsultasjonene er meningsfylte både for foreldre og lege.

Av **Stephanie Knudtson**, medisinstudent ved Det medisinske fakultet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Jørgen Knudtson, spesialist i barnesykdommer og allmenntillegge ved Grünerløkka helsestasjon



VIKTIG MØTE: Antall spørsmål og den store variasjonen i spørsmålene fra foreldrene tyder på at legekonsultasjonene er meningsfylte både for foreldre og lege. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

kontrollene ved 6-ukers-, 6-måneders-, 1- og 2-årsalder var henholdsvis 100, 89,6, 88,4 og 73 prosent (ledende helsesøster Siv Kristin Larsen, Grünerløkka familiehus, personlig meddelelse). I løpet av perioden 20.03.14 til 30.07.15 ble legekontrollene ved Grünerløkka helsestasjon i Oslo utført forløpende på samme systematiske måte hver torsdag formiddag av samme lege (Jørgen Knudtzon). Høyde, vekt og hodeomkrets ble registrert i vekstkurvene, kurvene ble vist for pårørende, og deretter fikk de følgende spørsmål: «Har du/dere noe du/dere vil spørre om?» Spørsmålene som ble reist da og senere i løpet av konsultasjonene ble besvart og notert. Det ble ikke skrevet ned trivialisiteter eller forhold som ikke trengte spesifikke råd. Den kliniske undersøkelsen av barnet inkluderte auskultasjon av hjertet, palpasjon av abdomen, hofteundersøkelse, inspeksjon av genitalia, klinisk vurdering av strabisme, tonus og psykomotorisk utvikling. På indikasjon ble det foretatt inspeksjon av trommehinner og fauces, auskultasjon av lunger og palpasjon av lyskepuls. Det var satt av 20 minutter til konsultasjonene, som vanligvis varte 10–15 minutter.

Følgende variabler ble notert: dato, fødselsdato, kjønn, hvilken rutinekontroll det gjaldt (6 uker, 6 mnd, 1 år, 2 år), hvorvidt barnet hadde vært hos helsesøster de siste 14 dagene, hvilke(n) pårørende som fulgte og hvorvidt begge foreldre var av ikke-skandinaviske avstamning. Direkte fra journalen noterte

man fødselsdato til foreldre og antall søsken. Det ble notert hvor mange og hvilke spørsmål som ble reist, og legen noterte eventuelle forhold som han fant av betydning å informere foreldrene om. Det må understrekes at det kan være glidende overganger mellom hva som skal rubriseres som spørsmål

«Å være helsestasjonslege er et hyggelig arbeid.»

og hva som er utsagn som foreldre kun ønsker å få legens bekreftelse på. Spørsmål om ernæring kunne inneholde en rekke underspørsmål som ikke er delt opp i denne evalueringen.

I alt 432 barn (236 gutter og 196 jenter) ble undersøkt ved rutinekontrollene ved 6-ukers- (n=123), 6-måneders- (n=122), 1-års- (n=123) og 2-årsalder (n=64). («n=» betyr antall barn/personer). 129 barn ble fulgt av begge foreldre (to barn hadde to mødre), 257 av mor, 45 av far og én av bestemor. Det må understrekes at personalia i helsestasjonsprogrammet ikke til enhver tid var ajourført. Ut fra journalen ble gjennomsnittsalder for mor og far regnet ut til henholdsvis 34,1 år (n=428) og 35,9 år (n=296). Det bemerkes at fire barn ikke var registrert med noen mor. I denne undersøkelsen er far rubrisert som den personen som var registrert i selve helsestasjonsprogrammet. I alt

136 barn hadde ikke registrert noen fedre, selv om faren kan ha fulgt med til helsestasjonskontrollen. Helsestasjonsprogrammet hadde registrert barna med en (n=142) eller to (n=288) foreldre, mens to barn ikke hadde fått registrert sine foreldre. Det var 105 barn (24.3 %) hvor begge foreldrene var av ikke-skandinavisisk herkomst.

Antall søsken fordelte seg som ingen (n=281), ett (n=114), to (n=27), tre (n=8) og fire (n=2). Det var 94 barn som hadde vært hos helsesøster enten samme dag eller de siste 14 dagene forut for legeundersøkelsen, mens 267 barn skulle til helsesøster etter legeundersøkelsen. Hos de resterende 71 barna manglet data vedrørende dette.

Prosjektet har vært forelagt Norsk senter for forskningsdata, som ba om vurdering ved Regional etisk komité, som bekreftet at dette var et kvalitets-sikringsprosjekt som ikke var fremleggingspliktig (ref 2014/2135 A). Resultatene fra undersøkelsen ble ført inn i Microsoft Office Excel 2007 regneark, og det ble foretatt statistisk beregning med enten enkel regresjonsanalyse eller tosidig t-test for variabler med antatt samme varians.

Resultater

I denne studien ble barnet fulgt av mor, far eller begge foreldre i henholdsvis 59,7, 10,4 og 29,9 % av tilfellene. Sammenliknet med tilsvarende tall på 81, 6 og 13 % fra en undersøkelse i Hordaland fra 2009 (7), kan dette tyde på at det er vanligere for fedre å følge sine barn til helsestasjonen nå enn for seks år siden.

Antall spørsmål fra pårørende fordelte seg som ingen (n=112), ett (n=168), to (n=92), tre (n=46), fire (n=12), seks (n=1) og ni (n=1). Totalt var det altså 553 spørsmål som i snitt utgjorde 1,28 spørsmål per kontroll. Spørsmålene kan kategoriseres

innen områdene hud og utslett (n=81), interkurrent sykdom, hoste og endret pust (n=83), ernæring (n=58), muskel-skjelett (n=39), avføring (n=24), søvn (n=23), utvikling (n=21), kolikksmerter (n=18), guling (n=14), strabisme (9), tenner (n=7), atferd (n=6), trøske (n=5), språk (n=3), hørsel (n=2) og andre forhold (n=160).

Spekteret av spørsmål som foreldre var opp-tatt av inkluderte biting, manglende milepæler ved utviklingen, hodestimulering, spedbarn som «bare vil stå», grensesetting, hyperaktivitet, mye eller lite gråt, TICS, ensidige interesser, lite eller mye søvn, samsoving, allergi, vitaminer, nattlige måltider, mye eller lite matinntak, problem å svelge klumper, distraksjon, fast og løs avføring, rengjøring nedentil, spørsmål relatert til Downs syndrom, stor mage, utenlandsreise, vaksinerreaksjoner, tar seg til ørene, lengde, vekt, hodeomkrets, anal sprekk, operasjonsarr, bruk av bæresele, blåfarge i huden, talgkjertel på penis, kløe nedentil, irisanomali, lipom, lukt av urin, navlebrokk, snorking, solfaktor, svetting, testis retensjon, pittinghull ved sakrum, rykninger, tett tårekanal, heksemelk, stramt tungebånd, lymfeknute, væsning fra øret, nesetetthet, balanitt, brennkopper, hoste, inngrodd negl, spørsmål om sopp, ørevoks, konjunktivitt, trøske, torticollis, asymmetrier inklusive KISS, hofte, hodefasong, fotbevegelse, synlig prosesus xiphoides, inntåing, fremstående ribben, vanskelige skulderforløsning, hemangiom, storkebit, bleieutslett, vannkopper, tørr hud, tørr og infisert eksem, pigmentering, mollusker, seborré, hudutvekst, tannfrembrudd, forhold mellom feber og tenner, kolikk, astma, hvesing, trakeomalaci, stridor, surkling, tett nese, gulp og brekninger.

Helsestasjonslegen påpekte totalt 52 forhold hos 51 (11,8 %) av barna. Følgende gjaldt ett barn hver: trøske, bruk av smukk i 3-årsalder, blod i oppkast, kongenitt stridor, hvesende pust, bilyd over hjertet, hemangiom ved neseåpning, bleieutslett, unødvendig introduksjon av glutenfri kost, ammeråd, foreldre som forlot barnet på stallebordet, vaksinevegring, nedsatt funksjon av en arm og gulsott. Videre ble det påpekt to tilfeller med følgende diagnoser: hydrocele, strabisme, forsinket språk, navlegranulom, overvekt og blekt barn, og tre tilfeller med fallende tilvekst. Det er ikke tvil om at slike funn preges av legens egne preferanser. Samme helsestasjonslege noterte ved en tidligere studie (8) to predominerte tilstander: agglutinasjon av de små kjønnsleppene (n=11) og eksem (n=12).

	Antall spørsmål	p verdi
Registrert alene foresatt versus to registrerte foreldre	1,54 versus 1,15	p<0,001
Alder for helsestasjonskontroll 6 uker versus 1 år	1,5 versus 1,05	p< 0,004
Foreldre som følger:		
Begge versus mor	1,65 versus 1,16	p<0,003
Begge versus far	1,65 versus 0,98	p<0,001
Antall søsken		p<0,001

TABELL 1: Tabellen samler de statistisk signifikante forskjellene som ble funnet i antall spørsmål der hvor barn hadde en eller to registrerte foreldre, mellom 6-ukers- og 1-årskontroller og der hvor begge foreldre fulgte kontra en av foreldrene. Videre ble det påvist signifikant omvendt korrelasjoner med antall søsken.

PÅ KONTROLL: Foreldre stilte flere spørsmål til legen når barnet var seks måneder enn når det var ett år. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Tabell 1 viser at det var signifikant flere spørsmål hvor barnet i helsestasjonsprogrammet var registrert med kun mor som foresatt. Imidlertid var registrering av mor og far i helsestasjonsprogrammet ikke ajourført til enhver tid, og dette funnet må derfor tolkes med forsiktighet. Antall spørsmål mellom de ulike helsestasjonskontrollene var kun statistisk signifikant forskjellig mellom 6-ukers- og 1-årsalder, med flere spørsmål ved 6-ukersalder. Det var signifikant flere spørsmål når begge foreldre fulgte barnet fremfor bare mor eller far. Det var en omvendt statistisk signifikant korrelasjon mellom antall spørsmål og antall søsken. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom antall spørsmål mellom de som hadde og ikke hadde vært hos helsesøster foregående to uker (1,45 versus 1,20 spørsmål, $p=0,066$), mellom barnets kjønn (gutt og jente begge 1,28 spørsmål), alder til far (1,28 spørsmål, $p=0,11$), og mor (1,22 spørsmål, $p=0,88$), og om begge foreldre var av skandinavisk opphav eller ikke (1,3 versus 1,19 spørsmål, $p=0,35$). Det var heller ikke statistisk signifikant forskjell mellom alder til de barna hvor foreldre hadde spørsmål om ernæring eller ikke (begge 0,75 år).

Diskusjon

I kommunikasjonen på helsestasjonen skal det tas utgangspunkt i foreldrenes egne ønsker og behov (9). Mange helsestasjonsleger kan sitte med en følelse av at noen foreldre har med en «smørbrødtype» over spørsmål. I denne undersøkelsen var det ikke mer enn to tilfeller hvor antall spørsmål overskred fire (to tilfeller med henholdsvis seks og ni spørsmål). Listen over type spørsmål, anført i forrige avsnitt, viser at mange var av somatisk karakter. Av totalt 553 spørsmål gjaldt 55 (10,9 %) direkte interkurrente sykdommer i tilslutning eller kort forut for konsultasjonene. Det var spørsmål ved 320 (74 %) av 432 konsultasjoner, og i snitt var

«Det var flere spørsmål hos mødre som var aleneforsørgere.»

det 1,28 spørsmål per konsultasjon. Dette viser at mange foreldrene har et informasjonsbehov vedrørende et presumtivt friskt barn.

Det er mange forhold som kan påvirke hvor mange spørsmål foreldre har til helsestasjonslegen.

Det er antatt at foreldrenes informasjonsbehov er størst i barnets første leveår (10). Som ventet var det i denne studien flere spørsmål ved 6-ukerskontrollen enn ved 1-årsalderen, hvilket naturlig nok reflekterer at foreldrene nylig hadde fått barn og at den første spedbarnstiden for mange er uvant (281 barn hadde ingen søsken) og kan gi usikkerhet. Det at foreldrene spurte mindre jo flere barn de hadde er også lett forståelig og støtter opp under et klinisk inntrykk man har (10).

Det er en stor usikkerhet i registreringen av om barnet hadde en eller to foreldre hjemme, men det gir grunn til å reflektere over at det var flere spørsmål hos mødre som var registrert som aleneforsørgere. Alenemødre har antakelig mindre mulighet til å luften spørsmål i dagliglivet enn dem som er samboere. Det er kanskje overraskende at det var flere spørsmål når begge foreldrene var med til konsultasjon, enn om far eller mor kom alene. Det kan tenkes at flere personer spør mer, men det er også mulig at begge foreldrene var med nettopp fordi de hadde ett eller flere spesifikke spørsmål de ønsket å ta opp. Det må understrekes at forskjellene i antall spørsmål i de gruppene som er omtalt, ikke er store, selv om de viser statistisk signifikans. Resultatene tilsier ikke at man skal legge mer vekt på spesifikke alderskontroller. Det ble brukt profesjonell tolk der hvor foreldrene ikke snakket tilstrekkelig norsk, og det er betryggende at det ikke var forskjell i antall spørsmål mellom foreldre av skandinaviske og ikke-skandinaviske herkomst.

Arbeidet ved helsestasjonen omfatter mange aspekter av barnets fysiske og psykiske helse (1,11). Selv om helsesøster i stor grad tar seg av vaksinene, ernæring, utvikling, psykisk helse og søvn, er det overlapping mellom informasjonen som gis av helsesøster og lege. Det var flere spørsmål fra foreldre som hadde vært hos helsesøster i løpet av de foregående to ukene (gjennomsnittlig 1,45 spørsmål) i forhold til dem som ikke nylig hadde møtt helsesøster (1,21

«Foreldre er i stor grad fornøyd med helsestasjonen.»

spørsmål). Selv om denne forskjellen ikke nådde statistisk signifikans ($p=0,066$), kan man tenke seg at «spørsmål avler spørsmål», eller at foreldrene hadde et ønske om å sammenlikne svarene fra helsesøster og lege. Omvendt kan det tenkes at de som ikke hadde vært hos helsesøster, skulle dit senere, og at de ventet med spørsmål til de kom til helsesøster.

Det er mange faktorer som kan påvirke behovet for informasjon ved legekonsultasjonene. Noen barn med kronisk sykdom følges opp av fastlege, spesialist eller sykehus, og kan av den grunn ha lite behov for spørsmål. Dette gjelder dog såpass få barn at det neppe har påvirket resultatene i denne studien. Derimot kan man forvente at antall spørsmål i stor grad påvirkes av hvordan konsultasjonen gjennomføres hos legen. I denne studien startet konsultasjonene med spørsmål om foreldrene hadde noe å spørre om. Det kan bidra til å generere ekstra spørsmål. På den annen side kan en slik start på konsultasjonen være en stopper for en type kommunikasjon, som foreldrene hadde tenkt å bygge opp. En løser konsultasjonsform skjer ofte hos helsesøster, som har satt av tid til å gjøre seg opp et bilde av familien gjennom samtale av mer generell art. Det vil kunne føre til flere subtile spørsmål enn det som ble registrert i denne studien.

Pasientkommunikasjon er som kjent utfordrende og allsidig. En innstilling om «ikke å lage problemer» kan virke beroligende på foreldre som føler seg trygge, men øke usikkerheten hos dem som opplever foreldresituasjonen som utfordrende. Omvendt kan søken etter problemer føre til at trygge foreldre forlater helsestasjonen med økt bekymring. Erfaringer, og ikke minst manglende erfaring med egne barn, vil i stor grad kunne prege informasjonen som gis av lege og helsesøster. Det er grunn til å reflektere over endrete holdninger over tid, som trange forhuder som for tiden knapt opereres, stramme tungebånd som nå settes i sammenheng med ammeproblemer, og spedbarnskolikdiagnosen som i dag bare synes å være beholdt der hvor barna og foreldre er mest plaget. Råd på barselavdelinger om at fuktighetskremer er unødvendig hos nyfødte dras med av foreldre til langt opp i småbarnsalder, selv om barnets hud er tørr. Og forvirringen er stor når utslettet hos spedbarn kalles spedbarnsutslett, melkeutslett, hormonutslett, varmeutslett eller tørr hud.

I Norge, hvor vi har grundige nyfødteundersøkelser, en godt fungerende fastlege- og legevaktordning og en opplyst befolkning er det ikke overraskende at helsestasjonslegen finner lite galt ved kontrollene. Det er for eksempel kjent at kliniske hofteundersøkelser på helsestasjonen har lav positiv prediktiv verdi (3). Derimot må foreldrenes vurderinger og eventuelle bekymring tillegges stor vekt, fordi slike bekymringer kan bidra til å oppdage vansker tidlig hos førskolebarn (12). Selv om undersøkeren



TRYGGE FORELDRE: Ett av målene med helsestasjonsarbeidet er å gjøre foreldrene trygge. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

i denne studien tidligere har oppdaget medfødte hjertefeil og andre alvorlige misdannelser ved helsestasjonskontroller, var det ingen alvorlige sykdommer som ble avdekket i løpet av den aktuelle registreringsperioden. Ikke desto mindre ble det påpekt mindre forhold hos 11,8 % av barna.

Det har ikke vært foretatt etterundersøkelser på hvor mange barn som ble henvist, og hvilke konsekvenser legens «funn» fikk for foreldre og barn. Det er grunn til å dvele ved at én av ti foreldre fikk en uventet, om enn velmenende, påpeking fra helsestasjonslegen. Dette til tross for at legen i utgangspunktet var meget bevisst på å unngå å påpeke ting som har «lite vitenskapelig hold». Utgangspunktet for kontrollene var at man fikk et friskt barn til kontroll, og forhåpentligvis også hadde et friskt barn som forlot helsestasjonen.

Foreldre er i stor grad fornøyde med helsestasjonen (13). Det kan understrekes at det å være helsestasjonslege er et hyggelig arbeid. Man treffer mange fornøyde foreldre, og oppmerksomheten er på ingen måte rettet mot én problemstilling slik man er vant til ved vanlige legekonsultasjoner. Det er ikke tvil om at legen er et nyttig supplement for helsestasjonsvirksomheten, og at legens faglige rolle har betydning i helsestasjonsarbeidet. Det har vært diskutert om legek kontrollene ved helse-

stasjon skulle vært utført av fastlegene (14). Det må i så fall forutsette at fastlegen er interessert i denne type legearbeid. En overføring av kontrollene til fastlegekontoret vil være et tap for den faglige kompetansen på helsestasjonen. Det daglige presset på et fastlegekontor vil høyst sannsynlig føre til at helsekontroller utført på fastlegekontoret vil bli nedprioritert.

Et av målene med helsestasjonsarbeidet er å trygge foreldrene og ikke lage problemer. Det er ikke sikkert at man skal være for opptatt av å formidle for mye informasjon. Utgangspunktet for hver konsultasjon skal alltid være foreldrenes egne ønsker og behov (15). Ved å legge opp til å svare på spørsmål, slik målsettingen var ved denne undersøkelsen, vil det sannsynligvis være med på å fremme trygghetsaspektet. Forfatterne ønsker gjennom presentasjon av denne studien å slå et slag for at legene også har en rolle i helsestasjonsarbeidet, både som en del av fagmiljøet på helsestasjonen og til å trygge foreldre ved å svare på deres spørsmål.

Addendum

For helsestasjonsleger vil forfatterne spesielt nevne fire tilstander som foreldre ofte spør om, og som kanskje ikke er så kjent for helsestasjonsleger. Den ene tilstanden er en frembukning av huden i

perineum eller dorsalt for anus, som har vært kalt perineal protrusjon. Årsaken til denne tilstanden er ukjent. Tilstanden gir ingen symptomer og vil forsvinne spontant, noen ganger først etter flere år (16,17). Den andre tilstanden hos gutter er en eggformet tumor i huden på penisskaftet som følge av talgoppnopning. Adhesjon av de små kjønnslepene hos jenter er redegjort for i en egen artikkel (8). Det kan også være grunn til å minne om kefalt hematoma, en subperiostalt gjerne ensidig blødning

«Helsestasjonslegen spiller en viktig faglig rolle.»

ved fødselen, hvor det koagulerte blodet etter hvert blir flytende og ved osmose tiltrekker seg vevsvæske slik at hevelsen blir mere prominente de første ukene etter fødselen før det resorberes.

Hovedbudskap

Helsestasjonslegen spiller en viktig faglig rolle på helsestasjonen

Å svare på spørsmål til foreldre ansees som vel så viktig som det å formidle generell informasjon.

Det er grunn til å unngå «å lage problemer»: Barna på helsestasjonen er presumptivt friske og forhåpentlig også friske når de forlater helsestasjonen

Legerollen med å trygge foreldrene innebærer en annen konsultasjonsform enn å vurdere syke barn på fastlegekontor eller legevakt. ■

LEGEROLLEN: På helsestasjonen er barna i utgangspunktet friske, og legen får dermed en annen rolle. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Referanser:

- Misvæ N, Lagerløv P, red. Håndbok for helsestasjoner. Oslo: Kommuneforlaget, 2002.
- Halvorsen M-K, Langeland E, Almenning G et al. Amming kartlagt ved rutinedata. Tidsskr Nor Lægeforen 2015; 135:236-41.
- Lagerløv P, Bakke K, Hogstad EM. Screening for hofteleddsdisplasi på helsestasjonen. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2105-7.
- Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år i helsestasjons og skolehelsetjenesten. IK-2621. Statens helsetilsyn, 1998.
- Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. IS-2700, Sosial- og helsedirektoratet 2003.
- Oslo kommune Statistikkbanken. <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/>, oppsøkt 23.04.2016.
- Haaland GU, Brundtland D, Bjørnstad I. Rapport fra prosjekt «Helsestasjon for hele familien», Bergen: Høgskolen i Bergen og Bergen kommune, 1990.
- Knudtzon S, Haugen SE og Myhre AK. Adhesjon av de små kjønnslepene hos jenter retningslinjer for diagnostikk og behandling. Tidsskr Nor Lægeforen, sendt inn for publisering.
- Misvæ N. Kommunikasjon. I: Misvæ N, Lagerløv P, red. Håndbok for helsestasjoner. Oslo: Kommuneforlaget, 2002: 74.
- Misvæ N. Helsestasjonsprogrammet. I: Misvæ N, Lagerløv P, red. Håndbok for helsestasjoner. Oslo: Kommuneforlaget, 2002: 20.
- Holme H, Olavesen ES, Valla L et al, red. Helsestasjonstjenesten. Barns psykiske helse og utvikling. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2016.
- Misvæ N. Helsestasjonsprogrammet. I: Misvæ N, Lagerløv P, red. Håndbok for helsestasjoner. Oslo: Kommuneforlaget, 2002: 26.
- Innbyggerundersøkelsen 2015. Direktoratet for forvaltning og IKT. Helsestasjonen. <https://www.difi.no/rapporter-og-undersokelser/statistikk-og-undersokelser/innbyggerundersokelsen-2015/hva-mener-brukerne/helsestasjon> Oppsøkt 23.04.2016.
- Seierstad TG, Straand J. Fastlegens rolle på helsestasjonen Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2659-61.
- Misvæ N. Helsestasjonsprogrammet. I: Misvæ N, Lagerløv P, red. Håndbok for helsestasjoner. Oslo: Kommuneforlaget, 2002: 24.
- Hastrup MD, Bygum A. Infantil perineal protrusion er et harmløst fund med flere differentialdiagnoser. Ugeskr Læger 2011; 173: 2571-2.
- Zavras N, Christianakis E, Tsamoudaki S et al. Infantil perianal pyramidal protrusion: a report of 8 new cases and a review of the literature. Case Rep Dermatol 2012; 4: 202-6.





Nutramigen - med kvalitet i en klasse for seg

Førstevalg ved kostbehandling av kumelkproteinallergi hos barn¹

Nutramigen er i følge en oversiktsstudie²:

- Best blant eHF produktene med 99% effekt²
- Lavest allergenisitet²
- Peptidprofilen skiller seg fra andre eHF³
- Kalsiumnivå tilpasset ulike alder
- Et trygt evidensbasert valg med lang klinisk erfaring⁴



#eHF = høygradig hydrolysert spesialnæring

Besøk www.meadjohnson.no for mer informasjon

Viktig: Morsmelk er spedbarnets beste føde. Nutramigen er et næringsmiddel til spesielle medisinske formål og skal bare brukes under medisinsk tilsyn.

*Varemerke tilhører Mead Johnson & Company, LLC.
© 2016 Mead Johnson & Company, LLC. Alle rettigheter forbeholdes.

Referanser:

1. Nielsen market data 2015.
2. Dupont C et al. Br J Nutr. 2012; 107:325-338.
3. Lambers TJ et al. Food Sci Nutr. 2015; 3(1): 81-90.
4. Nutramigen monograph.

Materialet er beregnet på helsepersonell

ABIGO Medical AS
Eidsbergveien 43
1811 Askim

Kundeservice: 23 96 23 00





Lykkes som veiledere

I Skien kan foreldre med minoritetsbakgrunn delta i gruppeveiledning om hvordan de skal samspille med sine barn. Når veilederen har minoritetsbakgrunn, kan det gi deltakerne en følelse av likeverd.

Høsten 2015 og våren 2016 ble det gjennomført veilederopplæring av ressurspersoner med minoritetsbakgrunn i Skien kommune. ICDP (International Child Development Program) er et foreldreveiledningsprogram som fokuserer på dialog og samspill mellom foreldre og barn. Prosjektet var et samarbeid mellom den kommunale barneverntjenesten, Høgskolen i Sørøst-Norge, Fylkesmannen i Telemark og Innvandrerrådet i Telemark. Prosjektet fikk også støtte fra Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet (Bufdir). I gjennomføringen av foreldregruppene, som var en del av opplæringen, ble flere av gruppene ledet av personer med minoritetsbakgrunn. Prosjektet viser til gode erfaringer når personer med minoritetsbakgrunn veileder minoritetsforeldre i barneomsorg og barneoppdragelse. Felles språk og kommunikasjon, felles erfaringer og likhet i sosiale posisjoner fremmer refleksjon og styrker foreldrerollen.

Startet i 2014

Prosjektet startet høsten 2014 som en idé på et åpent folkemøte mellom Flerkulturelt utvalg i kommunen og innvandrerbefolkningen. Opplegget for folkemøtet var etter en modell som Norsk innvandrersforum tidligere hadde gjennomført (Ali, 2015). Innvandrereforeldrene på møtet i Skien etterspurte

Av **Berit Margrethe Sandvik**, høyskolelektor, Høgskolen i Sørøst-Norge

Ketil Eide, førsteamanuensis, Høgskolen i Sørøst-Norge

Stine Jacobsen, masterstudent, Høgskolen i Sørøst-Norge

VEILEDER: Personer med minoritetsbakgrunn kan gjøre en god jobb som veiledere for andre med lik bakgrunn. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



mer kunnskap om hvordan barnevernet jobber og om barneoppdragelse. Temaet for møtet var barneverntjenestens arbeid generelt og barnevernets møte med minoritetsfamilier. Mer enn 100 innvandrere møtte opp, og det ble holdt innlegg både fra barnevernet og fra Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN). Det var et stort engasjement, og det ble også fokusert på temaer som å gjøre barnevernet mer forståelig, ha et større mangfold av tiltak og å skaffe fosterhjem med samme etniske bakgrunn som barnet. Folkemøtet ble fulgt opp ved å nedsette en gruppe som skulle jobbe med foreldreveiledningsgrupper. På første møte kom følgende forslag fra representanten fra Innvandrerrådet: «Hvorfor kan vi ikke lære opp ressurspersoner i minoritetsbefolkningen til å veilede foreldre med minoritetsbakgrunn?» Dette var en idé som ble godt mottatt, og det resulterte i at det ble lovet å jobbe mer med foreldreveiledning til familier i minoritetsbefolkningen. Det ble etablert et samarbeid mellom barnevernet, HSN, Fylkesmannen og Innvandrerrådet våren 2015. Prosjektet skulle ha som mål å styrke opplevelsen av trygghet og kompetanse i foreldrerollen til personer i minoritetsbefolkningen, som ledd i å fremme helsefremmende oppvekstbetingelser for barna. Fremgangsmåten var å lære opp personer med minoritetsbakgrunn, som hadde god kjennskap til det norske samfunnet, til å bli sertifiserte ICDP-veiledere. De skulle veilede foreldre med samme språk- og kulturbakgrunn som de selv hadde.

Frykten for barnevernet

En stor del av innvandrerfamiliene lever under lave sosioøkonomiske kår, har dårlig helse og har traumatiske livserfaringer som kan være med på å vanskeliggjøre omsorgssituasjonen for barna. Dette kan være medvirkende årsaker til at barn med innvandrerbakgrunn er overrepresentert i barnevernet her i landet (Ali, 2015). Mange innvandrere kommer fra samfunn med en mer kollektiv livsform enn det vi er vant til, der familien og slekten i større grad har ansvaret for omsorgen for barnet. Forholdet til foreldrene er preget av respekt og lojalitet, barnet har få rettigheter og må ofte tilpasse seg de voksne. Foreldrene har tradisjon for å kunne bruke fysisk avstraffelse i oppdragelsesøyemed uten noen innblanding fra statlige myndigheter (Hundeide, 2009). De trenger hjelp og støtte for å kunne forstå hvor-

dan de kan forene egne verdier med det nye samfunnets verdier og normer. Ali (2015) påpeker at foreldrerollen må styrkes, og det må fokuseres på alternativer til vold i barneoppdragelsen. Det er utfordringer med språk, kultur og kommunikasjon. Foreldre i minoritetsbefolkningen er redde for barnevernet og har liten tillit til deres vurderinger og tiltak (Fylkesnes m.fl., 2015). Prosjektet «Dialogmøter mellom barnevernet og etniske minoriteter» i regi av Norsk Innvandrerforum i 2013, har hatt som mål å få til et bedre samarbeid gjennom utveksling av kunnskap og utfordringer (Ali, 2015).

Om ICDP

ICDP (International Child Development Program) er et av foreldreveiledningsprogrammene som er foreslått som et forebyggende barnevernstiltak. Programmet brukes i dag av Bufetat. Minoritetsvarianten av dette programmet legger opp til at en veileder med minoritetsbakgrunn leder foreldregruppene på sitt og deltakernes morsmål, mens en etnisk norsk veileder deltar som støtte og brobygger til norske verdier og forhold (Hundeide, 2009). Temaene i programmet er oversatt til en rekke språk, men metodikken i programmet legger vekt på dialog og refleksjon omkring hverdagslige situasjoner og samhandling mellom foreldre og barn sett i lys av egne verdier og temaene i ICDP. Det kan derfor være av stor betydning at dialogen og

«De ble mer bevisst på barnets følelser og behov.»

refleksjonen kan foregå på morsmålet til deltagerne. «Morsmålet er hjertespråket og gir høyere grad av internalisering...» (Skar m.fl., 2014, s. 19). Tanker om at trygghet og språklige ferdigheter er en forutsetning for å få deltakerne i tale, gjorde at vi fikk styrket våre oppfatninger av at minoritetsbakgrunn var en styrke for veiledningen i foreldregruppene.

For å få kompetanse som ICDP-veileder må man gjennomføre en opplæring i ICDP-programmet som omfatter både teori, veiledning på eget samspill, praktisk trening i bruk av ICDP-programmet med gruppe av omsorgsgivere og veiledning på den praktiske treningen.

ICDP handler om å bli bevisst eget samspill med

barn, hvordan omsorgspersoner viser kjærighet til barna, hvordan man er oppmerksomme på barnas initiativ og hvordan omsorgspersonene snakker med barna om felles temaer. Hvordan settes pris på og anerkjennes barnas tilstedeværelse, opplevelser, ytringer, handlinger, personlighet og interesser? Hvilke verdier og holdninger er det ønskelig blir bragt videre til våre barn, og hvordan gjøres dette? Hvordan formidles viktige kulturelle uttrykk og oppfatninger til våre barn? Hvordan hjelpes barna til å kontrollere seg selv, sine følelser og sin atferd på en hensiktsmessig måte? Dette omtales i ICDP som tre dialoger; en følelsesmessig, en meningsskapende og en regulerende dialog (Hundeide, 2007).

Hvordan vi oppfatter barnet er vesentlig for hvordan vi forholder oss til det. Hvis vi som omsorgsgivere ser på barnet som et medmenneske som trenger vår kjærighet, trygghet og omsorg, kan denne oppfatningen av barnet bidra til at vi identifiserer oss empatisk med barnet, og dermed til at vi kan møte barnets behov på en måte som får det til å føle seg verdifullt, elsket og ivaretatt. Dette er en viktig forutsetning for utviklingen av barnets oppfattelse av seg selv. Dette vil igjen være med på å prege samspillet med omsorgspersonene og påvirke både den emosjonelle og kognitive utviklingen (Rye, 2002). Sentralt i ICDP er altså denne sammenheng mel-

hadde lært å sykle. Hvordan han støttet henne, hadde gitt henne tro på at hun ville klare det og den felles gleden som viste seg da hun til slutt klarte det». Han så hvordan han ved å støtte henne kunne gi henne håp om at hun også ville klare andre utfordringer som ville komme. Betydningen av positiv grensesetting ble også trukket frem som noe de hadde blitt mer bevisste på. «Foreldrene har gitt uttrykk for at de opplever barna deres blidere, roligere og med færre vanskeligheter, og at relasjoner innad i familien har blitt styrket gjennom et mer positivt samspill». Foreldrene ønsker å fortsette med veiledningsgrupper: «Jeg vil ha flere veiledningsmøter fordi jeg ønsker å gi mine barn den tryggheten de trenger i et nytt land. Dette kurset fikk meg til å tenke på hvert ord jeg sier til mine barn».

Noen av foreldrene har mistet alt, er tynget av tanker og bekymringer og mangler overskudd til å ta nok hensyn til barnas behov for omsorg, kjærighet, meningsfull dialog og positiv grensesetting. De trenger å bli minnet om hvilken betydning de har for barnas utvikling og muligheter til et godt liv. Det er jo derfor de er her, fordi de ønsker det beste for barna sine. Redselen for barnevernet kan også virke negativt på omsorgen. Foreldrene blir redde for at barna skal bli tatt fra dem hvis de gråter og er sinna i butikken for eksempel, for da tror de at de norske tror at de slår barna. Det resulterer i at foreldrene kjøper det barna ber om, selv om det ikke er til beste for barna eller for familieøkonomien. Noen tenker: «Er det noen kameraer her som avslører oss hvis han begynner å skrike?» Foreldre kan også være redde for å dra til legevakten med barnet hvis det skader seg hjemme. Skader det seg ute, så er det jo noen som har sett hva som har skjedd, og de våger å dra til legevakten hvis det er nødvendig.

Våge å dele

Veilederpar med minoritetsbakgrunn fra samme kultur og språkgruppe som deltakerne i foreldregruppen, opplevde en mer åpenhet blant deltakerne tidligere i forløpet enn veilederpar der en er etnisk norsk og en er fra samme kultur og språk som deltakerne:

«Fordi folk hadde tolka det annerledes i de første møtene. Nå er jeg ikke redd for å invitere begge deler til den gruppa som vi har veileda. Det er fordi vi har gått gjennom såpass mye i gruppen, og fordi vi kan forklare ting. Og vi har den tilliten. Men å skulle si at vi skulle veilede innvandrerforeldre og ta med noen norske, det ville vært å stenge døra for den jobben som skulle bli gjort».

«Noen av foreldrene har mistet alt.»

lom omsorgspersonenes oppfatning av barnet og hvilken omsorg barnet får. ICDP legger derfor opp til å bevisstgjøre foreldrene på deres oppfatning av barnet og å utvikle evnen til empatisk identifikasjon. For å oppnå dette, er det avgjørende at ICDP-veileder oppnår en tillitsfull kontakt med omsorgspersonene, for at de skal våge å sette ord på uferdige tanker og komme med eksempler fra sitt samspill med barna (Hundeide, 2009).

Erfaringer fra foreldregruppene

Evalueringene fra foreldrene i gruppene viste at veiledningsprogrammet hadde vært nyttig for dem. De ble mer bevisste på barnets følelser og behov. En fortalte at hun hadde blitt mye mer bevisst på barnets følelsesmessige behov, ikke bare behovet for mat, klær og andre ting. De opplevde å ha blitt mer åpne og tilstede for barna, og ga mer oppmerksomhet. «En far fortalte engasjert om sin datter på seks år som nettopp



I gruppen der begge veilederne er fra samme kultur, forteller foreldrene om konkrete situasjoner fra eget liv. «Men her er det: jeg har sånn og sånn problemer med sønnen min, hva kan jeg gjøre?» Når det er en etnisk norsk med i gruppen, stiller deltakerne oftest hypotetiske spørsmål: «De kommer med sånne spørsmål: Hvis dattera mi gjør sånn eller sønnen min er sånn, hva kan jeg gjøre? Hvis skjer for eksempel...»

Men foreldrene i minoritetsveiledernes grupper var også veldig skeptiske og var i starten mistenksomme til intensjonene med ICDP-foreldreveiledning i gruppe. En av foreldrene viste dette på denne måten: «Hvorfor er det sånn at nå velger dere den hvite mann, da, hvis jeg kan si det på den måten, også gi dere den oppgaven sånn at dere skulle komme til oss med det?»

Det var først etter at veilederne hadde fortalt litt fra eget liv og om utfordringer de hadde hatt mens de hadde bodd i Norge, og hatt et eget møte med informasjon om ulike offentlige kontorer, at foreldrene var trygge nok til å åpne seg. Det er nok ikke uten grunn at et av sensitiviseringsprinsippene i ICDP er å anvende en personliggjort formidlingsform (Hundeide, 2007). En av veilederne forklarer dette:

«Helt til vi kom til det punktet hvor vi fortalte mye om oss selv, om familiebakgrunn, om barna våre, skolebakgrunn, hvor lenge vi har bodd her, ikke sant. At det ikke er lenge siden, siden 2002 til nå. At vi også hadde de samme utfordringene. Og kunne ta å snakke om våre utfordringer i forhold til skolegangen. Det å være på jobb og på skole, det å gifte seg og få barn. Det å møte forventningene man har og foreldrene våre har, forventningene i samfunnet og så videre. De tinga der, tror jeg, gjorde det mulig. Og så det at vi turte å ta et informasjonsmøte hvor vi snakket om offentlige kontorer».

Gjennomføringen av veilederopplæring i ICDP viser et stort engasjement både blant de utdannede veilederne og i gruppene av innvandrerforeldre. Programmet har et stort potensiale når det gjelder integrering og barnefamiliers deltakelse i det norske samfunnet. Til sammen deltok omtrent 50 minoritetsforeldre i veiledningsprogrammet som gir dem innsikt i og lærer dem å reflektere over oppdragelsen de gir sine barn, samt gir dem mulige alternative måter å utøve omsorgen på.

Avslutning

Vår viktigste erfaring etter gjennomføringen av ICDP-veilederopplæringen er at bruken av veiledere med minoritetsbakgrunn er en sentral faktor for

å lykkes med foreldregruppene. Dette gjelder både hvor gruppeveilederne er minoritetspersoner, og der det er en blanding av minoritetspersoner og etniske norske som veiledere slik det legges føringer for i opplæringsveilederen (Hundeide, 2009). Vår erfaring er at det kan åpnes mere opp for at foreldregruppene ledes av minoritetspersoner. Bakgrunnen er at dette vil medføre en større likhet i erfaringsbakgrunn, og dermed større likevekt mellom veiledere og deltakere. Personlige erfaringer som kan uttrykkes i gruppen vil gjøre at deltakerne kjenner seg igjen og dermed kan dele egne erfaringer som er utfordrende, både i møte med det norske samfunnet og hvordan det er å oppdra barn langt borte fra sosiale nettverk og verdier fra hjemlandet. Større grad av likeverdighet, både i sosial posisjon og i kommunikasjon, gjør at det er større muligheter for å forhandle om posisjoner i gruppen. Opplæringen kan dermed i mindre grad framstå som en pekefinger på hvordan barn skal oppdras i Norge. Gjensidige forhandlinger om posisjoner i en gruppe, hvor deltakerne både gir og tar, er en viktig forutsetning for større deltakelse og at man tør å åpne seg og reflektere over de temaene som ICDP-veiledningen legger opp til. Dette kan innebære refleksjoner over kulturelle forskjeller og hvilke utfordringer foreldrene har i oppdragelsen av barna sine. Refleksjoner over eget liv og sin situasjon er en begynnelse, og åpner opp for å tenke på andre muligheter man har, ta inn ny kunnskap om barneomsorg og å vurdere om det er alternative måter å oppdra barn på. Gjennom den følelsesmessige og meningsskapende dialogen kan det legges grunnlag for den regulerende dialogen, og at barnet kan gis mulighet for å regulere sine handlinger på en positiv måte. ■

Referanser:

- Ali, Athar (2015). Et flerkulturelt barnevern? Hvordan fremme dialog mellom barnevernet og etniske minoriteter. Norges Barnevern, nr. 2(92) 2015.
- Fylkesnes, Marte Knag (2015). Frykten for barnevernet. En undersøkelse av etniske minoritetsforeldres oppfatninger. Norges Barnevern, nr. 2(92) 2015. Oslo: Foreningen ICDP Norge.
- Hundeide, Karsten (2007). Innføring i ICDP Programmet.
- Hundeide, Karsten (2009). ICDP for veiledere som arbeider med minoritetsforeldre. Oslo: Foreningen ICDP Norge.
- Rye, Henning (2002). Tidlig hjelp til bedre samspill. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skar, Ane-Marte Solheim, Bjørnstad, Silje & Davidsen, Hannah (2014). ICDP-foreldreveiledning i Oslo. Voksenopplæring som del av introduksjonsprogrammet for innvandrere og flyktninger. Rapport.



SUNN KANTINE: Brus er ikke lenger å få kjøpt. Smoothie og salat er populært hos elevane. Wraps med laks går også unna.

Sunn kantine i videregående skule

Sunn kantine er eit satsingsområde i folkehelsearbeidet i Telemark. Ved Vest Telemark videregående skule, avdeling Dalen, ønsker ein å tilby elevane næringsrik og smakfull mat. Det er oppretta ei kosthaldsgruppe som er samansett av kantinedrivar, elevar, studieleiar og helsesøster. Tekst Birgitte Yndesdal og Signe Gardsteig, helsesøstre, Tokke helsestasjon. Foto Alice Haukelidsæter.

Telemark fylkeskommune har utarbeidd planen «Regional strategi for folkehelse i Telemark i 2012–2016». Her er det sett opp fem hovudsatsingsområder. Eit av områdene er kosthald. Hovudmålet er at telemarkingane bør ha et kosthald som er

i tråd med nasjonale anbefalingar. Eit av delmålene ved videregående skular er å ha «sunn kantine».

I 2015 søkte Tokke kommune prosjektmiddel frå Helsedirektoratet for å styrke skulehelsetenesta i den videregående skulen. Prosjektet vart innvilga og eit av tiltaka i prosjektet var at helsesøster skulle vera meir på den videregående skulen. Dette medførte mellom anna at helsesøster hadde høve til å engasjere seg i ei nystarta kosthaldsgruppe ved skulen.

Oppretting av kosthaldsgruppe

Kantinedrivar og helsesøster hadde eit tett samarbeid for å legge til rette for oppstart av kosthaldsgruppa. Ernæringsfysiolog frå Telemark fylkeskommune kom til skulen for å gje råd om korleis ein skulle starte opp. I forkant hadde det blitt avklart at gruppa burde vera samansett av elevar frå elevrådet, studieleiar, lærar, kantinedrivar og

helsesøster. Det var eit viktig poeng at arbeidet vart forankra i leiinga ved skulen. Av den grunn vart studieleiar med. Møteplan for heile skuleåret vart utarbeidd. Det var sett opp 2 møter per semester. Helsesøster vart koordinator for gruppa. Koordinator si rolle er å sende ut møteinnkalling med saksliste og skrive referat etter møte.

Kva har kosthaldsgruppa jobba med?

Ulike saker har blitt drøfta gjennom skuleåret slik som; retningslinjer for kantine – rullerande elevanteneste i kantine – undervisning om god tannhygiene – menyønske – marknadsføring av kantine sin meny: kritt-tavler ved inngangane, der vekemenyen vart presentert – informasjon om menyen opp på TV-skjerm i kantine – henge opp postkasse i kantine der elevane kunne kome med forslag til meny eller eventuell andre saker dei ønska kosthaldsgruppe skulle jobbe med – søke støtte



TOKKE HELSESTASJON: Kosthaldsgruppa representert ved elevrådsrepresentantene Trine Høgset foran (t.v.) og Freddy A. Magnussen. Bak (f.v.) helsesøster Signe Gardsteig og kantinedrivar Wenche Madland. Disse var ikkje tilstade: Elevrådsrepresentant May Theres Haugen, studieleiar Siv R. Eide og lærar Monica Borgen.

«Det var eit viktig poeng at arbeidet vart forankra i leiinga ved skulen.»

til smoothiemaskin- trivselstiltak i kantineområdet for eksempel dukar, batteridrivne telys og så vidare – motto for kantina – namn forslag på kantina – hygienetiltak – kantinepriser.

Innhaldet i ei sunn kantine

Fylkestinget i Telemark har vedtatt at alle vidaregåande skular skal ha sunn kantine. Dette inneber:

- Alle skal ha salatbar, eller tilby ferdige salater
- Grove baguetter i kvardagen
- Halvere produkt i kategorien søt mat og drikke, frå dagens nivå i kantina. Det som blir tilbydd av søtt, bør stå bak disk og vera mindre synleg
- Fisk to ganger per veke – varm og/ eller kald
- Prispolitikk – Det sunnaste alternativet bør vera meir rimeleg, enn det mindre sunne alternativet (til dømes grovt/fin baguette)
- Arbeide med haldningar



Illustrasjonsfoto: Colourbox

– «Næring for læring» årleg haldningsforedrag til

1. klasse for å inspirere til positive kostvanar

- Kosthaldsgruppe på skulen

- Smaksprøver – midlar til utprøving kan bli søkt om gjennom Folkehelse
- Vekemeny – husk variasjoner med årstida
- Kampanjedagar – prøve ut nytt. Minst 4 tema lunsjer/stunt kvart år. Til døme kantinesprell, grøn dag med BAMA, juicing og så vidare.

Det er av stor betydning at kantine driver ved vidaregåande skular er opptatt av at ungdomen får tilbod om sunn og næringsrik mat. Dersom ungdommen nyttar tilbodet kan det medvirke til betre velvære, trivsel og større moglegheiter for læring i ein travel skuledag. Vest Telemark vidaregåande skule er heldig å ha

fått ein engasjert kantinedrivar, Wenche Madland. Ho er og ein aktiv medlem i kantineringsen, i regi av Telemark fylkeskommune. ■

Referansar:

Telemark fylkeskommune (2013): «Regional strategi for Folkehelse i Telemark 2012-2016».

Telemark fylkeskommune (2015): «Helsefremmende barnehager og skoler i Telemark».

Vest Telemark vidaregåande skule (2015-2016): «Referat fra kosthaldsgruppa».

Aktuelle bøker



Omslagsfoto Forlagene

BOKANMELDelse

Forfattere: **Edvin Bru, Ella Cosmovici Idsøe, Klara Øverland (red.)**
Forlag: **Universitetsforlaget**
Anmelder: **Nina Mortensen, helsesøster i Porsgrunn kommune**



Mamma og pappa er skilt og Min skilte familie

Boka «Mamma og pappa er skilt» er tilpasset alderen 4–8 år, og boka «Min skilte familie» er tilpasset alderen 9–13 år.

Bøkene handler om hvordan det kan oppleves for barn å ha foreldre som ikke bor sammen. I bøkene møter vi barn som går ved ulike trinn i barneskolen. De har ulike historier og er i ulike faser i foreldrenes samlivsbrudd. Vi møter barna i små fortellinger som beskriver deres historier og aktuelle situasjoner. Noen er i tidligere faser i foreldrenes samlivsbrudd, andre er i senere prosesser der foreldres nye kjærester og deres barn er involvert. Mange opplever sorg, savn, dårlig samvittighet, urettmessig ansvarsfølelse og endringer i livet som kan være belastende og de ikke har mulighet til å påvirke.

Forfatterne beskriver ulike faser og situasjoner i barnas liv, og skildrer hvordan det stadig kan oppstå nye situasjoner som kan trigge ulike følelser og reaksjoner. Med enkle ord skildres barnas situasjon, tanker, følelser og reaksjoner. Det brukes enkelt og forståelig språk uten at innholdet blir forenklet eller bagatellisert. Forfatterne får tydelig fram kompleksiteten i de ulike historiene.

I siste del av bøkene beskrives ulike naturlige prosesser i skilsmisser og hvilken livskrise en skilsmisse kan være både for barn og foreldre. Hvordan det kan være vanskelig for foreldre å dekke barnas omsorgsbehov når situasjon også er svært belastende for de voksne. At det således blir en ubalanse imellom barns omsorgsbehov og foreldrenes overskudd til å gi omsorg.

Det oppsummeres med at skilsmisse er et vanlig fenomen i samfunnet, men samtidig ifølge forskning noe av de mest stressende livsendringene i barns oppvekst. Forfatterne peker på at man derfor lett kan overse hvilke belastninger dette kan være. De beskriver hvilke endrede livsvilkår en skilsmisse innebærer for barna; som blant annet å ha to hjem og mindre tid med begge foreldrene. De beskriver også normale følelser og reaksjoner for barn som opplever at foreldrene går fra hverandre.

I slutten av bøkene gir forfatterne råd til foreldrene for hva de kan gjøre for å lette situasjonen for barna. De beskriver hvilke faktorer som kan gjøre situasjonen bedre, og hvilke faktorer som kan forverre situasjonen for barna. At hvordan voksne håndterer situasjonen er avgjørende for hvordan barna har det. De gir også råd om hvordan voksne kan prate med barn for å hjelpe dem i å håndtere de nye livsvilkårene. De understreker at en skilsmisse ikke er noen enkeltstående hendelse som barn blir ferdig med. Men at det fører med seg fortsatte forandringer i årene etter bruddet, og at det er viktig å være oppmerksom på hvordan barn har det i nye faser og situasjoner.

Jeg mener bøkene kan være nyttige å bruke i samtaler med barn. Konkrete historier og gode illustrasjoner gjør at det vil være lett å kjenne seg igjen. Spørsmål i bøkene, relatert til de ulike historiene, kan bidra til åpne samtaler med barn. Jeg mener bøkene er aktuelle for barn, foreldre og andre voksne som er i kontakt med barn.

«Enhver skaper selv den bok han leser»

Ragnar Rudolf Eklund

BOKANMELDELSE

Forfatter: **Inga Marte Thorkildsen**
Forlag: **Vigmostad Bjørke**
Anmelder: **Kristin Vehusheia, helsesøster i Porsgrunn kommune og Anette Folserås Lunde, helsesøster i Bamble kommune**



Du ser det ikke før du tror det

Vold og seksuelle overgrep mot barn skjer hele tiden, i alle kommuner i Norge. Det er et av de største folkehelseproblemene vi har, og opphav til en rekke andre samfunnsproblemer: fattigdom, rus, kriminalitet, atferdsproblemer, selvmord og psykiske vansker.

«Du ser det ikke før du tror det» – et kampskrift for barns rettigheter – tar for seg de viktigste konsekvensene av vold, omsorgssvikt og seksuelle overgrep mot barn, med særlig vekt på helse.

Boka beskriver videre hvordan samfunnet har endret seg på grunnleggende måter innenfor feltet, selv om vi på langt nær er i mål. Inga Marte Thorkildsen tar et sviende oppgjør med tabukulturen og atferds- og diagnosesamfunnet i dette kampskriftet. «Vi må fjerne tabuene og få kunnskap inn i utdanningssystemene på alle nivå. Først når vi tror at det skjer overgrep mot barn i Norge i dag, kan vi hjelpe og forebygge», skriver Thorkildsen i boka. All kunnskap tilsier at mangel på denne erkjennelsen fører til at vi leter etter alle andre forklaringer på det vi ser. Vi trenger mot og kompetanse og et tettere samarbeid i og mellom systemene.

I flere av kapitlene berører hun det Kari Killen kaller «problemforflytning», at vi betrakter og behandler barna som selve problemet, istedenfor å se bak atferd og symptomer. Dette skjer blant annet i systemer som psykisk helsevern, barnevern og skole.

Det siste kapitlet handler om brukermedvirkning. Skal samfunnet bli trygt og godt å leve i, må vi lytte til hva barn har å si. Boka avslutter med 12 konkrete råd til deg som vil utgjøre en forskjell for utsatte barn og unge.

Alle vi som jobber med barn og unge har god nytte av å lese denne boken.

Inga Marte Thorkildsen er født 1976 i Oslo. Hun jobber som byrådd i Oslo med ansvar for eldre, helse og sosialtjenester. Hun har vært stortingsrepresentant for Vestfold fra 2001–2013, og nestleder i SV fra 2012. Fra 2012–2013 var hun statsråd i barne, familie, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Hun er tilknyttet nettverket Barns Beste og stiftelsen Forandringsfabrikken.

BOKANMELDELSE



Forfattere: **Edvin Bru, Ella Cosmovici Idsøe, Klara Øverland (red.)**
Forlag: **Universitetsforlaget**
Anmelder: **Veslemøy K. Vervågen, helsesøster i Notodden kommune**

Psykisk helse i skolen

Denne boken henvender seg i første omgang til pedagoger som jobber i skoleverket. Den er høyaktuell for studenter innenfor pedagogikk og psykologi samt lærere og skoleledere. Ansatte innenfor skolehelsetjenesten, psykologisk pedagogisk tjeneste (PPT) og barne-ungdomspsykiatrisk (BUP) er den også aktuell for. Boken er forskningsbasert og beskriver hvordan psykiske helseplager viser seg i skolen. Den gir en innføring til leseren om hvordan en kan gjenkjenne elever med ulike utfordringer/vansker innen psykisk helse og hvordan læringsmiljøet best kan tilrettelegges for de aktuelle elever.

Boken er delt inn i 15 kapitler. Det er tre hovedforfattere av boken (redaktører), men selve kapitlene har ulike forfattere avhengig av tema. Det første kapitlet er generelt om psykisk helse, de siste tre kapitlene omhandler informasjon om psykisk helse, samarbeid mellom hjem-skole og samarbeid med andre faginstanser. Siste kapittel omhandler lærernes egenomsorg og viktigheten av dette. Hvert kapittel er dedikert til et tema med naturlige undertemaer. Det kan være hovedtemaer som for eksempel ADHD, mobbing, angst, depresjon, og skolevegring. I hvert kapittel gis en grundig forklaring på det aktuelle temaet, samt hvilke symptomer pedagoger kan se etter dersom lidelsen kan ha et tydelig symptomtilbilde. Hvordan en kan best tilrettelegge skolehverdagen for elever med psykiske utfordring er vektlagt i hvert kapittel. Der det er naturlig blir både forebygging og behandling nevnt. Hvert kapittel starter med en casebeskrivelse som er med å gjøre lesingen mer interessant. I enkelte kapitler er for eksempel symptomtilbilde beskrevet punktvis og satt i en egen uthevet ramme. Dette i seg selv gir en ryddig fremstilling av kapitlet. I de ulike kapitlene drøftes samarbeidet for de aktuelle instanser rundt eleven for å bedre dennes hverdag.

Denne boken er å anbefale for både nyutdannede lærere, de som har vært i skoleverket noen år og de som ønsker en bredere forståelse for de elever som opplever psykiske utfordringer.

Da jeg var nyutdannet helsesøster savnet jeg en god og grundig oversikt over de utfordringer en kan møte på som helsesøster i skolehelsetjenesten. Som helsesøster møter en elevene som er representert i boken. Boken gir en god oversikt for dem som er nye i skolehelsetjenesten og den er med på å styrke helsesøsters rolle i samarbeidet mellom hjem, skole og andre aktuelle instanser.



Ulike, men like

På forespørsel fra det somaliske miljøet i byen, har Familiehuset på Notodden arrangert kurs i barneoppdragelse for somaliske foreldre. Kurset har vært såpass vellykket, og gitt flere positive synergieffekter at arrangørene ønsker å opprettholde kurstilbudet.

Sommeren 2015 fikk Familiehuset på Notodden en henvendelse fra det somaliske miljøet i byen. Flere somaliske foreldre ønsket å lære mer om barneoppdragelse i Norge, og hvordan vi gjør det her. Det var spesielt interessant med kurs knyttet til utfordringer med det å være tenåringsforelder. Familiehuset på Notodden består av helsestasjon, PPT, barnevernstjeneste og fysioterapitjeneste.

Vi har en årelang tradisjon med ICDP-kurs (International Child Development Program) og -grupper for foreldre på Familiehuset. Disse kursene har vært organisert som tilbud til enten foreldre med barn i alderen 0–5 år eller 12–17 år. Lederne av de

ulike tjenestene i Familiehuset besluttet at vi skulle imøtekomme henvendelsen, og legge til rette for et kurs for foreldre fra Somalia.

Familiehuset rekrutterte to sertifiserte ICDP-veiledere, begge fra helsestasjonen. Notodden helsestasjon fyller mange funksjoner; helsestasjon- og skolehelsetjeneste, tilrettelagt fritid barn og unge, kommunepsykolog, Friskliv, Rask Psykisk Helsehjelp og flyktninghelsetjeneste. Vi som holdt kurset har ulik bakgrunn. Anne Lene Rinde er ansatt som familieveileder på helsestasjonen. Hun har bakgrunn som førskolelærer og har videreutdanning innen familierapi. Rinde jobber mot familier med barn i alderen 0–18 år.

Av **Anne Lene Rinde**, familieveileder, Familiehuset på Notodden

Vibeke Onshuus, helse-søster, Skolehelsetjenesten



PLANLEGGER KURS: Anne Lene Rinde (nummer 2 f.v.) og Vibeke Onshuus (nummer 4 f.v.) i møte med tre representanter fra det somaliske miljøet. Foto: Reidun Kasin Skoje.

Vibeke Onshuus jobber som helsesøster i skolehelsetjenesten, hovedsakelig med ungdom fra 13–20 år. Vi er begge sertifiserte ICDP-veiledere innenfor det ordinære programmet.

Planlegging og rekruttering

Vi møtte tre representanter fra det somaliske miljøet på Notodden to ganger før kursstart. Dette var viktig for å avklare forventninger, informere om ICDP og planlegge organisering av kurset. Representantene sto selv for rekrutteringen. Vi lagde påmeldingsskjema. De rekrutterte åtte deltakere til kurset – fem kvinner og tre menn. Ingen av deltakerne var fra samme husstand. Det var både samboende og aleneforeldre. Gruppedeltakerne hadde bodd i Norge fra tre måneder til 15 år.

Vi sto for lokalene og bevertning av kaffe og te. På eget initiativ hadde kursdeltakerne av og til med seg spesialiteter fra hjemlandet. Vi opplevde at det var en glede for kursdeltakerne å servere og presentere mat fra Somalia. Vi møttes seks kvelder fra 18.00 til 19.30. Etter avtale med deltakerne sendte vi ut sms-påminnelse i forkant av hver kurskveld, og vi hadde lite fravær som ikke var meldt fra om på forhånd. Vi som kursholdere var helt avhengige av tolk, og hadde i utgangspunktet et ønske om å bruke

oppmøtetolk fra tolketjenesten. Dette ble kostbart i forhold til godtgjøring og reiseutgifter, og vi besluttet å vurdere rimeligere løsninger.

Avgjørende med tolk

Kursdeltakerne hadde forslag til en aktuell oppmøtetolk. Denne tolken hadde relevant bakgrunn i forhold til kurset, men måtte dessverre trekke seg samme dag vi startet opp. Vi sto derfor uten tolk første kurskveld.

«Vi oppdaget at det er flere likheter enn forskjeller.»

Istedenfor å avlyse, brukte vi en av deltakerne, som hadde vært med i planleggingen, til å tolke.

Det viste seg at tolk var helt vesentlig på grunn av veldig varierende norskkunnskaper i gruppen. Vi tok derfor kontakt med Voksenopplæringen og fikk navn på noen aktuelle kandidater. Det satte oss i kontakt med en somalisk mor som ble ansatt på timebasis på helsestasjonen for å tolke på dette kurset. Det ble dessverre ikke nok tid til å forberede henne på kursets innhold, på grunn av de uforutsette hendelsene med planlagt tolk og tidsnøden dette medførte.

Mål og forventninger

Det kom tydelig frem blant deltakerne, at de hadde et stort ønske om å lære om barneoppdragelse i Norge. Vi opplevde gruppen som veldig motivert, og de tok oppgavene på alvor. Det viste seg at det ikke bare var tenåringsforeldre i gruppen. En del hadde også mindre barn.

I tillegg til å bidra til å møte kursdeltakernes forventninger, ønsket vi å bidra til at det skulle bli en god gruppe, og at de skulle møte og holde tiden. Vi ønsket å få til en læringsutveksling der de skulle lære mer om den norske kulturen, og vi mer om den somaliske. Vi hadde også et ønske om å formidle glede, engasjement og mestring i barneoppdragelsen, i tillegg til en bevisstgjøring omkring deres egen omsorgsrolle som foreldre. Dette mener vi bidrar til en positiv utvikling for det enkelte barn, noe som passer inn i den forebyggende og helsefremmende profilen til helsestasjonen.

Arbeidsmetoder

Da vi satte oss og ned og forberedte kurset, ble vi klar over at ICDP-heftet «8 temaer for godt samspill» inneholder mange vanskelige ord og mye tekst. Vi syntes derfor det var utfordrende å formidle temaene på en enkel måte. Vi brukte tid på å bearbeide innholdet og forenklet språket for å få frem

«Gruppedeltakerne hadde bodd i Norge fra tre måneder til 15 år.»

budskapet på en tydelig måte, både for deltakerne og tolken. Vi visualiserte også materialet vi brukte for å gjøre det mer konkret. Vi laget PowerPoint og intervjuguide med forklarende bilder. Etter ønske fra deltakerne lagde vi støtteark med hovedpunkter over det vi skulle gjennomgå til hver kurskveld. I tillegg fikk deltakerne utdelt ICDP-heftene på både norsk og somali.

Hver gang startet vi med å gjennomgå kveldens agenda, og alle møtene hadde samme struktur. Første kurskveld brukte vi også tid på å utforske kulturforskjeller og likheter mellom Somalia og Norge i forhold til barneoppdragelse.

Video og gruppearbeid

Hvert av de åtte temaene vi snakket om ble illustrert med videoen «ICDP for etniske minoriteter».

Deltakerne så på video på sitt eget språk, og måtte forklare oss hva som ble sagt i filmen. Vi opplevde at dette bidro til en gruppedynamikk hvor alle bidro. Deltakerne jobbet deretter i grupper, hvor de drøftet problemstillinger knyttet opp mot temaet vi hadde gjennomgått. Vi tok utgangspunkt i arbeidsheftet, men forenklet språket på spørsmålene de skulle jobbe med. Vi brukte som nevnt heftet på somali og på norsk, men erfarte at deltakerne var mest fortrolig med det norske heftet. Gruppejobbingen oppsummerte vi på flipover. Vi avsluttet hver kurskveld med en oppsummering av innholdet og delte ut hjemmeoppgaver til neste gang.

Gode diskusjoner

Gruppen besto av kvinner og menn. Vi opplevde at gruppedeltakerne var gode på å lytte til hverandre og oss, og at det ble en likestilt gruppe. De samarbeidet på tvers av kjønn og barnas alder når de jobbet i grupper, noe som fungerte fint. I kurslederrollen var det viktig for oss å anerkjenne deres kultur. Vi snakket om norsk og somalisk barneoppdragelse, og fant mange likheter. Vi bød på egne erfaringer som foreldre for å bidra til en likestilt gruppe. Vi var direkte og ærlige og sa ifra dersom vi var uenige med deltakerne. Vi opplevde at dette bidro til åpenhet og god diskusjon i gruppa. Det kom frem at barna deres hadde et stort nettverk av etnisk norske venner, men som voksne synes de det var utfordrende å bli kjent med etnisk norske. De sa at det derfor var lærerikt å gå på kurs, både for å få brukt norskkunnskapene samt for å lære mer om og diskutere barneoppdragelse. Deltakerne synes det var nyttig å møte oss som norske foreldre, ikke bare som fagpersoner. De hadde mange praktiske spørsmål angående barnas hverdag.

Ivrige og engasjerte

Siden Familiehuset ikke sto for rekrutteringen, hadde vi ikke oversikt over hvem som skulle delta. Vi var derfor uforberedt på at både småbarns- og ungdomsforeldre møtte opp første kurskveld. Vi hadde forberedt oss på å møte ungdomsforeldre, så det krevde noen justeringer av det vi hadde planlagt. Hovedfokuset videre ble å være foreldre generelt, bevisstgjøring på hvordan godt samspill med barn og ungdom bidrar til en god utvikling, samt kulturforskjeller/likheter. Alderen på barna ble underordnet, da deltakerne hadde få aldersspesifikke spørsmål.

Vi opplevde deltakerne som veldig ivrige og enga-

sjert i å lære. De møtte hver gang, sendte melding dersom de ikke kom. De gjorde hjemmeoppgavene hver uke og bidro i diskusjonene. En del av gruppedeltakerne kjente hverandre fra før, noe som bidro til at gruppa raskt ble åpen og trygg. Disse gode erfaringene gjør det lettere for oss å anbefale kurset til flere foreldre med minoritetsbakgrunn. Neste gang vi skal rekruttere til tilsvarende kurs, håper vi at kursdeltakerne fra dette kurset kan hjelpe oss med markedsføring og rekruttering.

Vil være gode mødre

Siste kurskveld hadde vi evaluering av kurset og fikk gode tilbakemeldinger. Salaaddo Nuur Mahamad forteller at hun synes det har vært nyttig å lære hvordan man praktiserer barneoppdragelse i Norge, og at hun liker å lære. Hun sier at en likhet mellom Norge og Somalia er at vi er opptatt av barna våre og hva som er bra for dem. Fosiya Ismail Yonis sier at somaliske mødre er opptatt av å være gode mødre. Hun lærte mer om hva som fremmer god utvikling hos barna sine. Sahra Hagi, som selv er småbarns- og ungdomsmor, har vært tolk på kurset. Hun forteller at hun er opptatt av barneoppdragelse og at hun kunne tenke seg å tolke på ICDP-kurs senere.

Den grundige gjennomgangen og bearbeidelsen av ICDP-materialet har ført til at vi har fått en dypere forståelse av budskapet i de 8 temaene for godt samspill. Det å uttrykke seg uten å bruke mange ord, samtidig som du skal få frem et viktig budskap, var til tider vanskelig. Når vi fikk det til, opplevde vi at vi ble mer tydelige, og det er noe vi tar med oss når vi skal være kursledere videre. Vi ønsker å sertifisere oss innenfor ICDP for etniske minoriteter, og vi ønsker å knytte til oss en tolk med ICDP-bakgrunn i vår kommune.

Erfaringer til neste gang

Vi var bevisst på – underveis – å ikke undervise for mye, noe som var lett å gjøre når deltakerne ønsket å lære og har norskspråklige utfordringer. I ICDP står det at jo mer aktivt omsorgsgiver deltar med eksempler, utprøving og gjennomføring, desto større er sjansen for at programmet vil ha effekt i deres omsorgsutøvelse (Hundeide, s. 61, 2007). Det var derfor viktig å balansere hvor mye vi som kursholdere underviste, og å legge opp til at det var nok tid slik at deltakerne kunne jobbe med egne eksempler. Vi opplevde at de syntes dette var spennende, og de viste mye engasjement og stolthet over barna sine.

Vi har erfart at det har vært liten påmelding



8 TEMAER: Kurshefte til arbeid i gruppen og hjemme.
Foto: Reidun Kasin Skoje.

fra etniske minoriteter til ordinære ICDP-kurs vi har holdt på Familiehuset tidligere. Vi har ingen ansatte på Familiehuset som har ICDP-sertifisering for foreldre med minoritetsbakgrunn, og vi tenker at dette har vært en barriere som har hindret oss i å starte egne kurs for denne gruppen tidligere. Det var henvendelsen fra foreldrene selv som gjorde at vi kom i gang. Vi ser at det kan bli vanskelig å ha med tolk i en ICDP-gruppe sammen med andre norske foreldre, og tenker at det er bedre for kursdeltaker og ledere at en samler deltakere fra én eller flere minoriteter i en egen gruppe. I utgangspunktet er vi åpne for å ha flere minoriteter representert i en gruppe, men vi tenker at det kan bli utfordrende med tolk på flere språk, spesielt med tanke på diskusjoner og erfaringsutvekslinger.

Dagligdagse utfordringer

Vi syntes det var givende og lærerikt å holde ICDP-kurs for etniske minoriteter og dette er noe vi ønsker å fortsette med fremover. Vi så at kurset ga flere positive synergieffekter utover foreldreveiledningen. Kursdeltakerne fikk praktisert det norske språket og fikk mer kjennskap til norsk kultur. Deltakerne hadde mange praktiske spørsmål om dagligdagse utfordringer som for eksempel bekledning i barnehage/skole, matpakke og foreldremøter, som de fikk svar på. I tillegg ble de kjent med Familiehuset og hvordan det fungerer, og de ble gjort kjent med norske lover og regler i forbindelse med barneoppdragelse. Vi oppdaget at det er flere likheter enn forskjeller når det kommer til barneoppdragelse, og at vi i begge kulturer er opptatt av barna våre og hva som er bra for dem. ■

Referanse:

Hundeide, Karsten; Innføring i ICDP Programmet (2007)
<http://www.icdp.no/om-icdp>

2 Jaydess ▼ «Bayer AB»
Antikonseptjonsmiddel.

ATC-nr.: G02B A03

NTRAUTERINT INNLEGG 13,5 mg: Hvert intrauterin innlegg inneh.: Levonorgestrel 13,5 mg, polydimetylsiloksanelastomer, kolloidal vannfri silika, polyetylen, natriumsulfat, sølv. Fargestoff: Jernoksid (E 172.1)

ndikasjonjer: Antikonseptjon i opptil 3 år.

Osering: Settes inn i livmorhulen innen 7 dager etter 1. menstruasjonsdag. Har effekt i opptil 3 år. Kan erstattes med nytt innlegg når som helst under menstruasjonszyklusen. Kan settes inn umiddelbart etter abort i 1. trimester. Innsettning post partum bør utsettes inntil fullstendig involusjon av uterus er nådd, og tidligst 6 uker etter fødsel. Ved betydelig forsinket involusjon må det vurderes å vente opptil 12 uker post partum. Ved vanskelig innsettning og/eller uvanlig sterk smerte eller blødning under/etter innsettning, skal tiltak som fysisk undersøkelse og ultralyd startes umiddelbart for å utelukke perforasjon. Fysisk undersøkelse ikke er kke alltid tilstrekkelig for å utelukke delvis perforasjon. Inneholder sølvring og bariumsulfat som er synlig ved bruk av hhv. ultralyd og røntgenundersøkelse. Innlegget tas ut ved å trekke forsiktig i trådene med tang. Dersom trådene ikke er synlige og ultralyd bekrefter at innlegget fortsatt er i livmorhulen, kan det tas ut med en smal tang. Dilatasjon av cervikalkanalen eller kirurgisk inngrep kan da være nødvendig. Bør tas ut senest mot slutten av det 3. året. Ved ønske om å fortsette med samme prevensjonsmetode, settes et nytt innlegg inn umiddelbart etter uttak av det forrige. For å unngå graviditet, bør innlegget tas ut i løpet av de første 7 dagene av menstruasjonen, forutsatt regelmessige menstruasjoner. Dersom innlegget fjernes på en annen tid i syklusen og samleie har forekommet i løpet av den siste uken, er det risiko for graviditet dersom det ikke settes inn et nytt innlegg umiddelbart etter uttak av det forrige. Etter at innlegget er tatt ut, bør det sjekkes at det er intakt. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Ikke undersøkt. Kontraindisert ved akutt leversykdom eller levertumorer. Nedsatt nyrefunksjon: Ikke undersøkt. Barn og ungdom: Ikke indisert før menarke. Ungdom <18 år: Sikkerhet tilsv. som hos voksne. Effekt forventet lik som hos voksne. Eldre: Ikke undersøkt hos kvinner >65 år eller hos postmenopausale kvinner. **Administrering:** Innsettning anbefales utført av leger/helsepersonell med erfaring i innsettning av intrauterine innlegg og/eller var gjennomgått opplæring i innsettingsprosedyren for Jaydess. Steril pakning åpnes umiddelbart før innsettning. Skal ikke steriliseres på nytt. Hånderes aseptisk. Til gangsbruk. Skal ikke brukes dersom blistere er skadet eller åpnet. Se pakningsvedlegget for informasjon om forberedelse/innsettning.

Contraindikasjonjer: Graviditet. Akutt eller tilbakevendende bekkeninfeksjon eller tilstander forbundet med økt risiko for infeksjon i øvre genitalier. Akutt cervisitt eller raginit. Post partum endometriitt eller infeksjon etter abort i løpet av de 3 siste månedene. Cervikal intraepitelial neoplasii inntil tilstanden er bedret. Malignitet i uterus eller cervix. Progesterogensensitive tumorer, f.eks. brystkreft. Unormal vaginalblødning med ukjent etiologi. Medfødt eller ervervet uterin anomal, inkl. myomer som kan påvirke innsettning og/eller plassering av innlegget (dvs. dersom livmorhulen påvirkes). Akutt leversykdom eller levertumorer. Overfølsomhet for innholdstoffene.

Forsiktighetsregler: Bør brukes med forsiktighet etter konsultasjon med spesialist, eller uttak bør vurderes, dersom en av følgende tilstander foreligger eller oppstår or 1. gang: Migrene, fokal migrene med asymmetrisk systap eller andre symptomer på forbigående cerebral iskemi, svært alvorlig hodepine, gulsott, markert økning i blodtrykk, alvorlig arteriesykdom (f.eks. slag eller myokardinfarkt). Kan påvirke glukosetoleransen, og blodglukosetivitet bør overvåkes ved diabetes. Det er vanligvis ikke behov for å endre behandlingsregimet. Før innsettning skal det informeres om nytte/risiko ved bruk, inkl. tegn og symptomer på perforasjon og risiko for ektopisk graviditet. Fysisk undersøkelse skal utføres, inkl. gynekologisk og brystundersøkelse og cervikalutstryk. Graviditet og seksuelt overførbare sykdommer må utelukkes. Genitale infeksjoner må være ferdigbehandlet. Livmorens plassering og livmorhulens størrelse skal fastslås. Plassering i fundus er spesielt viktig for maks. effekt og reduksjon av risiko for utstøtning. Instruksjoner for innsettning bør følges nøye. Det bør legges spesiell vekt på opplæring i riktig innsettningsteknikk. Innsettning og uttak kan være forbundet med noe smerte og blødning, og kan fremkalle vasovagal reaksjon (f.eks. synkope, eller anfall ved epilepsi). Ny legeundersøkelse bør foretas 4-6 uker etter innsettning for å sjekke trådene og riktig posisjon. Undersøkelse er deretter anbefalt 1 gang årlig, eller hyppigere dersom klinisk indisert. Skal ikke brukes som postkoitalt prevensjonsmiddel. Bruk til behandling av kraftige menstruasjonsblødninger eller som beskyttelse mot endometriehyperplasi ved substitusjonsbehandling med østrogen er ikke anbefalt. Total risiko for ektopisk graviditet er ca. 0,11 pr. 100 kvinner. Ca. halvparten av graviditetene som oppstår under bruk blir sannsynligvis ektopiske. Ved graviditet under bruk må risiko for ektopisk graviditet vurderes og undersøkes. Ved tidligere ektopisk graviditet, kirurgiske nngrep i egglederne eller infeksjoner i øvre genitalier, er risiko for ektopisk graviditet økt. Mulig ektopisk graviditet bør vurderes ved smerter i nedre abdomen, spesielt ved utblett menstruasjoner eller dersom kvinner med amenoré får blødninger. Ektopisk graviditet kan påvirke fremtidig fertilitet, og nytte/risiko bør voveries nøye, særlig hos kvinner som ikke har fått barn. Ikke førstevalg som prevensjon hos kvinner som ikke har fått barn, da klinisk erfaring er begrenset. Effekt på menstruasjonsmønsteret er forventet hos de fleste, og er et resultat av direkte virkning av levonorgestrel på endometriet, og ikke nødvendigvis forbundet med vreaktiviteten. Uregelmessige blødninger og sporblødninger er vanlig i de første behandlingsmånedene. Deretter gir sterk undertrykking av endometriet reduksjon i blødningsvarighet og mengde. Sparsomme blødninger gir ofte oligomenoré og amenoré. Uregelmessige blødninger og/eller amenoré ble gradvis utvirket hos hhv. ca. 22,3% og 11,6%. Graviditet bør utelukkes dersom menstruasjon ikke inntreffer innen 6 uker etter siste påbegynte menstruasjon. Graviditetstest trenger kke gjentas ved fortsatt amenoré, dersom ikke andre symptomer tyder på graviditet. Ved kraftige og/eller uregelmessige blødninger over tid, må passende diagnostiske tiltak igannges, da uregelmessig blødning kan være symptom på endometriepolypper, hyperplasi eller kreft, og kraftige blødninger kan være tegn på at innlegget er utstøtt uten at det er oppdaget. Selv om innlegg og innføringshylse er sterile, kan de pga. bakterieforsuring under innsettning føre med seg mikrober il øvre genitalier. Infeksjon i øvre genitalier er sett ved bruk av alle intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Med Jaydess er bekkeninfeksjon sett hyppigere begynnelsen, med kobberinnlegg er raten høyest i løpet av de 3 første ukene etter innsettning og deretter avtagende. Pasienten må vurderes ut i fra risikofaktorene rbundet med infeksjon i øvre genitalier (f.eks. flere seksualpartnere, seksuelt overførbare infeksjoner, tidligere bekkeninfeksjon) før bruk. Infeksjon i øvre genitalier ikk som bekkeninfeksjon kan gå alvorlige følger, og kan påvirke fertilitet og øke risikoen for ektopisk graviditet. Alvorlig infeksjon eller sepsis (inkl. sepsis forårsaket av streptokokkgruppe A) kan oppstå etter innsettning, selv om dette er svært sjeldent. Ved tilbakevendende endometriitt eller bekkeninfeksjon, eller hvis en akutt infeksjon er alvorlig eller ikke lar seg behandle, må innlegget tas ut. Bakteriologiske undersøkelser må utføres og oppfølging anbefales, selv ved milde infeksjonssymptomer. nnsiden av utstøtning er lav og tilsvarende som for andre intrauterine innlegg med hormoner eller kobber. Symptomer på delvis/fullstendig utstøtning kan omfatte blødninger eller smerter. Delvis/fullstendig utstøtning kan forekomme uten at det merkes, og føre til redusert/manglende prevensjonseffekt. Da innlegget ofte over id reduserer menstruasjonsblødningen, kan økt blødningsmengde være tegn på at innlegget er utstøtt. Et delvis utstøtt innlegg skal tas ut. Nytt innlegg kan settes m samtidig dersom graviditet er utelukket. Kvinnen bør instrueres i hvordan hun skal kontrollere trådene, og om å kontakte helsepersonell dersom hun ikke finner dem. Perforasjon/penetrering av uterus/cervix kan skje, særlig under innsettning, selv om dette kanskje ikke oppdages før senere. Dette kan redusere effekten. Ved perforasjon ved innsettning og/eller uvanlig sterke smerter eller blødninger under eller etter innsettning, bør passende tiltak umiddelbart igannges for å forhindre perforasjon (fysisk undersøkelse og ultralyd). Slike innlegg må tas ut, og kirurgi kan være nødvendig. Amning ved innsettning og innsettning <36 uker etter fødsel gir økt risiko for perforasjon. Risiko kan også være økt ved fiksert retrovertert uterus. Dersom uttakstrådene ikke er synlige i cervix ved oppfølgingsundersøkelse, må oppdaget utstøtning og graviditet utelukkes. Trådene kan ha blitt trukket inn i uterus eller cervikalkanalen, og kan bli synlige igjen ved neste menstruasjon. Dersom graviditet er utelukket, kan trådene vanligvis lokaliseres ved forsiktig undersøkelse av cervikalkanalen med egnet instrument. Dersom de ikke kan lokaliseres, bør mulig utstøtning/perforasjon vurderes. Ultralydundersøkelse kan brukes for å bekrefte posisjon. Dersom ultralydundersøkelse ikke kan utføres eller ikke er vellykket, kan røntgenundersøkelse brukes for lokalisering. Ettersom prevensjonseffekten hovedsakelig skyldes lokal effekt i uterus, er det vanligvis ingen endring i ovulasjon, vanlig follikulutvikling, frigjøring av oocytter og follikelatrasi hos fertile kvinner. Ibland forsinkes follikelatrasi, og follikelutviklingen kan fortsette. Disse forstørrede olliklene kan ikke skilles klinisk fra cyster på eggstokkene, og er sett som bivirkning hos ca. 13,2% (cyster på eggstokkene, hemoragiske cyster på eggstokkene og yster på eggstokkene med ruptur). De fleste cystene er asymptomatiske, men noen kan medføre smerter i øvre genitalier eller dyspareuni. De fleste forstørrede olliklene forsvinner spontant i løpet av 2-3 måneder. Hvis ikke, kan det være nødvendig med fortsatt overvåking med ultralyd og andre diagnostiske/terapeutiske tiltak. I sjeldne tilfeller kan det være nødvendig med kirurgisk inngrep.

nteraksjonjer: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.

Samtidig bruk av legemidler som induserer leverenzymmer, spesielt CYP450-enzymmer, kan øke metabolismen av levonorgestrel og gi økt clearance av kjønns hormoner. temmere av enzymet som inngår i legemiddelmetabolisme kan øke serumkonsentrasjonene av levonorgestrel. Innvirkning på Jaydess er ukjent, men sannsynlig kke av stor betydning pga. lokal virkningsmekanisme. MR-skanning etter innsettning er trygt under følgende forhold: Statisk magnetfelt på <3 Tesla, maks. magnetisk felt 720 Gauss/cm ut fra rområdet. Med 15 minutters scanning under slike forhold, øker temperaturen med maks. 1,8°C på innsettingsstedet. Mindre artefakter kan oppstå på bildet dersom aktuelt område er i akkurat samme område eller i nærheten av innlegget.

Graviditet, amning og fertilitet: Graviditet: Kontraindisert hos gravide. Hvis graviditet oppstår under bruk, skal ektopisk graviditet utelukkes. Innlegget bør tas ut umiddelbart, hvis ikke øker risikoen for spontanabort og prematur fødsel. Uttak eller undersøkelse av uterus kan føre til spontanabort. Ved ønske om å fortsette graviditeten og innlegget ikke kan tas ut, bør det informeres om risiko og mulige konsekvenser for barnet ved prematur fødsel. Graviditeten må følges nøye opp. Alle symptomer på komplikasjoner under graviditeten må rapporteres, f.eks. krampelignende smerter i abdomen med feber. Pga. lokal levonorgestrelkonsentrasjon, bør mulig virrelserende effekt på jentefostre tas i betraktning. Klinisk erfaring er begrenset. Kvinnen bør informeres om at det ikke er vist fosterskader ved fortsatt graviditet ved innlegget på plass. For ektopisk graviditet, se Forsiktighetsregler. Amning: Vanligvis ingen skadelig effekt på spedbarnets vekst eller utvikling ved bruk 6 uker post partum. Brystmelk påvirkes ikke kvantitativt eller kvalitativt. Ca. 0,1% av levonorgestrelen går over i morsmelk. Fertilitet: Fremtidig fertilitet endres ikke. Etter ottak gir fertiliteten tilbake til det normale. Ca. 80% av de som ønsket det ble gravide <12 måneder etter uttak.

Bivirkninger: Svært vanlig (>1/10): Gastrointestinale: Smerter i abdomen/øvre genitalier. Hud: Akne/seboré. Kjønnsorganer/bryst: Blødningsforstyrrelser, inkl. økt og redusert menstruasjonsblødning, sporblødninger, uregelmessig blødning og amenoré, cyste på eggstokkene, vulvovaginit. Nevrologi: Hodepine. Vanlige (>1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Alopeci. Kjønnsorganer/bryst: Infeksjon i øvre genitalier, dysmenoré, brystsmerte/ubehag, utstøtning av innlegg (helt eller delvis), utflod fra skjeden. Nevrologiske: Migrene. Psykiske: Nedstemthet/depresjon. Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100): Hud: Hirsutisme. Sjeldne (>1/10000 til <1/1000): Kjønnsorganer/bryst: Perforasjon av uterus (ved amning ved innsettning og innsettning <36 uker etter fødsel er frekvensen «mindre vanlig»). Følgende er sett ved innsettning/uttak: Smerter og/eller blødninger, vasovagal reaksjon med svimmelhet eller synkope ved innsettning. Prosedyren kan fremkalle anfall ved epilepsi. Partneren kan kjenne uttakstrådene ved samleie. Ved bruk av andre intrauterine innlegg med levonorgestrel er det sett overfølsomhet, inkl. utslett, urticaria og angioødem.

egenskaper: Klassifisering: Intrauterin innlegg med levonorgestrel. Virkningsmekanisme: Frigjør levonorgestrel lokalt i livmoren. Beregnet gjennomsnittlig rigingshastighet over 3 år er 6 µg/24 timer. Høy levonorgestrelkonsentrasjon i endometriet nedregulerer østrogen- og progesterogenreseptorene. Endometriet blir relativt lite følsomt overfor sirkulerende østadiol, og en uttalt antiproliferativ effekt sees. Morfologiske forandringer i endometriet og en svak lokal reaksjon på «remmedlegemet» er observert i forbindelse med bruk. Fortykning av slimhinnen hindrer spermene å passere gjennom cervikalkanalen. Det lokale miljøet i uterus og egglederne hemmer spermieabilitet og -funksjon og forhindrer befruktning. Risiko for graviditet ca. 0,4% 1. år, kumulativ risiko ca. 0,9% etter 3. år. Absorpsjon: T_{max} innen 2 uker. Proteinbinding: Uspesifikt bundet til serumalbumin og spesifikt bundet med høy affinitet til SHBG. <2% av sirkulerende levonorgestrel forekommer som fritt steroid. Fordeling: Gjennomsnittlig distribusjonsvolum ca. 106 liter. Halveringstid: Ca. 1 dag. Total plasmapclearance ca. 1 ml/minutt/kg. Metabolisme: Metaboliseres i stor grad, primært via CYP3A4. Utskillelse: Som metabolitter i feces og urin.

akninger og priser: 1 stk. kr 1096,50

Sist endret: 07.09.2015

Refusjon: Jaydess har ikke generell refusjon

▼ dette legemidlet er under spesiell overvåking

basert på SPC godkjent av SLV: 24.08.2015

Bayer AS, Drammensveien 288, 0283 OSLO

Tlf: 23 13 05 00 – Faks: 23 13 05 15



HUSK PREVENSJON



... eller glem det

MED JAYDESS TRENGER IKKE KVINNE Å HUSKE PÅ SVANGERSKAPSFØREBYGGELSE I OPPTIL 3 ÅR.

Indikasjon: Antikonsepsjon i inntil 3 år.

Ved bruk av alle typer spiral bør kvinner informeres om symptom på og risiko for ektopisk graviditet.

Les preparatomtalen før forskrivning.

Nyttig praksis i



Norge og India har et utstrakt samarbeid innen folkehelse, blant annet gjennom studentutveksling. I fjor var seks helsesøsterstudenter fra Høgskolen i Sørøst-Norge i Pune, India. Her følger deres erfaringer fra fire praksisuker.

Gjennom en samarbeidsavtale med University Grants Commission (UGC) i India tildeler Senter for internasjonalisering av utdanning (SIU) prosjektmidler til norske høyere utdanningsinstitusjoner som ønsker å utvikle et utdannings-samarbeid med indiske institusjoner på master- og PhD-nivå. Prosjektmidlene for samarbeid med India er fra norsk side finansiert av Utenriksdepartementet og administrert av SIU. Fra indisk side er samarbeidet finansiert av Indian Ministry of Human Resource Development og administrert av UGC (1).

Norge og India har et utstrakt samarbeid innen folkehelse, og Høgskolen i Sørøst-Norge (HSN, avdeling Porsgrunn) har flere formelle samarbeidsområder med Universitetet i Pune. Målet med prosjektet har vært gjensidig læring innen folkehelse. Og hensikten med studentutvekslingen fra norsk side har vært helsøsterstudenters læringsutbytte for praksisstudier i henhold til fagplanen (2) i en annen kontekst og kultur. Seks helsøsterstudenter hadde fire praksisuker ved School of Health Sciences, SP Pune University, India, i 2015 og ny utveksling er planlagt høsten 2016.

Gjensidig læring

Mange helseutfordringer og nasjonale satsingsområder er sammenlignbare mellom Norge og India. Prevensjonsveiledning, oppfølging i barselperio-

den, amming, vaksiner og flere forebyggende helsetiltak er like, men bakgrunnen for tiltakene og utfordringene ved gjennomføring er forskjellig. Mens 99 prosent av spedbarna i Norge fikk utført helseundersøkelse innen åttende leveuke i 2014 (3), sliter India med å få mødre til å møte opp på helsestasjonen. Det klare skillet mellom privat og offentlig helsetjeneste i India gjenspeiles i utfordringene og ressursene i offentlig sektor, der gjennomføring av helsefremmende og forebyggende tiltak krever andre tilnæringsmåter og løsninger enn vi er vant med i Norge. Helsesøsterstudentene lærte hvordan man kan gjennomføre forebyggende og helsefremmende tiltak i en annen kultur, under vanskelige forhold og med sparsomt utstyr og dårlig hygiene. Gjensidig læring innen folkehelseutfordringer og gjennomføring av screening av barn på helsestasjonen utgjorde et viktig og konkret læringsutbytte både for helsesøsterstudentene i Norge og PhD-studentene i India.

Praksisopphold og erfaringer

Forberedelser og tilrettelegging

For å kunne godkjenne et praksissted er det flere kriterier som må oppfylles. Faglig innhold og pedagogisk opplegg må forberedes og tilpasses. Læringsutbytter i henhold til helsesøsters fagplan inneholder kunnskap på samfunn-, gruppe- og individnivå. Studentene skal tilegne seg kunnskap på

Av Anne-May Teige,
helsesøster/høgskolelektor,
Høgskolen i Sørøst-Norge

Elisabeth Holm Hansen,
helsesøster/førsteamanu-
ensis, Høgskolen
i Sørøst-Norge (HSN)



SCREENING OG VAKSINERING: Studenten Else Marie Gundersen på jobb i Pune, India. Foto: Christin Paugaard.

alle tre nivåer med ekstra fokus på samarbeid mellom ulike kulturer (2).

Videre er praktisk tilrettelegging viktig og tar stor plass i skolens forberedelser før en studentutveksling. Under oppholdet på fire uker skal studentene også ha muligheter for sosialt samvær. De skal kunne benytte bibliotek og delta på tilstelninger med studenter og kollegaer fra samarbeidende universitet eller praksisplasser. For studieopphold i et land som India handler det mye om sikkerhet. Transport til og fra universitet og praksisplass, samt bosted måtte sikres. Studentene i vårt prosjekt bodde på hotell med sikkerhetsvakter utenfor bykjernen, og med kort vei til universitetet. Studentene ble anbefalt å

ikke benytte offentlig kommunikasjonsmidler som buss og tog. HSN benyttet en indisk fasilitator da studentene var i praksis i Pune. Fasilitatoren bodde på samme hotell som studentene og vurderte sikkerheten kontinuerlig. Han hjalp til med nødvendig transport og lærte studentene praktiske gjøremål. India er et av verdens største land, både geografisk og målt i befolkningstall med mer enn 1,2 milliarder mennesker. Å krysse en trafikkert gate uten trafikklys er noe studentene måtte lære i tillegg til å takle høylytt tigging og pågående gateselgere. De måtte lære å bestille og forhandle pris på en tuk-tuk (rikshaw), samt hvilke spisesteder de kunne benytte om de ikke ønsket å spise på hotellet.



TRAFIKKUTFORDRINGER: Sterk luftforurensning preger gatebildet i Pune. Foto: Christin Paugaard.

Erfaring fra Universitetet i Pune

Studentenes studieopphold i India hadde en varighet på fire uker. I denne perioden skulle de oppfylle læringsmål fra fagplanen gjennom undervisning, praksis og refleksjonsgrupper sammen med PhD-studentene ved universitetet for at helsesøsterstudentene skulle kunne bidra i praktisk arbeid. Det var nødvendig å få kjennskap til indisk kultur, samfunn, helsevesen og hvordan organisering av helsefremmende og forebyggende arbeid foregikk.

Studentenes studieopphold startet med fem dagers kurs på Universitetet i Pune, som en professor og leder av Departement of Health Science hadde ansvar for. Dagene på universitetet var lange med undervisning fra klokken 09.00 til kl. 18.00–18.30. Kurset ga en innføring i Indias geografi, demografi, historisk kontekst, helsevesenets oppbygging og indiske helseindikatorer. En innføring i samfunnsstrukturen i India ble vektlagt for å forstå samfunnet som helhet og de sosiale helsedeterminantene. Det indiske helsevesenet

er skarpt oppdelt i én privat og én offentlig sektor, og det er lagt sterke føringer for folkehelsearbeidet ved vedtatte nasjonale helseprogrammer. Alt dette var viktig kunnskap før studentene skulle ut i klinisk praksis.

Undervisningsuken vekslet mellom forelesninger ved universitetet og observasjoner i private og offentlige sykehus og institusjoner. All undervisning og diskusjon foregikk på engelsk. Samtidig ble det forventet at helsesøsterstudentene underviste om helsetjenester til barn og unge i Norge, organisering av helsestasjon og skolehelsetjeneste, og satsingsområder innen folkehelsearbeidet. Temaer som studentene underviste i var blant annet hvordan vi snakker med ungdommer om prevensjon, hvordan vi veileder unge mødre i ernærings spørsmål, hvem vi samarbeider med, og hva vi gjør når vi oppdager et barn med psykisk eller fysisk funksjonshemming.

Undervisningsuken krevde at studentene sammen med PhD-studentene ved fakultetet reflekterte over faglige spørsmål og deltok aktivt i diskusjoner om

dagens tema eller observasjoner fra praksisfeltet. Hver morgen startet med følgende tre spørsmål: 1. Hvor var du og observerte i går? 2. Hva så du? 3. Sett med norske helsesøsterøyne, hva vil du foreslå av faglige og praktiske forbedringer?

Erfaringer fra helsesentrene

Etter endt uke på universitetet hadde studentene tre ukers praksis i distriktet der helsesøsteroppgaver var i fokus. Folkehelsearbeidet for mor/barn og familie er organisert som kommunale helsesentre som har organisert satellittstasjoner på landsbygda. Arbeidet i slummen var hovedsakelig organisert av frivillige organisasjoner. Registrert slum er organisert i forhold til bosetting og samfunnsstruktur, og det offentlige har ansvar for rent vann og avløp. Uregistrert slum har ingen form for organisering eller kommunalt bidrag. Vaksinasjon av voksne og barn ble utført i en vaksinebuss som jevnlig besøkte slummen i Pune, og den var bemannet med lege og sykepleiere.

Ved helsesentrene er det ansatt lege, sykepleiere og hjelpepleiere som følger opp assistentene ved satellittstasjonene. Assistentene var kvinnelige, ufaglærte, medhjelpere som også var fødselshjelpere. Disse hadde god kjennskap til landsbygda og med stor tillit i befolkningen. Et viktig arbeid ved satellittstasjonene var å få mor til å føde på helsesentrene slik at barnet ble registrert i fødselsregisteret. Tilbud om gratis ernæring til mor og barn i tre måneder etter fødsel førte til at flere mødre kom til helseklinikken for oppfølging. I tillegg fikk de gaver som babyteppe og noen klær til barnet. Ved satellittstasjonene var det tydelig at en utdannet helsesøster kunne utgjøre en forskjell ved å ha kunnskap til å analysere og vurdere sine observasjoner for å sette inn nødvendige tiltak.

Praktisk deltakelse

Helsesjefen i Pune hadde ansvar for praksisplassene til studentene og hadde god oversikt over det helsefremmende og forebyggende arbeidet i Pune-distriktet, som har et befolkningsgrunnlag lik hele Norges befolkning. Fordi studentene fra Norge er offentlig godkjente sykepleiere med variert praksis, ga helsesjefen tillatelse til at de kunne bidra i direkte arbeid på de ulike helsesentrene. Det skulle vise seg at det var legene ved de ulike helsesentrene som bidro til gode faglige diskusjoner og til studentenes praksislæring.

På helsesentrene fikk studentene screene spedbarn ved ulike aldre. Studentene eksaminerte barna etter det norske screeningsystemet og hadde ulike

erfaringer ved det å oppdage avvik. I Norge har vi mulighet til å stille spørsmål ved omsorgsgivere og deres håndtering av barnet. I tillegg har vi lovhjemmel til å legge mor inn på institusjon for å ivareta det ufødte barnet ved for eksempel rus, og iverksette tiltak der helsesøster mener det er tegn på omsorgssvikt (4, 5). Dette var et vanskelig tema i India, og studentene fikk erfare ulike kulturer og oppfatninger. Hva foreldre og andre familiemedlemmer mente, var ofte i motsetning til det helsesøstrene ønsket å foreslå av tiltak. (Bilde 1)

Avsluttende seminar

India har, i samarbeid med WHO, et mål om å planlegge befolkningsveksten i landet (6). I den forbindelse ønsket helsesjefen i Pune at studentene skulle avslutte praksisoppholdet med et personalseminar for de ansatte ved helsesentrene. Målet var å spre kunnskap om hvilke prevensjonsmetoder vi anbefalte våre ungdommer, hvordan vi markedsførte dem og hvordan vi gjennomførte samtaler med ungdommer. Studentene hadde forberedt seg på undervisningen hjemme før de dro og hadde lagt mye arbeid i framføringen. På indisk vis endret bestillingen om undervisningen seg flere ganger mot seminardagen, og studentene måtte være fleksible og etterkomme ønskene på kort varsel. På seminardagen satt legene på første benk med store forventninger til studentenes kunnskap. Sykepleiere satt lengre bak og

«Arbeidet i slummen var hovedsakelig organisert av frivillige organisasjoner.»

assistentene helst bakerst. Det var stort sett legene som kunne engelsk, og studentene benyttet egen tolk. Studentene lærte både å formidle kunnskap om helseopplysning i en fremmed kontekst og på et fremmed språk.

Utveksling fra India til Norge

Etter studentutvekslingen fra Norge var PhD-studenter og ledere fra Universitetet i Pune på studieopphold i Porsgrunn. I løpet av denne tiden, underviste de ved helsesøsterutdanningen og besøkte ulike kommunale institusjoner. Én PhD-student var en hel dag på Sentrum helsestasjon i Porsgrunn, for å observere helsesøster i samtale med barn og foreldre under konsultasjoner. Helsesøstrene i Porsgrunn ga en grundig

■ PRAKSISSTUDIER

innføring i hvordan helsestasjonstjenesten var bygget opp og pedagogikken bak de ulike konsultasjonene. Dette ga PhD-studenten en mulighet til å sette seg inn i den faglige tankegangen bak screeningen av barn og innholdet i samtalen med foreldrene. Den største utfordringen var nok tanken på at norske barn er selvstendige individer med juridiske rettigheter fra før fødsel. Nytt for dem var også at helsesøster i Norge må kartlegge barnets fysiske, psykiske og sosiale utvikling hvor foreldrene inngår som en del av barnets beskyttelses- og risikofaktorer. Det norske screeningsverktøyet for barn opp til fire år ble oversatt og tilpasset indisk kontekst. I ettertid har PhD-studenten fra Pune screenet 5000 barn med det nye screeningsverktøyet for å finne små eller store funksjonshemninger. Resultatene av denne screeningen vil bli presentert ved neste studentutveksling i Pune i november 2016. I tillegg til resultatene fra screeningen vil utfordringene ved å overføre screeningsverktøyet fra norsk til indisk kontekst bli presentert og diskutert.

Konklusjon

Gjennom praksisstudiet i India oppfylte studentene læringsmålene ved å anvende eksisterende og ny kunnskap i observasjon, vurdering og iverksetting av tiltak. Studentene måtte lære å arbeide i en annen kultur og i en ny kontekst med de utfordringene dette medførte. De ble også utfordret i etiske problemstillinger som de måtte reflektere over og håndtere. Studentene fikk erfaring med å undervise og diskutere på engelsk om helsefremmende og forebyggende tiltak for ulike helseprofesjoner.

Screeningsverktøyet på helsestasjoner i Norge er detaljert og innholdsrikt for hvert utviklingsstrinn og står i kontrast til India sitt screeningsverktøy som har felles temaer for alle inntil seks år, men uten tilpasning til alder. Det har ført til faglige diskusjon med muligheter for å lære av hverandre. I samarbeid med India ble det norske screeningsverktøyet oversatt til engelsk og ansatte ved Universitetet i Pune har testet det på 5000 barn i Pune. ■

Referanser:

1. SIU: Indo-Norwegian Cooperation Programme (INCP) <http://www.siu.no/Hoeyere-utdanning/Samarbeid-med-land-utenfor-EU/Indiaprogrammet> (Hentet 04.07.16)
2. Høyskolen i Sørøst-Norge. Fagplanen for helsesøsterstudiet. <http://fagplaner.hit.no/nexusnor/Studier-med-oppstart-2015-2016/Nettvisning/Helse-og-sosialfag/Helsesoesterutdanning> (Hentet 04.07.16)
3. SSB: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/helsetjko/aar/2015-06-25#content>
4. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)1999. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (hentet 04.07.16)
5. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) 2011. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_10#KAPITTEL_10 (Hentet 04.07.16)
6. WHO http://www.who.int/reproductivehealth/about_us/hrp/en/ (Hentet 04.07.16)



VEKTER & MÅLEUTSTYR



AUDIOMETER

SENGEVÆTING



STELLEMATTER

Helsesøsterbutikken

www.helsesosterbutikken.no

post@helsesosterbutikken.no • tlf 21 09 54 42



Små barn er utsatt for jodmangel



JOD I MELK: Melk, fisk og et ellers sunt og variert kosthold, er med på å sikre jodinntaket. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Jodmangel er på fremmarsj i Norge, og gravide, ammende og små barn er mest utsatt, viser en ny rapport. Vi har få gode kilder til jod i det norske kostholdet, og det er derfor viktig at foreldre får råd om hvordan de kan sikre nok jod til barna sine fra de er nyfødte.

Tekst **Kaja Helland-Kigen**, klinisk ernæringsfysiolog, Opplysningskontoret for Meieriprodukter (Melk.no)

Norge har det i lang tid vært antatt at befolkningen har et tilstrekkelig inntak av jod. Sporstoffet har fått lite oppmerksomhet siden alvorlig jodmangel ble uttrykket i Norge på 1950-tallet. En ny rapport fra Nasjonalt råd for ernæring viser imidlertid at deler av befolkningen får såpass lite jod at det er behov for akutte tiltak.

Selv mild jodmangel kan være

uheldig for vekst og utvikling hos barn.

Gravide og ammende har et økt behov for jod, og er derfor en spesielt sårbar gruppe med tanke på jodmangel. For at små barn som ammes skal få nok jod må mors jodstatus være god, og dermed er også små barn en sårbar gruppe. Veganere og andre som unngår melk, meieriprodukter og fisk er også utsatte

grupper. Jod er viktig for hormonene som regulerer stoffskiftet, og nødvendig for normal vekst og utvikling av hjernen hos foster og små barn. Nye studier indikerer at selv mild og moderat jodmangel kan knyttes til lavere kognitiv funksjon, forsinket utvikling og enkelte former for atferdsproblemer hos barn. I tillegg kan jodmangel gi stoffskifteforstyrrelser hos mor. Det er derfor vik-

tig å sørge for god jodstatus hos mødre som ammer, og nok jod i kostholdet til de små barna.

Få gode kilder til jod

Det er få gode kilder til jod i det norske kostholdet. Mesteparten får vi fra melk og meieriprodukter, sammen med fisk og sjømat. Egg inneholder også en del jod. Salt bidrar med svært lite jod i norsk kosthold, fordi kun enkelte salttyper er tilsatt jod, og da kun i små mengder. Tall fra Den norske mor- og barnundersøkelsen viser at jodinntaket har sterk sammenheng med inntaket av melk, meieriprodukter og fisk. De som drikker lite melk, spiser lite fisk og ikke bruker kosttilskudd har økt risiko for å få i seg for lite jod. Derfor er det bekymringsfullt at vi fortsatt spiser for lite fisk her i Norge, og at melkeforbruket går ned.

Barn som ammes

Så lenge et barn ammes er barnets jodstatus avhengig av mors jodstatus. Derfor er det bekymringsfullt at tall fra Den norske mor- og barnundersøkelsen viser at over halvparten av norske gravide får mindre jod enn anbefalt. Det er ingen grunn til å tro at jodstatus er bedre når

Hva når barna begynner å spise vanlig mat?

Når barna begynner å spise vanlig mat er det smart å bruke industri-fremstilte grøter og morsmelkerstatninger, da disse er tilsatt jod. I tillegg kan fisk, sjømat og meieriprodukter gi barna jod etter hvert som de blir større. Tall fra Småbarnskost viser at norske 2-åringer har et gjennomsnittlig jodinntak som er noe høyere enn anbefalingene, men inntaket varierer mye fra barn til barn. Noen barn får svært lite jod, og derfor er det viktig å se på hvor mye det enkelte barn får i seg. For mye jod kan også være uheldig. De som får for mye, er gjerne barn som drikker mer melk enn Helsedirektoratets anbefalinger på 5–6 desiliter om dagen, inkludert yoghurt. Et melkeinntak høyere enn dette er heller ikke heldig med tanke på å sikre et variert kosthold, og nok av for eksempel jern.

Hva med dem som ikke tåler melk?

Melkeallergi er den vanligste matalergien hos små barn, selv om det bare gjelder rundt 3 prosent av barna. Under-søkelser viser imidlertid at det er langt

«Så lenge et barn ammes er barnets jodstatus avhengig av mors.»

mødrene går i gang med ammingen, og derfor kan også norske barn som ammes risikere å få for lite jod. For å unngå jodmangel hos de små barna er det viktig å sikre god jodstatus hos unge kvinner før de blir gravide, i svangerskapet og etter at de har født. Kostråd om å spise hvit fisk og meieriprodukter, og eventuelt ta kosttilskudd, kan hjelpe dem med å få nok jod. Fem desiliter (åtte desiliter til gravide og ammende) melk, syrnnet melk eller yoghurt hver dag, fisk til middag 2–3 dager i uken, inkludert hvit fisk, og et ellers sunt og variert kosthold, er med på å sikre jodinntaket.

flere foreldre enn dette som fjerner melk og meieriprodukter fra sitt eget eller barnets kosthold av ulike årsaker. Noen ammende mødre velger også å kutte ut melk når barnet for eksempel skriker eller gulper mye. Da er det viktig at både de ammende mødre og foreldrene til de små barna får råd om hvordan de kan sikre blant annet jodinntaket. Det vil sannsynligvis være behov for et kosttilskudd med jod. Gravide, ammende og små barn bør bruke kosttilskudd fra apotek, og være forsiktighet med å bruke kosttilskudd fra tang og tare. ■



Hvordan få nok jod

- Den enkleste måten å finne ut om man får nok jod er ved å se på hvor mye melk, meieriprodukter og fisk man spiser.
- 5 desiliter (8 desiliter til gravide og ammende) melk, syrnnet melk eller yoghurt hver dag, fisk til middag 2–3 dager i uken (husk hvit fisk), og et ellers sunt og variert kosthold, er med på å sikre jodinntaket.

Referanser:

Risiko for jodmangel i Norge. Identifisering av et akutt behov for tiltak. Nasjonalt råd for ernæring, 2016. IS-0591.

Dahl L. et al (2003) The iodine content of Norwegian foods and diet. Public Health Nutrition: 7(4), 569–576

Zimmermann MB (2008) The adverse effects of mild-to-moderate iodine deficiency during pregnancy and childhood: a review. Thyroid: 17(9), 829–835

Norkost 3. En landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i alderen 18–70 år. 2010–2011

Matvaretabellen.no



A-CREME™

Det er ikke mange produkter som fortsatt finnes på markedet 60 år etter at de ble lansert. Kun de helt spesielle overlever generasjoner. Den originale A-Creme er en slik krem.

A-Creme er en unik krem for **sensitiv hud**. Ikke fordi den inneholder noen revolusjonerende ingredienser, men fordi den bare virker.

Den trekker lett inn og gjør huden myk. Den er mild og snill for hele kroppen og beriket med vitamin A, som er gunstig for følsom hud som blir lett irritert.

Kort sagt - A-Creme er den perfekte kremen for alle i familien. Selv for de små barnas fine og ømfintlige hud.

En god fuktighetskrem for alle, som kan benyttes som dag- og nattkrem. Den fungerer bra mot solbrent hud, og lett eksem. Den fetter ikke, men trekker raskt inn, og er en meget god anti-wrinkle krem.



– Jeg har alltid vært engasjert

■ PORRETET

Hun er datter av en sosionom og en førskolelærer og har arvet sitt politiske engasjement av dem. Nå har Inga Marte Thorkildsen skrevet et kampskrift om barns rettigheter. En bok hun har fått mye applaus for, men også kritikk fra enkelte hold.

Tekst Anette Folserås Lunde og Kristin Vehusheia Foto Anette Folserås Lunde

Vi møter Inga Marte Thorkildsen en formiddag i mai. Vi har latt oss fascinere av henne gjennom media, der hun uredde taler barnas sak. Praten går lett fra første sekund og vi skjønner raskt at alle spørsmålene vi har forberedt vil være noe overflødig.

Inga Marte Thorkildsen jobber som byråd for eldre, helse og sosialtjenester i Oslo kommune. Hun har en lang politisk karriere bak seg i partiet SV. Vi ber henne fortelle om bakgrunnen for engasjementet for barn og unges rettigheter og muligheten til et trygt oppvekstmiljø.

– Som 19-åring ble jeg jentepolitisk leder i Sosialistisk ungdom. I arbeidet med jentepolitiske spørsmål, kom jeg fort inn på vold og overgrepssproblematikk i familier. På den tiden ble det ikke kalt kriminalitet engang, det ble systematisk bagatellisert. Vold i hjemmet ble jo kalt husbråk. Alt fra hvordan det ble snakket om, til hvordan kvinnene

«Det var kvinnene, ungdommene og de unge voksne jeg var opptatt av.»

ble behandlet i rettsapparatet. Kvinners liv var ikke like mye verdt og det stadfestet bare maktskjevheten og kjønnsdimensjonene i samfunnet. Jeg møtte mange enkeltpersoner som hadde opplevd dette, og ble veldig opptatt av det generelle i disse historiene. Mye var likt, og følelser som skyld og skam gikk igjen. NRK serien Skam opp tar jo også opp en del av denne problematikken og det synes jeg er så bra, sier Thorkildsen.

– Å jobbe med vold og overgrep i nære relasjoner bidro til at jeg fikk lyst til å jobbe i justiskomiteen da jeg ble valgt inn på Stortinget som 25-åring. Jeg ble opptatt av å jobbe frem saker som andre ikke var

så opptatt av, som at vold i hjemmet skulle bli like viktig som volden i gata. Da jeg begynte i justiskomiteen hadde jeg nok mye av et voksenperspektiv. Det var kvinnene, ungdommene og de unge voksne jeg var opptatt av, sier hun.

Fra voksenperspektiv til barneperspektiv

– Men så havnet jeg midt opp i en familievoldssituasjon da jeg som nabo kom ut midt på natten fordi det var bråk i naboleiligheten. Jeg trodde det var fest, men ble møtt av en fortvilet mor med en like fortvilet datter. Det ble veldig sterkt for meg for jeg skjønnte så innmari godt at perspektivene er så enormt forskjellige fra voksne til barn.

– Politiet sa til moren, «kom tilbake i morgen og anmeld». Moren var kanskje fornøyd med det hun, for da kunne hun slippe å gå inn i det, med den ambivalensen som veldig mange av disse kvinnene har. Men barnet sitter der på fanget mitt og sier: «Tror du at mamma skal dø?». Det var en så sjokkerende opplevelse for meg, og det sitter fortsatt så i kroppen at jeg nesten begynner å grine når jeg snakker om det. Du får jo sjeldent en slikt spørsmål, direkte fra barnemunn. Hun stolte tydelig såpass på meg, og selv om hun ikke kjente meg så godt, skjønnte hun at jeg var en som brøyt meg. Barnet ble veldig viktig for meg da, sier Inga Marte Thorkildsen.

Inga Marte var 25 år og akkurat valgt inn i justiskomiteen da denne hendelsen skjedde. Hun brukte dette som et pressmiddel ovenfor politiet som i utgangspunktet ikke ville gjøre noe med situasjonen der og da, men som ba moren komme å anmelde neste dag. Inga Marte har ved enkelte anledninger fått kritikk for å bruke sin posisjon til å hjelpe enkeltmennesker, som for noen kan virke provoserende, mens andre applauderer det, og tenker at det handler om å bry seg.

For Inga Marte Thorkildsen har det vært viktig

å flytte holdninger og kunnskap, og skape paradigmeskifter når det gjelder å ta barns perspektiv. Et eksempel på det er arbeidet med etablering av barnehus. Etter hendelsen hvor hun erfarte at barnets stemme ikke ble hørt eller tatt hensyn til, begynte hun i samarbeid med andre å se på muligheten for å etablere barnehus. Hensikten var at barn skulle få et rettsvern og muligheten til å bli hørt. Ideen om barnehus ble presentert for Stortinget i 2004 i form av et privat forslag fra May Hansen, jordmor fra Østfold og familie- og kulturkomiteen og Inga Marte Thorkildsen selv som leder for justiskomiteen. I 2007 så det første barnehuset dagens lys.

Kampskrift

I 2015 ga byråden ut bok med tittelen «Du ser det ikke før du tror det», som er et kampskrift for barns rettigheter. Her tar hun et sviende oppgjør med både tabukulturen og diagnosesamfunnet. Det er slik at vold og seksuelle overgrep mot barn skjer hele tiden og er et stort folkehelseproblem. Fordi vi tror at vold og overgrep ikke skjer med de barna vi møter, vil vi heller ikke se det. Vi må vekk med tabuene, og hjelpe alle de som rammes. Det er ikke slik at vold og overgrep er noe som kun rammer jenter/kvinner. Det er viktig at også gutter og menn som rammes får hjelp.

Hvordan kan helsesøster bidra?

Et naturlig spørsmål å stille, er hva hun tenker helsesøstrene kan bidra med for å skape et trygt oppvekstmiljø for barn og unge?

Inga Marte Thorkildsen er forsiktig med å mene for mye om hvordan helsesøster skal utøve rollen sin. Hun er imidlertid tydelig på at helsesøstre, i likhet med alle som jobber med barn, må bli flinkere til å spørre barna selv hva de har behov for. Hva sier barn og unge at de trenger? ▶



OPPTATT AV BARN: Barn er folk, men ofte behandler vi barn som at de ikke er det, sier forfatter og byråd Inga Marte Thorkildsen.

«Det finnes barn her i landet som opplever tortur i eget hjem.»

■ PORRETET

Å bruke barn og unge som ressurser og kvalitets sikrere i utviklingsarbeid er viktig for Thorkildsen. Hun har de siste årene vært engasjert i Forandringsfabrikken, der hun ble ansatt som spesialrådgiver i 2014. Forandringsfabrikken er en stiftelse som jobber med å spre kunnskap og erfaringer fra nettopp barn og unge gjennom foredrag, rådgivning og kurs. Barn og unge som er i hjelpesystemet er med som proffer, fordi de har viktig kunnskap og hvordan hjelpesystemer og skole fungerer. Disse unge sitter på mange av de viktige svarene om hva som hjelper, og er dermed viktige bidragsyttere for å forklare hvordan systemene kan utvikles og fungere bedre.

– Det er utrolig mye hjelp som blir gitt, uten at vi spør de som mottar hjelpen hva som hjelper. Mamma har alltid sagt at barn er folk, og det er jo helt sant. Men ofte behandler vi barn som at de ikke er det, lager systemer som vi tror er bra for barn, og så sjekker vi det ikke ordentlig, sier byråden.

Tid og tilgjengelighet er andre viktige faktorer for at helsesøstre skal kunne gjøre en god jobb for utsatte barn og unge. En opprustning av helsesøstertjenesten må til, forteller Thorkildsen. Hun mener imidlertid at helsesøstrene ikke kan klare jobben alene, men er avhengig av et godt tverrfaglig samarbeid. Det må etableres gode tverrfaglige miljøer hvor man har et forebyggende fokus, istedenfor at alt skal bli en sak. Disse miljøene med blant annet BUP og barnevern, må være til stede der barna er.

– Samfunnet vårt er i ferd med å bli veldig sektorisert, mange kan mye om litt, det er ikke så lett å se helhetsbildet og det gjør det litt vanskelig for oss, sier Inga Marte Thorkildsen.

– Vi må jobbe med å utvikle et felles, integrert kunnskapsgrunnlag på tvers av instanser med utgangspunkt i det barna sier skal til, for at det skal bli virksomt. Barn og unge er våre viktigste kvalitets sikrere, våre viktigste kvalitetsutviklere, og er en utnyttet ressurs, sier hun.

– Det er også lett å tenke at dette er en vanskelig sak så dette må jeg sende videre. Så sitter barnet der, som sier jeg vil ikke være en sak, jeg vil være et menneske, jeg vil bli tatt på alvor. Barnet vil forholde seg til noen de kjenner, som de har tillit til og ikke

bli sendt videre som pakkepost til neste instans som gjør at de lukker seg og man må begynne på helt på nytt igjen, sier Thorkildsen.

– Som helsesøster må man jobbe med egne følelser og holdninger som fagperson. Man må vite hva man føler. Hvis man ikke takler det og kan forholde seg til det, kan man ikke jobbe som helsesøster. Da må man finne seg noe annet å gjøre, sier hun.

Så mye mer enn en flyktning

Som følge av dagens flyktningstrøm er det mange barn og unge som kommer til Norge, og vi spør Inga Marte om hun har noen tanker om hvordan vi kan skape en trygg oppvekst for disse.

– Mange av barna har mye i bagasjen når de kommer til Norge, og det er lett å klientifisere og sykeligjøre dem. Jeg tror det viktigste er å fokusere på at de kommer med veldig mange ressurser. De er så mye mer enn kun en flyktning, sier Inga Marte Thorkildsen.

Hun ser også likheter mellom barn med krigstraumer og de utviklingstraumene en del barn utsettes for i Norge i dag.

– Det finnes barn her i landet som opplever tortur i eget hjem. Dagens flyktningssituasjonen er en kjempemulighet til å ruste opp helsetjenestene våre til å møte alle barn og unge som har traumatiske opplevelser bak seg gjennom et helhetlig tilbud på ulike nivåer. Dette krever kompetanse og en felles grunnopplæring. Samtidig er det viktig å bruke kompetansen vi allerede har i Norge som for eksempel Senter for krisepsykologi i Bergen og RVTs, sier byråden.

Handlingsplan mot tvangsekteskap

Inga Marte Thorkildsen var som barne-, familie-, likestillings- og inkluderingsminister med å utarbeide Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013-2016). Vi spør henne hvordan hun ser på disse utfordringene.

– Det var viktig for oss å ikke bare snakke om tvangsekteskap og kjønnslemlestelse i denne forbindelse, men også se på uakseptabel og overdreven innskrenkning av de unges frihet. Vi dreide

innsatsen ned på ungdomsskolenivå og det ble innført minioritetsrådgivere flere steder. Disse skulle komme inn der man så at ungdommer ikke fikk lov til å delta i samfunnet og friheten blir innskrenket på en måte som gjorde at de ikke fikk være vanlige ungdommer. Minioritetsrådgiverne ble også brukt til ICDP grupper og ærlige samtaler med foreldre. Mitt inntrykk var at det var veldig vellykket, forteller Inga Marte. I dag finner man minoritetsrådgiverne i innvandrertette områder i flere storbyer.

Frivillighet

Byråden har stor tro på frivillighetsarbeid for å skape en god oppvekst for barn og unge innvandrere. Den frivillige innsatsen i befolkning er viktig i arbeidet med innvandrere, noe hun har erfart både som politiker og som mamma. Vi trenger frivillige som brenner for, og som tar innvandrere med inn i det vanlige livet. Dette kan blant annet gjøres ved å ta i bruk etablerte arenaer som de unge allerede er på, for eksempel innen idrett. Utfordringen kan være å finne gode systemer som gjør at det frivillige engasjementet blir brukt på en god måte.

– Likemanns og likekvinnearbeid har jeg også stor tro på, sier Thorkildsen ivrig. Hun drar frem Bydelsmødrene i Oslo som et godt eksempel. Dette er engasjerte innvandrerkvinner som har bodd i Norge en stund og som har gjort seg noen erfaringer. Disse kvinnene får opplæring i hvordan samfunnet fungerer og hvordan være en god bydelsmor. Så går de og banker på hos isolerte innvandrerkvinner for å få dem med i «gjengen». De oppleves ufarlige, og som noen som virkelig bryr seg.

– Beste forebyggende barnevern du kan ha, sier byråden.

I tillegg trekker Inga Marte Thorkildsen frem hjemmebesøksprogrammet Nurse family partnership (NFP). Dette er et viktig helsefremmende og forebyggende tiltak som byråden har stor tro på. Programmet er styrkebasert og ressursorientert og tilbyr oppfølging av førstegangsforeldre i en utfordrende livssituasjon fra tidlig i svangerskapet til barnet er to år. Hun mener det er viktig å starte oppfølging av foreldre i svangerskapet og gi langvarig hjelp til de som sliter.



POLITIKER: Inga Marte Thorkildsen har en lang politisk karriere bak seg i partiet SV. Hun var bare 19 år gammel da hun ble jentepolitisk leder i Sosialistisk ungdom.

– Det er viktig å være der og være der over tid for dem som trenger det, sier hun bestemt. Utgangspunktet må være at vi ønsker at de skal lykkes som foreldre.

NFP er et risikobasert program. Byråden jobber nå med en avlegger av NFP som hun kaller «Nye familier», som er et universelt program. Dette skal være et tilbud til alle førstegangsfødende og alle som får barn i Norge for første gang.

Intervjuet går mot slutten. Vi har fått flere historier om enkeltmenneskers liv. Det slår oss at dette er ei dame med stort hjerte. Hun er ikke bare kunnskapsrik og brennende engasjert i politiske saker. Hun er genuint opptatt av enkeltmenneskene hun møter og deres historier. Det ses en ekthet som skaper trygghet og en visshet om at hun tar både enkeltmenneskene og sakene på alvor.

Og med det må Inga Marte sykle videre til neste oppdrag som byrådsleder. Vi blir med henne ut for å ta et bilde og igjen blir vi imponert over at hun tar seg tid til å lytte til enkeltmennesker, i dette tilfelle hissige drosjesjåfører som har en høne å plukke med Oslo kommunes håndtering av piratvirksomhet. ■



Sex har ikke
forandret seg

men nødprevensjon har



- ellaOne® er en reseptfri nødprevensjon som bør tas så raskt som mulig og senest 120 timer (5 dager) etter ubeskyttet samleie eller prevensjonsvikt.
- ellaOne virker ved å hemme eller utsette eggøsning.
- ellaOne er vist minst like effektiv som levonorgestrel tatt i løpet av de første 72 timene etter ubeskyttet samleie. Ved metaanalyse av data fra disse to randomiserte kontrollerte studiene viser ellaOne en betydelig lavere risiko for graviditet enn levonorgestrel (p=0,046).

ellaOne «HRA Pharma»

Postkoital antikonsepsjon.

ATC-nr.: G03A D02

TABLETTER 30 mg: Hver tablett inneholder 30 mg ulipristalacetat, hjelpestoffer: 1 Indikasjon: Nødprevensjon innen 120 timer (5 dager) etter ubeskyttet samleie eller prevensjonsvikt. **Dosering:** Behandlingen består av 1 tablett som skal tas så raskt som mulig, men ikke >120 timer (5 dager) etter ubeskyttet samleie eller prevensjonsvikt. Kan tas når som helst i menstruasjonssyklusen. Ved oppkast <3 timer etter inntak, bør ny tablett tas. Graviditet skal avkreftes før inntak ved forsinket menstruasjon eller graviditetssymptomer. Spesielle pasientgrupper: Avorlig leversvikt: Bruk frarådes pga. mangel på spesifikke studier. Barn og ungdom: Egnert for fertile kvinner i alle aldre, også ungdommer. Ingen forskjell i sikkerhet eller effekt sammenliknet med kvinner >18 år. **Administrering:** Kan tas med eller uten mat. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Graviditet. **Forsiktighetsregler:** Skal bare brukes sporadisk. Må aldri erstatte vanlig prevensjon. Kvinner bør rådes til å anvende fast prevensjon. Hindrer ikke graviditet i alle tilfeller. Kan ikke avbryte eksisterende svangerskap. Ikke effektiv dersom eggløsningen allerede har inntruffet. Gir ikke beskyttelse hvis man har samleie igjen etter inntak. Kontraindicerer ikke fortsatt bruk av hormonprevensjon, men kan redusere virkningen av den. Derfor kan hormonprevensjon startes opp eller fortsettes med etter inntak av ellaOne. Men kvinner bør bruke pålitelig barrieremetode inntil neste menstruasjon. Dersom menstruasjonen er >7 dager forsinket eller unormal eller ved graviditetssymptomer, må det tas graviditetstest. Muligheten for ektopisk svangerskap vurderes. Kontakt lege ved graviditet etter bruk av ellaOne. Det foreligger ikke data om virkningen av ellaOne tatt >120 timer (5 dager) etter ubeskyttet samleie. Begrensede og ikke entydige data tyder på at effekten kan reduseres med økende kroppsvekt/BMI. Bør imidlertid tas så snart som mulig etter ubeskyttet samleie, uansett kroppsvekt/BMI. Etter bruk kan menstruasjonssyklusene starte noen dager tidligere/senere enn forventet. Ikke anbefalt ved alvorlig astma som ikke kontrolleres tilstrekkelig med oralt glukokortikoid. Inneholder laktose, og bør ikke tas ved sjelden arvelig galaktoseintoleranse, Lapp-laktasemangel eller av glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Effekten av ulipristalacetat reduseres ved samtidig bruk av CYP 3A4-induktorer (fenobarbital, fenytoin, karbamazepin, rifampicin, ritonavir (langvarig bruk), efavirenz, fosfenytoin, nevirapin, okskarbazepin, primidon, rifabutin og johannesurt (prikkerikum)). Samtidig bruk anbefales ikke. Enzyminduksjon avtar langsomt og effekten av ulipristalacetat kan reduseres 2-3 uker etter seponering av enzyminduktorer. Esomeprazol reduserer Cmax, forsinket Tmax og øker AUC, men klinisk relevans etter enkeltadministrering av ulipristalacetat er ukjent. Virkning av prevensjon med kombinerte hormoner eller med kun progesteron kan bli redusert. Samtidig bruk av ulipristalacetat og nødprevensjon som inneholder levonorgestrel anbefales ikke. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Se Kontraindikasjoner. Det er ikke sett teratogent potensial, men dyrestudier er ikke tilstrekkelige med hensyn til reproduksjonstoksicitet. Begrensede data fra mennesker tyder ikke på reproduksjonstoksicitet. Pasienter og helsepersonell bes rapportere all eksponering for preparatet under svangerskap til innehaver av markedsføringstillatelsen. Amming: Utskilles i morsmelk. Effekt på nyfødte/spedbarn er ikke undersøkt. Risiko for barn som ammes kan ikke utelukkes. Etter inntak av preparatet frarådes amming i én uke. I denne perioden anbefales det å pumpe ut og kaste brystmelken for å stimulere melkeproduksjonen. Fertilitet: Fertiliteten returnerer trolig raskt etter behandling. Kvinnene må rådes til å bruke en pålitelig barrieremetode til alle senere samleier inntil neste menstruasjon. **Bivirkninger:** Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme, abdominalsmerte/-ubehag, oppkast. Kjønnsganer/bryst: Dysmenoré, bekkenmerter, ømme bryster. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi, ryggsmerte. Neurologiske: Hodepine, svimmelhet. Psykiske: Stemningsleieforstyrrelser. Øvrige: Tretthet. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Diaré, munntørrhet, dyspepsi, flatulens. Hud: Akne, hudlesjoner, pruritus. Infeksiøse: Influensa. Kjønnsganer/bryst: Menoragi, skjedeutflod, menstruasjonssidelser, metroragi, vaginit, hetetokter, premenstruelt syndrom. Luftveier: Halstørhet. Neurologiske: Somnolens, migrene. Psykiske: Emosjonelle lidelser, angst, insomni, hyperaktivitet, libidoendringer. Stoffskifte/ernæring: Endret appetitt. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Kuldegysninger, utilpasshet, feber. Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000): Hud: Urticaria. Kjønnsganer/bryst: Genital pruritus, dyspareuni, ovarialcysteruptur, smerter i vulva/vagina, hypomenoré. Neurologiske: Tremor, svekket oppmerksomhet, smaksforstyrrelser, synkope, parosmi. Psykiske: Desorientering. Øre: Vertigo. Øye: Unormale fornemmelser i øyet, okulær hyperemi, fotofobi. Øvrige: Tørste. **Overdosering/Forgiftning:** Begrenset erfaring med overdosering. Enkelt-doser på opptil 200 mg er administrert til et begrenset antall personer og ingen alvorlige bivirkninger er rapportert. Se Giftnormasjonsens anbefalinger på www.felleskatalogen.no **Egenskaper:** **Klassifisering:** Hormonpreparat til postkoital antikonsepsjon. Aktiv syntetisk selektiv progesteronreseptormodulator som virker gjennom høyaffinitetsbinding til progesteronreseptoren. **Virkningsmekanisme:** Antas primært å hemme eller forsinke ovulasjon ved å undertrykke LH-stigningen. Hos noen kvinner kan også follikkelrupturen forsinkes, selv når ulipristalacetat tas like før eggløsning (LH har begynt å stige). Ulipristal gir lavere risiko for graviditet enn levonorgestrel ved bruk som nødprevensjon 0-72 timer etter ubeskyttet samleie. Gitt 48-120 timer etter ubeskyttet samleie gir ulipristal en graviditetsrate på 2,1%. **Absorpsjon:** Raskt. Tmax (ca. 176 ng/ml) etter ca. 1 time. Fettkost resulterte i lavere Cmax, forsinket Tmax og høyere AUC sammenliknet med fastende tilstand. Proteinbinding: >98%. **Halveringstid:** Ca. 32 timer etter inntak av 30 mg. **Metabolisme:** I lever, hovedsakelig av CYP 3A4. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig clearance ca. 77 liter/time. **Pakninger og priser:** 1 stk. (blister) kr*. **Sist endret:** 01.02.2015

Referanse:

Preparatomtale ellaOne, 24.03.15, p 4.2 og p 5.1. www.legemiddelverket.no
NO/ULP/0616/0002/11867





TUNGE TANKER: Gjennom samtaler kan unge mennesker få hjelp til å takle følelser og bli kvitt symptomer på for eksempel depresjon. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Hva er følelsesfobier?

Frykt for trange rom, edderkopper eller høyder – fobier forbindes vanligvis med noe utenfor oss. Forskning viser imidlertid at vi også kan reagere fobisk på noe inni oss.

Den tidligere lederen av forskningsavdelingen ved Modum Bad, Leigh McCullough fra Boston, kalte slike fobier for følelsesfobier. Denne artikkelen starter med å belyse følelsesfobier gjennom en tenkt samtale med en tenåring. Deretter gjennomgås kort forskjellen mellom kognitive og følelsesfokusede modeller. Videre presenteres følelsesfobimodellen og hvordan den kan være nyttig når vi skal hjelpe barn og ungdom med å takle livets uunngåelige smerte.

Samtale med en ungdom

Mange barn og unge får problemer og symptomer uten at vi alltid forstår hva som ligger til grunn for dem. Det følgende er en tenkt dialog mellom en hjelper og en ungdom. Måten å spørre på er i tråd med en følelsesfobimodell. Denne ungdommen strever med å finne mening og har økende skolefravær. Det som før ga glede, gjør det ikke lengre. Daglig går det mange timer med til stressvonne grublerier og bekymringer. Lengre perioder med passivitet og tilbaketrukkethet

plager henne. Det kan være vanskelig å komme seg opp av senga i perioder. Til noen voksne har hun antydning at det kunne være godt å slippe å være til. Noen ble etter hvert alvorlig bekymret for at hun var blitt deprimert og tenkte at hun trengte noen å snakke med. De samme «noen» tenkte at det kunne ha med sosial angst og dårlig selvbilde å gjøre. Kunne hun få friske tanker og nytt mot slik at hun kom ut av en ond sirkel? En tenkt dialog:

Hjelper (H): Hvilket problem trenger du hjelp for?

Ungdom (U): Jeg føler meg deprimert, alt er så slitsomt for tiden. Kommer ikke ut av det, liksom.

H: Kan du gi meg et eksempel på hvordan dette er for deg?

U: Det har vært sånn lenge, jeg klarer ikke å finne et eksempel akkurat nå.

H: Det er lettere å hjelpe deg hvis du er konkret.

U: Det kommer an på dagen og formen...

H: Når følte du det tungt sist og endte opp med å føle deg deprimert?



Av Knut Halfdan Svendsen, psykolog, Langgesund psykologsenter og Høgskolen i Sørøst-Norge

U: Husker ikke nå, det har vært så mange ganger sånn... (Ser ut i rommet).

H: Det er lettere for meg å forstå deg og problemet ditt hvis vi kan se på et konkret eksempel på sist problemet ditt var plagsomt.

U: Um... For to dager siden var det vanskelig igjen. Da jeg våkna var jeg ikke i form.

H: Ok. Fortell hvordan det var for deg akkurat den dagen da du våkna.

U: ... Hvis jeg ikke er i form blir jeg ofte værende i senga utover dagen. Det skjedde den dagen også. Sa til de hjemme at jeg følte meg syk, men tror de skjønnte at jeg ikke var sånn vanlig syk, hvis du skjønner?

H: Tror jeg skjønner. Hva kjente du i kroppen som gjorde at du ikke følte deg i form?

(H vil sjekke om U har angstsymptomer som kan være tegn på fobi mot følelser.)

U: Jeg følte meg kvalm og litt uggen i magen, hadde litt hodepine også. Var anspent også.

(H tenker at dette kan være tegn på angst for underliggende følelser (følelsesfobi) og vil prøve å finne ut om hun har angst for noe på innsiden akkurat nå.)

H: Kjenner du noe av dette akkurat her når vi sitter og snakker sammen?

U: Ja, jeg har en klump i magen og er anspent her. (Peker på nakken)

H kunne valgt å spørre videre om hun hadde noen følelser som gjorde henne anspent nå, men velger å prøve å finne ut når problemene startet. Det er ikke uvanlig at følelsesfobier har blitt mer intense etter å ha blitt trigget av noen krevende livshendelser.

Dialog fortsetter:

H: Hvor lenge har du hatt problemer med ikke å være i form om morran og følelsen av å være deppa?

«Resultatet blir ofte god og praktisk psykologisk hjelp.»

U: Det begynte for cirka ett og ett halvt år siden.

H: Hvordan var livet ditt på den tida?

U: Jeg fant ut at han jeg var sammen med hadde begynt å være med en annen.

H: Hvordan reagerte du da du forsto det?

U: Jeg ble helt satt ut, fikk sjokk, klarte ikke å tenke.

I den videre dialogen kommer det fram at hun også hadde følte seg litt svimmel og vondt i magen da det gikk opp for henne hva som hadde hendt. Hun følte at hun bare måtte vekk og sendte beskjed med en gang

om at det var over. Etterpå gjorde hun alt for å unngå ham og blokkerte ham på telefonen. H tenker på U kanskje har en «fobi» mot å føle bestemte følelser, kanskje frustrasjon, sinne eller andre følelser? H bestemmer seg for å hjelpe henne til å bli oppmerksom på hvilke spontane følelsesreaksjoner som ble trigget den gangen og kanskje også her og nå hvis hun tenker på det. Hvis hun reagerer med angst (fobi) kan det forstås som en følelsesfobi. Videre om hun automatisk, uten å være bevisst det, pleier å takle følelsene og ubehaget de vekker på en «unngående» måte. I alle fobier og angster er unngåelse et kardinalkjennetegn. Ofte vil unngåelsen bestå av ulike måter å dempe eller skape avstand til følelser som trigges i krevende livssituasjoner.

Dialog fortsetter:

H: Det høres ut som om det som skjedde var fryktelig vanskelig for deg.

U: Det var grusomt, følte meg i sjokk og på sida av meg selv. Det var helt kaos i hodet.

H: Hvordan prøvde du å håndtere det etter det første sjokket?

U: Jeg begynte med en gang å gruble på hvorfor det skjedde og hva jeg hadde gjort galt. Jeg analyserte om og om igjen hvorfor han gjorde det. Prøvde også å finne ut hva jeg kunne gjort annerledes og hva jeg måtte passe på hvis jeg skulle bli sammen med en annen igjen.

H: Skjedde det noe med selvbildet ditt?

U: Jeg ble kritisk mot meg selv, på hvordan jeg så ut og hvordan jeg var sammen med andre. Etter hvert begynte jeg å gruble på hva vennene sa om meg når jeg ikke var til stede. Det virket som de trakk seg unna meg i tida etter at dette skjedde.

H vil prøve å hjelpe henne med følelsesfobien ved å hjelpe henne til å la være å bruke de automatiske måtene hun bruker for å unngå å føle følelser.

Dialog fortsetter:

H: Hva følte du overfor ham da du fikk høre at han var sammen med en annen jente?

U: Jeg følte at han hadde sviktet meg. (U svarer med tanker eller vurderinger i stedet for følelser, som ofte er måter å unngå følelser på. Hun trenger litt mer hjelp til å «face» og eksponere seg overfor følelsene hun faktisk hadde overfor det som skjedde. Merk at eksponering også er vanlig å bruke ved ytre fobier som høydefobi eller heisfobi.)

H: Klart du fikk sånne tanker om ham, og så lurer jeg på hvilke følelser du kjente overfor ham når det gikk opp for deg hva som hadde skjedd.

U: Jeg kjente meg tråkka på!

Flere tanker og vurderinger kommer, som kan hindre henne i å bli klar over de spontane følelsesreaksjonene som den krevende livssituasjonen utløste. Samtidig virker hun nå mer anspent i skuldrene og begynner å puste fortere mens hun snakker om det. Dette er tegn på angst og styrker antakelsen om at hun reagerer med angst i stedet for å kjenne følelsene som skruses på i henne. H legger inn et mildt press for å hjelpe henne til å merke hva som trigger at hun nå blir stresset.

Dialog fortsetter:

H: Klart du kjente deg tråkka på når det skjedde, og hvis du ikke skal bruke tankene dine, hvilke følelser kjente du inni deg overfor ham når du fikk greie på det?

U: Jeg ble... Jeg ble... irritert og... frustrert (Virker som hun får energi samtidig som hun sier dette)

H: Hvor kjenner du den frustrasjonen?

U: Her. Peker midt på brystet

H: Hva kjenner du der?

U: Jeg blir varm inni meg (Hun klemmer fingrene sammen)

H: Det virker som om fingrene dine reagerer. Kjenner du frustrasjonen i de også?

U: Ja, det kribler i dem.

H: Hva kunne skjedd hvis irritasjonen som gjør deg varm nå og fingrene bestemte over seg selv? Hvis du ikke hadde noe kontroll over dem?

U: Da ville jeg ha klappa til ham midt i ansiktet. (I det hun sier det blir hun blank i øynene og trekker et dypt sukk.)

Etter flere spørsmål som hjelper henne til å bli klar over hva som trigges innvendig, kommer hun nærmere følelsene som ble unngått da det skjedde. Problemene hennes skyldtes ikke følelsene som ble unngått, men måtene hun uten å være klar over det, unngikk dem på. Å gruble kritisk på eget selvbilde, spekulere på hvor negativt innstilt andre var mot henne bidro til at hun følte seg ganske ubrukkelig og deprimeret et og et halvt år etter selve hendelsen.

Dialog fortsetter:

H: Hvilken følelse kjenner du inne i deg akkurat nå?

U: Jeg blir lei meg. (Tårene presser på, hun snur seg bort og svelger.)

Videre i samtalen blir hun oppfordret og hjulpet til å oppleve og erfare mer av den sorgen som begynte å bevege seg etter at frustrasjonen og sinne hadde banet vei for den. I de påfølgende samtaler ble hun

mer og mer klar over hvordan hun vanemessig pleide å unngå følelser som irritasjon og tristhet. Symptomene på depresjon og passivitet avtok gradvis og hun begynte å ta til seg av livet igjen.

Uro er følelser uten ansikt. Det er ikke uvanlig at frustrasjon og sinne som ikke oppleves kan flippe innover og bli bensin til selvkritikk, skam og depresjoner. På liknende måter kan en sorgprosess som ikke kommer i gang, gi en sterk og overdreven skyldfølelse som forsterker nedstemthet og håpløshet. I gjennomgangen av følelsesfobimodellen videre i artikkelen oppfordres leseren til å ha dialogen over i bakhodet. Den er en illustrasjon på hva som menes med begrepet og fenomenet følelsesfobier.

Forholdet mellom tanker og følelser

Modeller og teorier er forenklinger av virkeligheten. Heldigvis har vi flere modeller som kan hjelpe oss å forstå og redusere psykisk lidelse. Det gir oss valgmuligheter. Mennesket er så sammensatt, irrasjonelt og mangfoldig at flere perspektiv er nødvendig. En modell er ikke best i alt, men alle modeller gir sine særskilte bidrag for å forstå og lindre psykisk smerte og lidelse. Vi kan ikke hindre at livet farer ille med oss eller andre, men vi kan gjøre noe for å hindre og redusere lidelse. Grovt sett kan modellene vi i dag ofte bruker i våre fag deles inn i to:

- 1) De som tar mål av seg til å påvirke følelser og atferd via tankeprosesser og
- 2) De som retter seg mot å påvirke vårt forhold (eller ikke-forhold) til ufølte følelser som igjen kan virke helsebringende.

I neste avsnitt beskrives kort modeller av den første typen. Deretter vil artikkelen dreie seg om den andre typen modeller representerer ved følelsesfobimodellen.

Kognitive modeller

Psykologisk førstehjelp (Raknes, 2010) og KAT eller kognitiv atferdsterapi (Hagen & Martinsen, 2012) er eksempler på modeller som fokuserer på tankens kraft. De er med god grunn blitt populære blant hjelpere og helsemyndigheter, etter min erfaring fordi de er relevante, strukturerte, praktiske og nyttige å lære seg. Bevisstgjøring av at mentale innstillinger og feilantakelser, av noen kalt tankevirus (Brorson, 2012), kan forsterke følelsesmessig lidelse gir mening. Likeledes at vi kan bevisstgjøre og lære oss å utvikle alternative og mer hjelpsomme tanker og tankemønstre som hjelper oss ut av onde sirkler.

Resultatet blir ofte god og praktisk psykologisk hjelp. Kognitive modeller er nyttige å lære seg fordi de kan være til god hjelp ved uro og depresjoner. At de i tillegg er pedagogiske, systematiske og her-og-nå-rettet taler og til deres fordel. Gjennom erfaring fra veiledningsgrupper med helsesøstre er det mitt inntrykk at mange i faggruppa har tilegnet seg kompetanse på disse metodene. I det følgende skal vi imidlertid beskrive en modell som tar et annet utgangspunkt.

Dynamiske modeller

Følelsesfobimodellen er en dynamisk modell og forstå psykisk «uhelse» fra en annen vinkel. Forenklet sagt ser en på for eksempel angster, selvbildevansker og depresjoner som et resultat av følelsesfobier, mer en av uhensiktsmessige tanker eller tankemønstre. Sistnevnte sees på som en del av fobiske unngåelsesstrategier, ikke som årsak til lidelse.

Modellen tar utgangspunkt i at årsaken til symptomer og tilpasningsproblemer kan være at vi har utviklet fobiske reaksjonsmønstre for vitale følelser som sinne, frustrasjon, sorg/tristhet, frykt eller glede. Når slike følelsene trigges av situasjoner, tanker eller gjennom kontakt med andre, utløses det samme reaksjonsmønstre som ved vanlige fobireaksjoner:

- 1) Først reagerer vi med angst og
- 2) Deretter settes automatiske unngåelsesstrategier i

«Uro er følelser uten ansikt.»

gang, også kalt forsvar. Oppgaven deres er å redusere angstubeaget og indirekte også avstanden til følelsene som trigget ubehaget.

Unngåelsesreaksjonene trøbler det ytterligere til for oss. Det er ikke følelsene som unngås eller holdes «på distanse» som blir problemet etter hvert, det er selve strategiene som fører til lidelse og slitsomme rundkjøring som ikke flytter oss noe sted. I dialogen tidligere i artikkelen virket det som at grubling, selvkritiske tanker og spekulasjoner om hva andre kunne mene om henne fungerte som unngåelsesstrategier. Disse måtene å ikke forholde seg til følelser førte igjen til depressive symptomer som avmakt, hjelpeløshet og passivitet. Tenåringen havnet i en sirkel som det var vanskelig å komme ut av.

«It is not what we feel that causes trouble in our lives, it is how we deal with the feelings that creates pain and a nonhappy life.»

Med andre ord, følelser i seg selv skaper ikke problemer, det er hvordan vi forholder oss til dem som

kan føre til problemer. Dette er i og for seg ikke et nytt perspektiv, men det er først i de siste tiårene at det er blitt mer anvendbart i praksis. Det skyldes nyere kunnskap fra emosjons- og hjerneforskning, grundige observasjonsstudier og ikke minst kunnskap fra den viktige tilknytningsforskningen.

Videre i artikkelen vil den dynamiske følelsesfobimodellen bli utdypet videre. Dynamikk betyr kraft og henspiller på at ulike krefter i vår indre psykologi kan jobbe mot hverandre og mot våre interesser uten at vi forstår eller ønsker det. Dette kan minne litt om dataprogrammer som kjører i bakgrunnen uten at vi ser dem på selve skjermen. Virkningene av dem kan vi imidlertid kjenne i form av angst, symptomer og måter å håndtere det på som bare gjør det verre.

Først drøftes fenomenene angst og vitale følelser. Deretter kommer en kortversjon av moderne tilknytningspsykologi. Til slutt trekkes dialogeksemplet i starten av artikkelen inn igjen for å vise hvordan denne måten å forstå psykiske problemer og lidelse på er nyttig for å hjelpe barn og unge, eller alle mennesker for den saks skyld, som sitter fast i noen mønstre.

Angst trumfer alt!

Angst overstyrer det meste i våre liv, også andre følelser. Grunnen er at det ikke hjelper å være glad eller trist hvis vi føler oss i fare. I ytterste konsekvens kan det å overse angst som signal om fare på ferde være svært risikabelt. Angst dreier seg alltid om beskyttelse og igangsetter en rekke automatiske tiltak for å redusere fare og unngå usikkerhet. De intelligente og logiske avdelingene øverst i hjernen har mindre og mindre de skal ha sagt jo mer angsten øker.

Ved vanlige (angst) fobier er det ganske åpenbart å skjønne hva som skjer. Tenk på en person med tannlegeskrekk. Når denne personen får en innkallelse i posten klinker hjernen til med symptomer som sug og klump i magen og spenninger i ryggen, kortere pust og kvalme. Dette er kroppslige tegn på angst som igjen er et resultat av at hjernen vår hater kombinasjonen ubehag + usikkerhet. Selv i lavere grader av denne kombinasjonen begynner hjernen (og vi) å stresse. Før hjernen den minste fert av denne miksen begynner alarmen, det vil si angsten, å vibrere i kroppen.

Jo mer alarmen går, jo mer prepper hjernen oss til å handle, etter hvert til angrep, flukt eller frys hvis det blir ubehagelig nok, men vanligvis flukt eller mer persist unngåelse. I eksempelet over vil det innebære enten å unngå tannlegebesøk for enhver pris, ta en annen vei underveis til personen i hvit frakk eller å flykte ut av stolen i et kritisk øyeblikk i det angsten



HELSEØSTER: I møte med unge kan det være nyttig for helsesøster å forstå hvordan følelsesforbier påvirker mennesker, for å kunne gi best mulig hjelp. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

skyter i været. De samme reaksjonene ser vi ved alle fobier enten det er fobi for hunder, fugler, ormer, heiser eller talerstoler. For en interessant oversikt over cirka 600 «ytre» fobier, se www.fobier.net.

Ytre eller indre fare?

Tilbake til indre fobier. Hvorfor er angst på en måte vanskeligere å håndtere ved følelsesfobier? For det første er følelser ikke så konkrete som krypdyr, gjenstander eller prekestolen for den saks skyld. For det andre finnes det som skaper fobien inni oss. For det tredje kjenner og skjønner vi ikke hva det er som skurrer på alarmen. Vi kjenner bare angsten som alarmerer at noe truer et eller annet sted. Tenk på en røykvarsler som piper forsiktig eller høylytt og du aner bare ikke hvor det ulmer eller brenner. Vi kjenner bare redselen i kroppen. Da risikerer vi å koble redselen til noe i situasjonen, for eksempel en persons skikkelse eller noe han eller hun gjør eller sier. For det fjerde vet vi ikke når ubehaget går ned igjen. Ved ytre og ekte farer er dette mye lettere. Når banken har fått pengene sine, ormen er drept eller en truende situasjon er under kontroll, ja da kan vi puste lettet ut.

En tommelfingerregel er at frykt er redsel for noe utenfor oss og angst er redsel for noe ukjent inni oss. Med andre ord, frykt går sammen med ekte farer og angst går sammen med ukjente eller tenkte farer. Men det er de samme forbaska kroppslige reaksjonene som settes i gang. Det er det som ofte «krøkker» det til for oss. I tillegg prioriterer hjernen det minste tegn på angst i kroppen ut fra prinsippet: Det bedre å ta feil minst fem eller ti ganger for mye enn omvendt. Da kan det være «too late». Her skal ubehaget reduseres og det skal overlevs!

Så får vi heller bli litt skvetne og usikre underveis da? Jo på en måte, det er kostnadene med å ha et slikt system installert i hjernen. Hjernen er designet for krig, ikke for fred. Er det rart det blir trøbbel, selv i et av de tryggeste landene i verden? Er det rart vi blir ekstra stresset av livshendelser med minus foran? Ikke i det hele tatt, for hadde vi ikke hatt evnen til reagere med frykt og angst hadde vi vært utdødd for lengst.

Sammen med ubehaget i kroppen følger automatiske faretenker og «tiltak» som har ett mål for å øye, nemlig å beskytte oss hos mot ubehag og farer. I vårt eksempel ville vi utsatt eller unngått tannlegen på de mest åpenbare eller finurlige måter. Fordelen med disse unngåelsesreaksjoner er at de demper ubehaget. I hvert fall nok til at vi sannsynligvis gjentar disse tiltakene ved neste alarm. Faren blir ikke borte for godt, men unngåelse lindrer eller utsetter følelsen av fare. Uheldigvis er de langsiktige ulempene åpenbare. Å unngå tannleger skaper bare nye problemer på sikt.

Vitale følelser

For å forklare følelsesfobier er begrepet vitale følelser vesentlig. Vital betyr livaktig og følelse betyr bevegelse. Vitale følelser kan betraktes som medfødte indre livaktige bevegelser eller følelsesreaksjoner som hjelper oss til å forstå oss selv og andre. De kan betegnes som indre kompass som forteller oss hvordan det er å være oss akkurat her og nå (Malan & Coughlin 2007). De kan fortelle oss hva vi trenger og hvordan vi kan reagere på og håndtere gode og krevende situasjoner.

Det er ikke alltid vi får det vi ønsker oss, det kan likevel være viktig å vite hvordan vi har det med det

i krevende situasjoner. Vitale følelser gjør oss bedre i stand til å ta sunn stilling til det som skjer rundt og med oss, til å oppleve det gode og til å mestre livets utfordringer. Tilsvarende vil svekket eller manglende kontakt med indre kompasser lettere føre til vansker med å håndtere livets uunngåelige smerte. Likeledes til problemer med å nyte og ta til oss av livets gleder og goder.

De viktigste vitale følelsene er frustrasjon-irritasjon-sinne, tristhet-sorg, frykt og glede. Dette er de fire viktigste medfødte følelsesreaksjonene eller kompassene (Frederickson 2013). Det er blant mange emosjonsforskere vanlig å plusse på overraskelse og avsky. (Ekman & Friesen, 1971). Noe senere utvikler vi evnen til å reagere med skyld og flere varianter av de fire førstnevnte, som for eksempel stolthet, skam, nysgjerrighet/interesse og misunnelse. Følelser som utvikles seinere kalles for sosiale emosjoner. (Damasio, 2004). Den norske forskeren Jon Monsen opererer med flere og mer nyanserte følelser (Monsen 2013). Her skal vi ta utgangspunkt i de fire førstnevnte for å illustrere følelsesfobimodellen.

Frustrasjon, irritasjon og sinne er livskompass som hjelper oss til å være tydelige, tåle konflikter og stå for det som er viktig for oss. De hjelper oss til å framstå som sikre når det trengs og vise andre hva som er akseptabelt og hvor grensa vår går. Tristhet/sorg hjelper oss til å innse og akseptere et tap, eller å reagere når et sterkt ønske vi lenge har hatt til slutt ikke ble en realitet. Sorg og tristhet hjelper oss til å bearbeide og gradvis legge bak oss større tap, endringer og omstillinger. Frykt hjelper oss til å holde oss borte fra ekte farer som ikke er bra for oss, enten det er slemme folk eller destruktive handlinger. Glede og varianter av glede som stolthet, fryd, kjærlighet og lyst hjelper oss til å føle oss levende og til å nyte livets goder og nyte mestring og nærhet med andre.

Det motsatte av vitale følelser er hemmende følelser (McCullough 1997). Overdreven dårlig samvittighet, intens skyldfølelse, depresjonsfølelse, angst eller mani for å nevne noen.

«Lyset» fra tilknytningspsykologien

Hvorfor og hvordan får vi fobi for følelser? Det beste stedet å lete etter gode svar er innenfor nyere tilknytningspsykologi, her er kortversjonen: Vi er født med evne til å føle følelser. Å føle utgjør noe av kjernen i selvet vårt (Stern, 1985). Forholdet til følelsene får vi imidlertid gjennom tilknytningsprosessen. Når vi søker noen som er større og sterkere enn oss, som regel våre nærmeste voksne, fanger vi tidlig opp hvilke av følel-

sene som er gangbare og hvilke som ikke er det. Gjennom samspeilet med andre i våre første nære relasjoner får vi noen grunnleggende erfaringer som danner en indre psykologisk «mal»: Hvilke følelser pleier det å være greit å uttrykke? Hvilke blir vanligvis oversett? Hvilke skjønner vi at vi gjør lurt i å skjule og hvilke får vi som regel direkte negative reaksjoner på? Husk at det er de gjennomgående mønstrene i våre erfaringer som er viktige, ikke enkelthendelser.

Så kommer et dilemma ingen slipper unna fordi vi er så grunnleggende avhengig av dem som har oss i «omsorgens varetakt». Det gjør vondt når våre følelser blir oversett, imøtegått eller avvist og det skaper uunngåelig sterke frustrasjoner. Problemet er at hvis vi slipper frustrasjonen ut mot kilden til frustrasjonen kan det bli risikabelt, fordi vi som små og avhengige trenger deres velvilje, beskyttelse og omsorg. Hva er den mest naturlige løsningen på dette dilemmaet? Den vanligste løsningen er at vi begynner å undertrykke de følelsene som fører til avvising, lite bekræftelse eller som oversees. Da trues ikke tilknytningsbåndet og vår sikkerhet. (Bowlby, 1988). Problemet er at vi blir engstelige bare for å ha disse følelsene og i hvert fall for å vise dem. Følelsene blir på denne måten koblet til angst fordi de virker truende tilknytningsbåndet og stemningen.

Slippes sinnet og frustrasjon løs blir det straks mer usikkert å være avhengig av andre. For å redusere usikkerheten, knyttes eller assosieres det angst til følelsene som senere skyves automatisk unna når de trigges. Dette skjer etter prinsippet som heter klassisk betingning i psykologien der to hendelser som skjer samtidig assosieres sammen. Når vi senere får angstsymptomer i spill med andre mennesker kan det skyldes underliggende følelser som vi har et anstrengt forhold til, fra tiden vi knyttet oss til noen for første gang.

Angst er i denne sammenheng en alarm som går når vi reagerer med underliggende følelser og betyr signal om at det er fare på ferde. Derav navnet følelsesfobi. Hvis vi for eksempel har fått utviklet fobisk forhold til sinne gjennom vår tilknytningsperiode, blir vi lettere ansente når vi blir frustrert og sinna i livet her og nå. Det være seg trigget av en pågående selger, et irriterende barn eller i konflikter med andre. I stedet for å forstå at vi er sinte, unnskylder vi kanskje den som trigger sinnet eller vi synes synd på noen i stedet for å kjenne irritasjon for dem.

Har vi utviklet tendenser til «sorgfobi» settes vi lettere ut av livets tap og tragedier. I stedet for å sørge, kan vi begynne å bebreide oss selv og gruble på egen verdi, som igjen kan bidra til kronisk dårlig samvittighet og depresjonstendenser. Har vi ikke lært å bli

noenlunde trygg på følelsen frykt kan vi utsette oss for større farer enn godt er.

Avsluttende kommentarer

I denne artikkelen er begrepet følelsesfobi introdusert. Dialogeksemplet i starten av artikkelen prøver å belyse hvordan en ungdom kan bli depressiv grunnet et anstrengt eller fobisk forhold til noen vitale følelser. I dette tilfelle viste det seg at når hun ble frustrert etter et svik i virkelighetens verden, erfarte hun ikke de spontane (kompass) følelsene som naturlig pleier å utløses ved slike hendelser, slik som frustrasjon, sinne/raseri, sorg og tristhet. I stedet taklet hun hendelsen, uten å vite hvorfor, på måter som ble uheldig for henne.

Dialogeksemplet belyste av plassmessige hensyn ikke hvorfor en ungdom utviklet fobi for følelser hun trengte å føle for å takle og overkomme en belastende hendelse. I lys av det forrige avsnittet om tilknytningspsykologi vil et hvorfor ofte handle om repeterende erfaringer i samspelet med en eller flere tilknytningspersoner.

Selv om helsesøstre vanligvis ikke tenker at de utfører terapi, har mange etter min erfaring ofte terapeutiske samtaler med barn og unge som har utviklet problemer og symptomer etter overveldende livshendelser. I tillegg er de nærmere flere barn og unge i deres dagligliv. I tillegg til vanskelige kjærestbrudd i tenårene kan mange livshendelser føre til psykisk lidelse hvis de ikke har god nok kontakt med indre kompasser. Det kan være krevende endringer i familiesituasjonen, viktige personer i deres liv som dør eller at deres omsorgspersoner havner i en krise av kortere eller lengre varighet.

Følelsesfobimodellen kan være et nyttig og inspirerende perspektiv i en helsesøsterfaglig sammenheng. Modellen belyser noe de fleste av oss kjenner seg igjen i. Den hjelper oss til å forstå hvorfor noen strever mer med livets stress enn andre og noe av det de kan trenge for å komme seg inn på et bedre spor og ut av blindgater. Følelsesfobimodellen er også nyttig for å forstå hva som kan ha satt i gang en depressiv og destruktiv prosess. Følelsesfobimodellen er videre nyttig for å få ane hvorfor vi fortvilt setter i gang mestringsforsøk som bare gjør livet vanskeligere, som igjen kan svekker selvbilde og føre til symptomer og lidelse.

Likeledes kan dette perspektivet gi ideer om hva vi kan interessere oss for å spørre etter i samtaler med barn og unge og hva de trenger å erfare mer av på innsiden. Affektfobimodellen oppleves som

ivaretagende for dem som blir «utsatt for» den. Selvfølelse defineres ofte som hvor ubetinget verdifulle vi føler oss. En bedre definisjon er at selvfølelse er å kunne føle seg selv. (Øiestad 2011). Vitale følelser utgjør en grunnbjelke i vårt jeg og dermed vår indre identitet. Vitale følelser hjelper oss til å være oss selv sammen med andre uten å dominere for mye eller bli selvutslettende. Ofte forstår ikke barn og unge selv hvorfor skoen har begynt å trykke, det de merker er først og fremst ubehaget som følelsesfobier kan gi. Å bli klar over og få hjelp til å erfare og oppleve følelser vi trenger for å komme oss videre og ut av onde sirkler og sidespor kan lindre symptomer og lidelse, samt hjelpe oss tilbake til sporet igjen.

Affektfobimodellen og beslektede modeller er foreløpig lite beskrevet på norsk, med noen unntak. Se blant annet Schanche, Hjeltnes m.fl. (2013) og Sandvik, Bakkevig m.fl. (2013). Interessen for dette perspektivet er imidlertid økende, noe som vil gi flere publikasjoner framover. Den interesserte leser kan i mellomtiden finne utfyllende beskrivelser av modellen i engelsk litteratur, se for eksempel McCullough (1997) og McCullough & Kuhn (2003). ■

Referanser:

- Bowlby, John: A Secure Base. Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. Basic Books 1988.
- Brorson, Hanne: Tankevirus. Gyldendal Norsk Forlag 2012
- Damasio, Antonio: På leting etter Spinoza. Gleder, sorg og den følende hjernen. Pax Forlag 2004
- Ekman, Paul and Friesen, Wallace V: Constants in the cultures in the face and emotions I. Journal of personal and social psychology. Vol. 17, No. 2, 124-129. 1971.
- Frederickson, Jon: Co-Creating Change. Effective Dynamic Therapy Techniques. Seven Leaves Press. 2013
- Hagen, Roger og Martinsen, Kristin (red): Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge. Gyldendal Norsk Forlag 2012.
- Malan, David and Coughlin, Patricia: Lives Transformed, A Revolutionary Method of Dynamic Psychotherapy. Karnac Books 2007.
- McCullough, Leigh: Changing Character: Short Term Anxiety-Regulating Psychotherapy. Basic Books 1997.
- McCullough, Leigh, Kuhn, Nat. med flere. Treating Affect Phobia: A Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy. The Guilford Press 2003.
- Monsen, Jon T.: Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 8, 2013, side 740-751.
- Raknes, Solfrid. Psykologisk førstehjelp for barn og ungdom. Gyldendal Norsk Forlag 2010.
- Schanche, Elisabeth, Hjeltnes, Berggraf, Lene og Ulvenes, Pål: Affektfobi-terapi: Prinsipper for å nærme seg følelser gjennom gradvis eksponering i psykoterapi. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 8, 2013, side 781-789
- Sandvik, Hansen Roger, Fuglestad, Bakkevig, Jonas, Langvasbråten, Bernt og Solbakken, Ole André: Følelser som forandrer – Intensiv dynamisk korttidsterapi. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 8, 2013, side 838-844.
- Stern, Daniel: The Interpersonal World of the Infant. Basic Books 1985.
- Øiestad, Guro: Selvfølelsen hos barn og unge. Gyldendal Norsk Forlag 2010.

NESTE SKRITT FOR BARN MED KUMELK- ALLERGI



NYHET!

- God symptomlindring¹
- God vekst og utvikling
- Velfungerende mage²
- God smak og lukt

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

SMÅ MELKEALLERGIKERE  PEPTICATE

NUTRICIA
Pepticate

kumelkallergi.no | nutricia.no | Tlf: 23 00 21 00

Vil sikre ein god barndom

Eit samarbeid mellom helsestasjonen og familievernkontoret skal kunne fange opp barn og familier i risiko.

Tekst Eldbjørg Stubhaug Drangsland

Forskning har peikt på at konflikhtar i parforhold kan bidra til depresjon hos gravide eller nybakte mødre. Eit godt parforhold betyr mykje for livskvaliteten til foreldrene, og er også svært viktig for barna sin oppvekst. Helsestasjonane møter dei fleste barn til konsultasjonar dei første leveåra, og er ein god arena for å kunna fanga opp barn og familier i risikosona.

Samarbeide i tre år

I november 2015 starta eit treårig prøveprosjekt der familievernet inngår eit systematisk samarbeid med helsestasjonane. Prosjektet skal byggja vidare på erfaringane med samarbeid om «Tidlig inn», «Fortsatt foreldre», «Godt samliv» og «Foreldreveiledningsprogrammer», og er starta i regi av Helsedirektoratet og Barne, ungdoms- og familiedirektoratet. Sistnemnde har ansvar for tiltak 26 i handlingsplanen: «En god barndom varer livet ut».

Oppdraget er å gjennomføra prøveprosjektet i fem kommunar. Prosjektet skal fylgjast opp med regelmessige prosjektsamlingar og rapportering.

Prosjektsamarbeidet mellom helsestasjonane og familievernet skal nedfelast i ein forpliktande avtale som igjen skal forankrast i kommuneledelsen.

Målet med prosjektet er å etablera varige, gode og systematiske samarbeidsstrukturar mellom helsestasjonen og familievernet, og på den måten oppdaga og kunna gi hjelp til rett tid til fleire barn og familier i risiko.

Helsestasjon i Skien er med

Helsestasjonen i Kverndalen i Skien er så



TRYGGHET: Familier med risiko for samlivsproblemer og vold kan bli fanget opp tidlig. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

heldig å bli invitert med i dette prosjektet, saman med Grenland Familiekontor. Dette utgjør region sør i prosjektet. Dei andre fire regionane er: region nord, Mo i Rana, region midt, Nordfjordeid, region øst, Romerike, Kongsvinger.

Skien har 4 helsestasjonar, og det er bare den eine helsestasjonen, Kverndalen helsestasjon, som er med i prosjektet, representerte ved jordmor Kristin Os Skjødsvoll og helsesøster Eldbjørg Stubhaug Drangsland.

Frå januar 2016 blei det avtalt at to representantar frå Grenland familiekontor kjem til helsestasjonen ein halv dag i veka. Helsesøstre og jordmødre

Delar kunnskap om vold

Helsestasjonen har også prøvd ut å ha eit ekstra barseltreff om samliv saman med ein av representantane frå familiekontoret.

Helsesøstre har hatt ein fagdag saman med familiekontoret med temaet: Korleis snakka med foreldre om vold. Familiekontoret har god kunnskap og erfaring om dette temaet, og helsesøstre fekk mykje nyttig kunnskap å ta med vidare. Det skal vere ein oppfølgingsdag om temaet ved årsskiftet.

Tilbakemeldinga frå foreldrene er svært positiv, ved at terskelen for å ta kontakt med familiekontoret er lågare sidan

«Terskelen for å ta kontakt med familiekontoret er lågare.»

kan henvisa familiar til dei, og dei har også avsatt tid til spørsmål og samtale med helsesøstre/jordmødrene. Dei har deltatt på konsultasjonar med familiar.

dei kjem på helsestasjonen. Helsesøstre opplever at dei er blitt meir bevisste på å snakka med foreldrene om samliv/parforhold, og å tilby vidare samtale med familiekontoret. ■





MELKEMANGEL I 1955: Det er melkemangel i Oslo. Det er innført frivillig rasjonering og folk står i kø for å få tak i melk. Her poserer deler av familien Bjølsand. Familien er på ni medlemmer og drikker tilsammen 32 flasker melk i uka. Alle endringer i melkeprisen påvirker familieøkonomien.

Leiarrolle i ein liten kommune

LEDERSTAFETTEN

Gunhild Kåsa Dehli

Leiande helsesøster i Seljord kommune
i Telemark

Betraktning rundt endring av leiarrolla i ein liten kommune og tankar om vegen vidare.

Det er lett å seie ja til utfordringar, og noko vanskelegare når ein skal gjennomføre. Slik er det for meg no når eg skal meine noko til alle lesarar rundt om i Noregs land som leiar. Og skal eg skrive noko om organisering eller leiarstil? Ja, ja... Det blir nok begge delar.

Ramma rundt leiarstillinga mi er Seljord kommune i Vest Telemark med 3000 innbyggjarar. Ei vakker bygd, sjølvstekt, med omlag 30 fødsjar per år, to barneskular, ein ungdomskule, ein vidaregåande skule og ein folkehøgskule. Ei bygd med mange festivalar gjennom året som gjer mykje glede og også ein del utfordringar for barn og unge. Det er ei bygd der mange har flytt tilbake med familiane etter endt utdanning. Ein del vekependlar på anlegg eller «i olja», der mor er aleine med omsorga i veka. Slik var det også for meg då eg flytta tilbake med familien i 2007 frå Skedsmo kommune til fjellgarden der eg vaks opp. Heldigvis hadde eg erfaring

«Tenesta er i stadig endring og ny kunnskap kjem til.»

med verv i Landsgruppa av Helsesøstre (LaH) då eg starta som leiar i nabokommunen Bø. Eg fekk prøve mine evner der i tre år før eg starta i Seljord kommune. Stillingane ved Seljord helsestasjon då eg starta var 50 % helsesøster i tillegg til min 100 %, 40 % jordmor, 10 % lege og 20 % fysioterapeut. Me er lokalisert i same bygget som kommunalt legekontor og fysioterapitenesta. Det er kommunelegen som har personalansvar og eg er fagleg leiar. Spørsmålet mitt då var korleis ein organiserer og leier ei lita eining med mange oppgåver og små ressursar. Er det mogleg? Kan ein seie at ein har ein tilfredsstillande teneste til brukarane? Føljer me lovverket og retningslinjene? Kor fleksibel skal og kan ein vere?

Kva er god nok teneste? Korleis vere leiar samtidig som ein skal utøve tenesta på helsestasjonen, skule, smittevern, flyktningteneste og reisevaksinasjon? Rammene for leiarfunksjonen var utydeleg for meg, og eg såg fram til utfordringa det var.

Nettverk

I Telemark har me eit nettverk av leiande helsesøstre. Vi har samling fire gonger i året. Både faglege og organisatoriske tema blir tatt opp her. LaH i Telemark bidreg og gjer informasjon til nettverket. Det er små, middels og store kommunar som er representert. Dette nettverket var og er med på å bygge opp leiarkompetansen, ikkje minst for nye leiarar. Me erause med å dele med kvarandre slik at me ikkje må finne opp «kruttet» sjølv. Nokre av deltakarane har 100 prosent stillingar som leiarar, noko som er nyttig for oss som er små. Når me kjenner til kvarandre og veit kva kompetanse dei ulike har, er det enklare å ta kontakt ved behov. Nettverket er kjent av andre fagmiljø, fylkeskommune og fylkesmannen. Me blir høyrd og gjev innspel som gruppe.

Det var lite ressursar

Eg oppdaga raskt då eg starta at det var mykje å forhalde seg til for å drive ei fagleg forsvarleg teneste. Det var uklare og udefinerte rammer for fagleg innhald for meg. Og at det var lite ressursar til dei mange oppgåvene. Dette er vel ei kjent utfordring rundt om. Eg fekk etter kvart meir oversikt på tenesta og mandatet. Det blei mange telefonar og kontakt med kollegaer, både i Telemark og Skedsmo kommune. Erfaring, informasjon og kompetanse frå Lah gjorde også til at leiaroppgåva blei meir interessant og morsamt. Å følgje Lah sitt pilotprosjekt og sjå på resultatane, gjorde satsingsområda for tenesta enklare.

Som ny og fersk leiar, snakka eg med leiinga og politikarar for å påverke slik at vi fekk auka ressursar i



tenesta. Det gjekk ikkje. Eg hadde vel ingen god strategi heller. I ettertid ser eg at eg formidla behov for auka ressurs til stillingar, i staden for å synleggjera behovet som barn og unge hadde. Ja, ja, ei erfaring rikare.

Eg hadde også ein filosofi om at omdømmebygging for helsestasjonen var viktig for at brukarane skulle oppleve helsestasjonen som trygg, slik at dei og kunne kome med det som var vanskeleg. Omdømmebygging for oss er tydeleg kommunikasjon av rammes for tema, bruk av tid, kva me er gode på, avklaring av forventning, varme og respekt. I tillegg inviterte eg meg inn i ulike fora der slutningar blei tatt og sørgja for forankring i leiinga. Med denne felles strategien på helsestasjonen, blei me nytta meir og meir av både brukarar og samarbeidspartnarar. Me blei etterspurde i fleire fora, både i kommunen og i samarbeidsprosjekt med andre kommunar.

Då prosessen og arbeidet for å auke ressursar over statsbudsjettet starta, trur eg helsestasjonen sitt arbeid med omdømmebygginga påverka beslutninga om å bruke ressursane slik det var tenkt. Seljord kommune har brukt alle ressursane slik det var tenkt, og også sist i vår blei søknaden om øymerka midlar innvilga. Barneskulane, ungdomsskulen og jordmortenesta har fått auka ressursar. Resultat frå Ungdataundersøkinga, viser at me scorar høgt på det å treffe dei som har mest behov. Takk til Lah for deira omdømmebygginga som har blitt utført over mange år med slike resultat. Takk til Seljord kommune som har sett brukarane sine behov.

Meir samarbeid

Tenesta er i stadig endring og ny kunnskap kjem til. Det som før var sanning, er ikkje det lenger. Derfor er det viktig å halde seg oppdatert og heile tida å auke kompetansen. Me har ei god teneste i Seljord kommune. Samtidig ynskjer eg ei anna organisering. I kvar liten kommune i Vest Telemark med omtrent same storleik som Seljord, er det også tilsett leiande helsesøster. Vi har dei same utfordringane og omtrent dei same rammene for tenesta. Eg ynskjer ein leiar



for fleire kommunar. Dette vil frigje ressursar som blant anna kan nyttast til brukarane og nye oppgåver som kjem. Eg tenker at det også er slik for mange kommunar i Noreg. Sjølv om få kommunar slår seg saman i denne omgangen, kan løysinga no vere meir interkommunalt samarbeid på nye område.

Vegen som leiar har vore kronglete og spennande fram til no. Eg er takksam for at eg har hatt veldig gode medarbeidarar og leiarar rundt meg, som har støtta og trudd på meg, og difor ser eg fram til å påverke tenesta også i åra framover.

Eg ynskjer lesarane ein god haust. ■

LEIAR: Gunhild Kåsa Dehli er leiande helsesøster i Seljord. Foto: Privat.

Helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy

Det finnes gode kartleggingsverktøy som helsesøster har behov for i sitt arbeid, samtidig som en risikerer å miste noe verdifullt når ulike skjemaer og verktøy blir brukt.

Av **Bente Sleveland Stinessen**, helsesøster, Levanger kommune

Gode tiltak i det helsefremmende og forebyggende arbeidet er vanskelig å argumentere imot. Desto viktigere er det å ha en kritisk holdning til ulike verktøy og metoder en tar i bruk på helsestasjonen. Selv om det kan være gode kartleggingsverktøy helsesøstre bør bruke i sitt arbeid, bør en også drøfte ulempene dette kan medføre.

Helsesøstre har en unik mulighet til å fange opp tidlige signaler på mistrivsel, utviklingsavvik og skade blant barn, slik at gode tiltak kan iverksettes tidligst mulig. Forskning viser til tidlig innsats som svært viktig for et barns videre utvikling og fungering i samfunnet (Kunnskapsdepartementet, 2006). Standardiserte kartleggingsverktøy blir brukt av helsesøstre som et hjelpemiddel for å identifisere barn og familier som har behov for videre støtte og oppfølging. Kartleggingsverktøyene ASQ, EPDS, ECBI, Språk 4 og Sats 2 er eksempler på ulike verktøy helsesøstre bruker på helsestasjonen.

Jeg vil her presentere min mastergradsoppgave som omhandler hvilken betydning kartleggingsverktøy kan ha for helsesøsters arbeid på helsestasjonen (Sleveland, 2015). Jeg har intervjuet sju helsesøstre som bruker ett eller flere kartleggingsverktøy i sitt arbeid på helsestasjon for barn i alderen 0–5 år. Studien går ikke inn på de enkelte verktøyene som ble brukt, men omtaler dem samlet som det å bruke kartleggingsverktøy generelt.

Helsesøsters faglige kompetanse

Helsesøstre i studien erfarte at kartleggingsverktøy hadde betydning for deres faglige kompetanse. Kartleggingsverktøyene ble beskrevet som en kvalitetssikring av tjenesten. Dette gjennom å gi

brukerne et systematisert og standardisert tilbud, noe som videre ga dem en trygghet på at de utførte en faglig god jobb. Samtidig ble det beskrevet at standardiserte kartleggingsverktøy utfordret helsesøstrenes målsettinger om å møte brukerne på en individuell og helhetlig tilnæringsmåte. Helsesøstre beskrev videre en frykt for at verktøyene kunne medføre sviktende tro på egen faglighet, der de ble for avhengig av støtten verktøyene ga og til slutt ikke stolte på egen vurderingsevne. En av helsesøstre sa: «Vi vet jo hva vi skal se etter uten å måtte bruke et kartleggingsverktøy som utgangspunkt, vi helsesøstre må stole på den kunnskapen vi har». Kunnskapen og erfaringen kartleggingsverktøyene ga helsesøstre kunne være en verdifull tilføyelse til egen kunnskap, dersom det ble en tilføyelse og ikke en erstatning.

Helsesøsters relasjon til brukerne

Helsesøstre i studien erfarte også at bruken av kartleggingsverktøy hadde betydning for deres relasjon til brukerne. Kartleggingsverktøyene kunne bidra til en bevisstgjøring blant foreldrene, som videre gjorde foreldrene mer mottakelig for veiledning fra helsesøsteren. Samtidig kunne kartleggingsverktøyene medføre at både barna og foreldrene følte seg testet og kontrollert på helsestasjonen, som videre kunne gi dem en følelse av nederlag. Kartleggingsverktøyene ble også beskrevet som en inngangsport for helsesøster til å starte en samtale om noe som kunne oppleves som et vanskelig og ømfintlig tema. På den andre siden kunne verktøyene bli for styrende i samtalen, der en ikke fikk frem hva foreldrene hadde behov for å snakke

HJELPEMIDDEL: Kartleggingsverktøy kan sikre at brukerne får et systematisert og standardisert tilbud på helsestasjonen. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

om der og da. Foreldrene ble da kanskje ikke så motakelig for veiledning som helsesøster først hadde håpet og trodd. Dermed ble det et spørsmål om kartleggingsverktøets hovedhensikt. Var det et redskap helsesøster hadde behov for i sitt arbeid, som videre kom brukeren til gode? Eller kunne det skade relasjonen mellom helsesøster og bruker dersom barna og deres foreldre ble møtt med ulike upersonlige kartleggingsverktøy og skjemaer som skulle fylles ut på helsestasjonen?

Helsesøsters tverrfaglige samarbeid

Helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy hadde også betydning for deres tverrfaglige samarbeid. Det tverrfaglige samarbeidet ble beskrevet som en nødvendighet, samtidig som bruk av kartleggingsverktøy utfordret helsesøsters tro på egen kunnskap og vurderingsevne i samarbeid med andre faggrupper. Dette gjennom en opplevelse av at andre yrkesgrupper forventet at helsesøster brukte kartleggingsverktøy i sitt arbeid, siden helsesøster hadde en unik mulighet til å møte tilnærmet alle barn og deres foreldre på helsestasjonen. Det skapte en svekket tro på at en kunne gjennomføre arbeidet sitt på en faglig god måte uten bruk av kartleggingsverktøy. Samtidig opplevde helsesøster en større faglig tyngde i sine vurderinger når en kunne henviser til kartleggingsverktøyenes resultater i samarbeid med andre faggrupper. Helsesøstrene sto dermed mellom et ønske om å bli mer synlig og med mer tyngde i det tverrfaglige samarbeidet, mot en frykt for å bli en kontrollerende kartleggingsinstans der en mistet det helsesøsterfaglige perspektivet i det forebyggende arbeidet. Helsesøstrene fryktet de

selv var med på å underbygge egen betydning i det tverrfaglige samarbeidet. Lauvås og Lauvås (2004) beskriver at dersom forventningene fra samarbeidspartnerne avviker sterkt fra egen rolleoppfatning, står egen profesjonsidentitet i fare for å bli svekket.

Oppsummering

Helsesøsters bruk av kartleggingsverktøy er et sammensatt tema, det er et tema som har betydning for helsesøsters faglige kompetanse, helsesøsters relasjon til brukerne og helsesøsters tverrfaglige samarbeid. Bruken av kartleggingsverktøy berører flere parter og det gir både positive og negative ringvirkninger. Det er behov for videre diskusjon og forskning tilknyttet bruken av kartleggings-

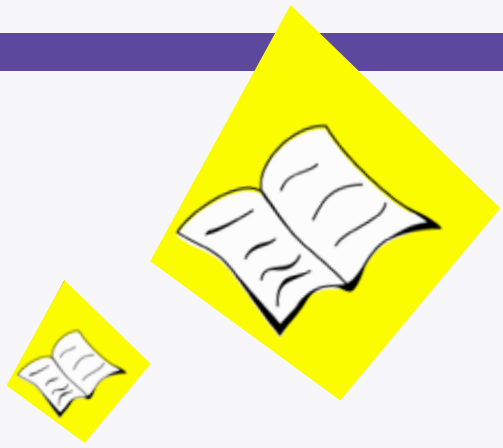
«Desto viktigere er det å ha en kritisk holdning til ulike verktøy ...»

verktøy, blant annet med et større fokus på hva det vil bety for brukerne å bli møtt med ulike kartleggingsverktøy på helsestasjonen. Det finnes gode og valide kartleggingsverktøy helsesøster har behov for i sitt arbeid, samtidig som en risikerer å miste noe verdifult når ulike skjemaer og verktøy blir brukt.

Referanser:

1. Kunnskapsdepartementet. (2006). ...og ingen stod igjen. Tidlig innsats for livslang læring. (St.meld. nr.16, 2006-2007).
2. Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). Tverrfaglig samarbeid: Perspektiv og strategi. (2 utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
3. Sleveland, B. (2015). Helsesøsters erfaringer ved bruk av kartleggingsverktøy på helsestasjonen for barn 0–5 år. Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning helsesøster. Universitet i Tromsø.

En tjeneste i utvikling?



Helsestasjonen og skolehelsetjenesten spiller en viktig rolle i folkehelsearbeidet. For å lykkes må tjenesten ha oversikt over barn og unges behov, samt iverksette relevante virkemidler og tiltak. I artikkelen beskrives verktøy som har hatt til formål å gi en mer helhetlig oversikt over skoletjenestens innhold og fremme utviklingsarbeid i tjenesten.

Bakgrunn

Utviklingsarbeidet i Telemark har foregått over en 10-årsperiode (1), og mange aktører har bidratt. Herunder flere kommuner ved helsesøster og leder av skolehelsetjenesten, fylkeskommunen, KoRus og KS.

Formålet med denne artikkelen er å beskrive prosjektet «Utpøring av kvalitetsindikatorer i helsestasjon og skolehelsetjenesten» som har pågått i perioden 2014–2015. Prosjektet er en videreføring av arbeidet med kvalitets- og produksjonsmåling i skolehelsetjenesten som var et av innsatsområdene i prosjektet «Den gode skolehelsetjeneste i Telemark» 2012–2013 (2).

Bakgrunnen for prosjektet er todelt. For det første skal kommunene sørge for at skolehelsetjenesten 5–20 år er en sentral aktør i det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet til barn og unge (3, 4). Skolehelsetjenesten skal oppfylle lov, forskrift og faglige nasjonale retningslinjer (5, 6, 7, 8), og en faglig forsvarlig helsetjeneste forutsetter riktig kompetanse og nødvendige ressurser. Skolehelsetjenesten skal være kommunens hjørnestein i folkehelsearbeidet til barn og unge, og bidra med oversikt over målgruppens helsetilstand. For det andre er skolehelsetjenesten et politisk satsningsområde, og kommunens rammetilskudd ble økt i 2013 og kommunene har frem til i dag fått betydelige ekstrabevilgninger fra regjeringen. Undersøkelser viser imidlertid at bare halvparten av kommunene brukte de økte bevilgningene på styrking av skolehelsetjenesten (9) og helsesøstre har formidlet bekymring over at de ikke klarer å gjennomføre lovpålagte oppgaver spesielt i skolehelsetjenesten (10). Kartlegging gjennomført i Sør-Trøndelag viser at kommunene benyttet under 20 prosent av de tildelte midlene til

tjenesten (11), og rapport fra barneombudet viser at skolehelsetjenesten er lite synlig og tilgjengelig for mange barn og unge (12).

Oversikt over måleindikatorene

Artikkelen gir en beskrivelse av arbeidet med å utforme et system for måling av tjenesteproduksjon og kvalitet i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Formålet har vært å utforme verktøy som hjelp i arbeidet med å utvikle, planlegge og evaluere tjenesten.

I litteraturen finner vi at det er blandede erfaringer med bruk av kvantifiserbare målinger av offentlige tjenester (13). Generelt pekes det på tre utfordringer:

- I mangel av gode mål på effekter, virkninger eller måloppnåelse, vil man som regel ta til takke med mindre gode mål på ressursinnsats eller tjenesteproduksjon.

- Som regel vil måleindikatorer kun berøre deler av en tjeneste, noe som ofte fører til stor oppmerksomhet om det som måles på bekostning av det som ikke måles.

- Det brukes mye tid på å registrere data, uten at datamaterialet blir brukt som grunnlag for tjenesteutvikling.

I arbeidet med å utforme mål på tjenesteproduksjon og kvalitet på helsestasjon og i skolehelsetjenesten, har vi så langt som mulig forsøkt å ta hensyn til de nevnte erfaringene. Det betyr for det første at verktøyene innbefatter både mål på tjenesteproduksjon og mål på resultater. For det andre er intensjonen at målet på tjenesteproduksjon skal omfavne alle de viktigste «skal» oppgavene i tjenesten. For det tredje er det lagt opp til at målene skal kunne brukes inn i tjenestens planlegging, stra-

Av **Janne Gunnerud Ljoså**, helsesøster, leder for helsetjenesten i Nome kommune

tegiske utviklingsarbeid og/eller evalueringsarbeid.

Utviklingsarbeidet innenfor helsestasjon og skolehelsetjenesten har bestått i å utvikle elektroniske systemer for å registrere:

- en samlet tjenestebeskrivelse
- ressursinnsats og profil på konsultasjonsprogrammet.

Arbeidet med å utforme og registrere indikatorer har også avdekket behov for å tydeliggjøre definisjoner av sentrale begreper. Dette gjelder spesielt definisjonene av konsultasjoner, ekstrakonsultasjoner og oppfølgingsgrupper.

Helhetlig modell

Modellen viser en oversikt over de ulike verktøyene som er utviklet eller som har vært under utvikling. Verktøyet «Tjenestebeskrivelse» gir en oversikt over skolehelsetjenesten i hele sin beredde. Dette innbefatter et sett av indikatorer for 11 ulike oppgaver i skolehelsetjenesten. En sentral og omfattende oppgave i tjenestebeskrivelsen er de faste helseundersøkelsene. For denne oppgaven er det utviklet et eget verktøy som er kalt «Konsultasjonsprogram». I «konsultasjonsprogrammet» beskrives ulike kvalitative egenskaper ved det anbefalte programmet for helseundersøkelse. I tillegg har det også vært arbeidet med et tredje verktøy som har dreid seg om å måle omfanget av individuelle faste konsultasjoner og ekstrakonsultasjoner. Formålet med registreringen av faste konsultasjoner er å få en oversikt over aktivitetsnivået på de faste helseundersøkelsene, mens formålet med ekstrakonsultasjonene er å måle omfanget av det individuelle oppfølgingsarbeidet. De tre nevnte verktøyene tar sikte på å måle ulike sider ved tjenesteproduksjonen (både bredde og dybde). Det fjerde verktøyet som tar i bruk systemet med oppfølgingsgrupper, har derimot som formål å måle resultater (resultat kvalitet). Arbeidet med dette har vist at det er nødvendig å revidere definisjoner og utforme et system som gjør det mulig å måle gjennomstrømming ut og inn av de ulike gruppene.

Forbedre registrering av kostnader og aktivitet i Kostra

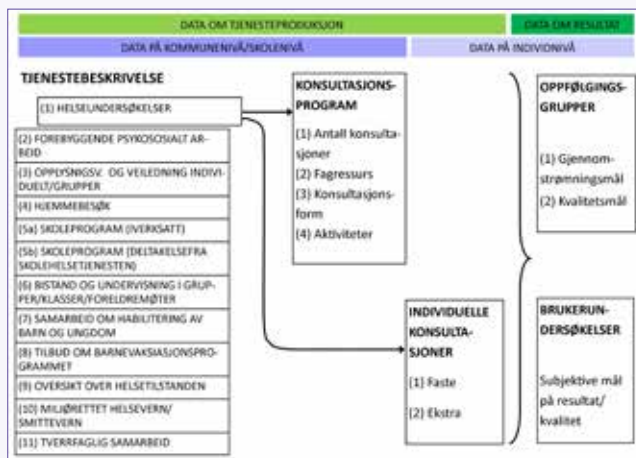
Måling av aktiviteter og kvalitet i skolehelsetjenesten må ses i forhold til ressursene som brukes på tjenesten. Konkret inngår også ressursinnsatsen som en komponent i verktøyet «Tjenestebeskrivelsen». I utviklingsarbeidet har vi derfor arbeidet med å få en mer ensartet registrering av kommunens utgifter til helsestasjon og skolehelsetjenesten i Kostra. En nærmere gjennomgang av ulike kom-

muners registrering av utgifter til tjenesten, viser store variasjoner. De dataene som per i dag ligger i Kostra om helsestasjon og skolehelsetjenesten kan derfor være upålitelige. Utgifter til helsestasjon og skolehelsetjenesten er sentral i målingen av tjenesteinnsats og kapasitet.

Erfarings og nytteverdi for skolehelsetjenesten

Det er flere grunner til at det er spesielt viktig å bedre datakvaliteten på helsestasjon og skolehelsetjenesten i Kostra. Kostra benyttes i større grad en tidligere av administrativ og politisk ledelse som styringsredskap. Dette får konsekvenser for dimensjonering og styring av skolehelsetjenesten. Helsestasjon og skolehelsetjenesten er små enheter i den kommunale virksomhet, og små feilrapporteringer og mangler ved indikatorene kan få store utslag. Det er viktig for leder av skolehelsetjenesten å ha «kontroll» på egne tall. I en kommune kan ansvaret for registrering av data til Kostra (funksjon 232-helsestasjon og skolehelsetjenesten) være fordelt på ulike personer/ledere (med fagansvar og ledere med økonomiansvar) avhengig av kommunens organisering og interne ansvarsfordeling. Leder av skolehelsetjenesten må vite hvem som rapporterer, og hva som blir rapportert til Kostra av årsverk (helsesøster, fysioterapeut, leger, jordmødre andre), driftsutgifter og aktivitet (funksjon 232).

Erfaringene som ble innhentet i prosjektet er beskrevet i notatet «Kartlegging av ressursbruk i helsetjenesten», og presentert for Helsedirektoratet og KS. Målet har vært å gi innspill til Helsedirekto-



FIGUR 1: Figuren over viser en helhetlig modell hvor de ulike verktøyene inngår.

ratets arbeid med de nye nasjonale retningslinjene for tjenesten og til SSB som utformer veilederen for Kostra. Det er Kostra arbeidsgruppe (består av representant fra Helsedirektorat, KS, SSB og kommune), som kan bidra til videre fremdrift på dette med forbedring av registreringer til i Kostra for helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Tjenestebeskrivelse og konsultasjonsprogram

Formålet med dette tiltaket er å utarbeide en standardisert beskrivelse av det samlede tilbudet til helsestasjon og skolehelsetjenesten. Hensikten er å gi en grafisk og tallbasert fremstilling av det tilbudet som faktisk gjennomføres i de ulike kommunene. Resultatene skal brukes som: a) grunnlag for å vise kapasitetsutnyttelsen i tjenesten og b) grunnlag for å vurdere prioritering av både oppgaver og tiltak. Det er utviklet to konkrete elektroniske verktøy som kommunene selv kan ta i bruk i eget utviklingsarbeid: tjenestebeskrivelse og konsultasjonsprogram. Videre er det utarbeidet en veileder til hver av de to verktøyene.

Kommunene Kviteseid, Tokke, Tinn, Bamble, Porsgrunn, Sauherad, Bø og Nome har deltatt i nettverk som har bistått prosjektet med utvikling av verktøyene. I utviklingsarbeidet har også andre kommuner (skolehelsetjenesten ved helsesøster/leder), deltatt på samlinger for å prøve ut verktøyene (Skien, Notodden, Fyresdal). Det har også vært ønskelig å teste ut verktøyene i kommuner utenfor Telemark. Her har vi samarbeidet med prosjektet «Tilgjengelig skolehelsetjeneste 0–20 år» i regi av Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, og det har vært arrangert samlinger i Sør-Trøndelag der kommunene Melhus og Oppdal har prøvd ut verktøyene (14).

Erfaring og nytteverdi for skolehelsetjenesten

Utviklingsarbeid er krevende, men både ledere og ansatte har gitt svært gode tilbakemeldinger på at bruken av verktøyet har bidratt til å få bedre oversikt over egen tjeneste, og ikke minst bidratt til svært mange gode faglige diskusjoner og refleksjoner om både prioritering og utfordringer i egen tjeneste. Hvordan er skolehelsetjenesten i vår kommune (hva gjør den enkelte ansatt), hvorfor har vi valgt nettopp disse tiltakene og hvordan påvirker valg av tiltak resultatet for elevene? Materialet kan virke omfattende ved første øyesyn, og det er først når man har testet det ut, at man erfarer hvor enkelt det faktisk er.

Veien videre

Det ble i mai 2015 gjennomført et kurs der helsesøstre i skolehelsetjenesten fikk opplæring i verktøyene, samt tips til hvordan det kan brukes i planlegging og evaluering. Det er ønskelig å tilby en slik samling i Telemark på permanent basis.

Skjemaene som er utviklet er i Excelformat. Vi har etablert dialog med et firma som kan bistå oss med å gjøre verktøyene mer brukervennlige ved å utarbeide en webapplikasjon. Målet er å forenkle utfylling av data for ansatte. At leder fortløpende kan hente ut rapporter om skolehelsetjenestens aktivitet og produktivitet, og at den webbaserte løsningen legger til rette for innhenting av data fra fagprogram og Kostra. Dette utviklingsarbeidet krever at vi finner en løsning for videre finansiering.

Verktøyene må revideres i tråd med nye nasjonale retningslinjer for helsestasjon og skolehelsetjenesten. Dette arbeidet er påbegynt.

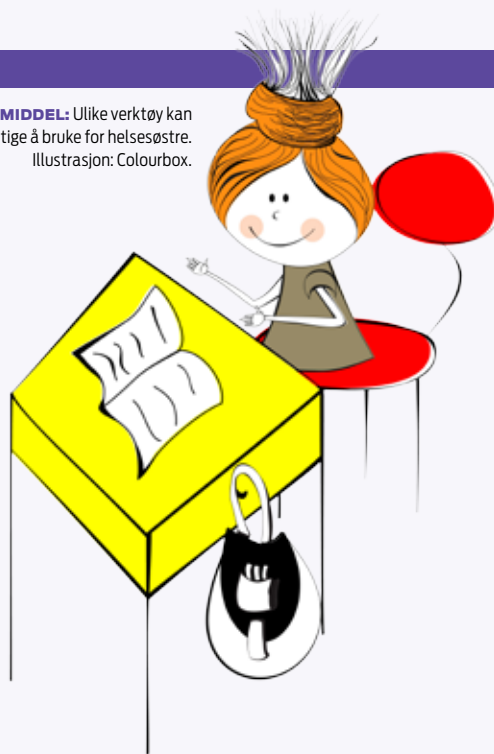
Samarbeidet med Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og prosjektleder Vibeke Olufsen fra NTNU – Institutt for sykepleievitenskap har åpnet muligheten for å koble på forskningsmiljøer for å kunne evaluere effekt av verktøyene. Å få kunnskap om nytteverdi og effekt vil være avgjørende for videre implementering av verktøyene. Kunnskapssektoret har konkludert med at det finnes begrenset kunnskap om effekten av skolehelsetjenesten (15), i tillegg viste landsomfattende tilsyn med helsestasjonen i 2013 en tjeneste med mangelfull styring og ledelse (16).

Uttesting av individuelle konsultasjoner

Registrering av individuelle konsultasjoner har vært ett av tiltakene i prosjektet. Formålet har vært å teste ut bruk av individuelle konsultasjoner som grunnlag for resultatmålinger for helsestasjon og skolehelsetjenesten. Ønsket har vært å skille mellom omfanget av faste konsultasjoner og ekstrakonsultasjoner. Antakelsen er at antall faste konsultasjoner vil være et mål på det primærforebyggende arbeidet, mens antall ekstrakonsultasjoner vil være et mål på sekundærforebyggende arbeid (det vil si evnen til å identifisere og fange opp barn og ungdom «som bekymrer»).

Erfaring og nytteverdi for skolehelsetjenesten
I utviklingsarbeidet har vi høstet erfaringer med bruk av individuelle konsultasjoner. Den nevnte indikatoren er testet ut på bakgrunn av manuell registrering, og arbeidet har avdekket store utfor-

HJELPEMIDDEL: Ulike verktøy kan være nyttige å bruke for helsesøstre.
Illustrasjon: Colourbox.



dringer med utydelige/tvetydige definisjoner av hva som blir registrert som en fast konsultasjon og hva som registreres som en ekstra konsultasjon. På bakgrunn av dette utarbeidet vi et forslag til nye definisjoner på faste – og ekstrakonsultasjoner, og disse definisjonene er presentert for Helsedirektoratet. Et overordnet mål har hele tiden vært at denne type registrering og målinger innarbeides i fagsystemene.

Statistikk på antall individuelle konsultasjoner blir ofte brukt til å beskrive aktivitet i skolehelsetjenesten. Dersom dette er tall som blir brukt som indikator på produktivitet, er det viktig at ansatte i skolehelsetjenesten i én og samme kommune har felles definisjoner på hva som er en konsultasjon. Tidsbruk per konsultasjon kan variere fra 5 minutter til 1,5 time. Hvordan får vi frem disse variasjonene? Er det relevant å skille mellom faste og ekstra konsultasjoner? Viser disse tallene hvor mange elever som tar kontakt/får hjelp fra skolehelsetjenesten? Er det forskjell i metodikk? Gir skolehelsetjenesten et tilbud til et høyt antall elever, ved bruk av korte intervensjoner (gjennomsnitt 1–3 konsultasjoner per elev), eller gir tjenesten et tilbud til et fåtall elever ved bruk av omfattende intervensjoner (mer enn 5–10 konsultasjoner per elev)? Er det et godt mål for skolehelsetjenesten å telle antall konsultasjoner, eller bør vi se nærmere på i hvilken grad disse konsultasjonene hjelper barn, ungdom og foresatte med de problemstillingene de søkte hjelp for?

Veien videre

KITH-rapport «Definisjonskatalog for helsestasjons- og skolehelsetjenesten» fra 2002 må revideres, og ansvaret for dette ligger hos sentrale helsemyndigheter.

Rapporten ble utarbeidet på oppdrag fra Statens helsetilsyn, og hensikten var å ha felles definisjoner og dermed forståelse av begreper og datagrunnlag som brukes innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten (17).

Opprettelse av et nytt kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), har som mål å gi både kommunale og sentrale myndigheter et bedre grunnlag for planlegging, finansiering og evaluering av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Opplysningene skal bli en viktig kilde til statistikk, helseanalyser og kvalitetsforbedring. Bakgrunn for dette er et ønske om å vite i hvilken grad tje-

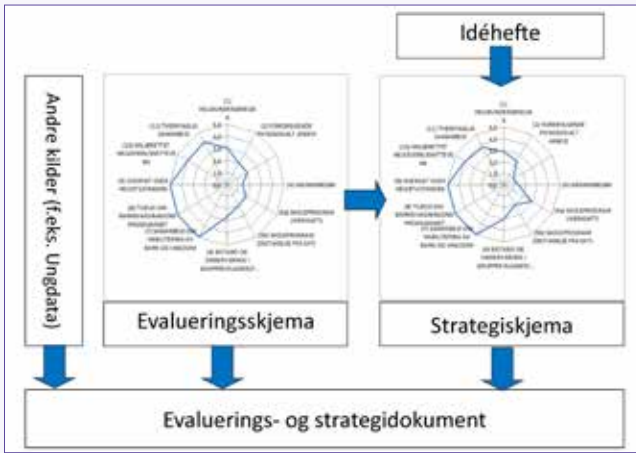
nestene faktisk fungerer etter hensikten og om vi oppnår de ønskede resultatene. KPR skal utvides med andre opplysninger etter hvert, blant annet fra helsestasjonen og skolehelsetjenesten (18).

Oppfølgingsgrupper – som helsekartlegging og resultatindikatorer

Ett av tiltakene i utviklingsarbeidet har vært å teste ut bruken av oppfølgingsgrupper som mål på helsekartlegging og resultatindikatorer. Helsestasjon og skolehelsetjenesten har i lang tid registrert oppfølgingsgrupper i fagsystemene (19), men registrering av dette har variert fra kommune til kommune. Tall som per i dag kan hentes ut fra fagsystemene gir et tilstandsbilde, og viser fordeling mellom de ulike oppfølgingsgruppene. Men den viser ikke endringer i en gitt periode.

Erfaring og nytteverdi for skolehelsetjenesten

De kommunene som deltok i pilotnettverket i Telemark, testet ut bruken av oppfølgingsgrupper basert på manuelle registreringer. Dette var en krevende prosess, men det dukket opp svært mange problemstillinger som vi ikke hadde fått frem dersom vi hadde utelatt denne delen. Erfaringene vi gjorde oss er at definisjonen av de ulike oppfølgingsgruppene er mangelfull. Definisjonene av de ulike oppfølgingsgruppene legger vekt på inngangsvilkårene for plassering i de ulike gruppene, mens utgangsvilkårene er mindre klare. På bakgrunn av erfaringene med uttestingen av oppfølgingsgruppene, er det utarbeidet et forslag til justering av disse definisjonene. En justering



FIGUR 2: Figuren over viser de ulike hjelpemidlene som inngår, og tanken er at framtidig plan og strategi bygger på evaluering fra foregående skoleår. Tjenestebeskrivelsen er illustrert med de to radardiagrammene i figuren.

av definisjonene synes å være en forutsetning dersom dataene skal brukes som oversikt over helsesituasjonen eller som resultatmåling (gjennomstrømning).

Veien videre

Det foreligger i dag et erfaringsdokument som beskriver erfaringene med bruk av oppfølgingsgrupper og forslag til forbedringer. Dokumentet er presentert for Helsedirektoratet i forbindelse med utarbeidelsen av nye nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon og skolehelsetjenesten. Videre arbeid med justering av definisjon for oppfølgingsgruppene ligger hos Helsedirektoratet.

Evaluering, strategi- og planleggingsarbeid

De ulike verktøyene som har vært utarbeidet i prosjektet har hatt to formål. Ett formål har vært å utvikle indikatorer som gir et så helhetlig bilde av tjenesten som mulig. Et annet formål har vært å utvikle et enkelt system for egevaluering og plan- og strategiarbeid for skolehelsetjenesten. Tjenestebeskrivelsen kan benyttes til dette formålet. Her finnes det både et kartleggings- eller evalueringsskjema som viser hvordan skolehelsetjenestens oppgaver med tilhørende tiltak er gjennomført i løpet av året, og et planleggingsskjema som viser hvor man ønsker å utvikle tjenesten videre. I arbeidet med både evaluerings-, strategi- og planleggingsarbeidet er det også relevant å bruke andre datakilder som for eksempel Ungdata eller data fra eget fagsystem. I tillegg er det

også planlagt å utarbeide et idéhefte med verktøy og eksempler til dette formålet.

Plan for videre satsning

Det videre arbeidet med de verktøyene som er omtalt i artikkelen vil være todelt. Det ene er å arbeide for at verktøyene tas i bruk av helsesøstre og ledere, som et virkemiddel for å bedre skolehelsetjenestenes arbeid overfor barn og unge. Det andre er å videreutvikle verktøyene, herunder gjøre dem web-basert, videre utprøving av kvalitetsindikatorer for å kunne evaluere effekt, og videreutvikle tjenestebeskrivelsen.

Bruk av tjenestebeskrivelse til evaluering og strategi-/planleggingsarbeid

Utviklerne vil tilby kommunene i Telemark årlige fagsamlinger/kurs, der målgruppen er ansatte og leder for skolehelsetjenesten. Formålet er å gjøre en enkel egevaluering av skolehelsetjenestens aktivitet for inneværende skoleår, og utforme en strategi for det påfølgende skoleåret eller for en lengre strategiperiode.

Web basert applikasjon

Utviklerne ønsker å få på plass en web-basert applikasjon for tjenestebeskrivelsen som er utviklet for skolehelsetjenesten i grunnskolen. Et slikt utviklingsarbeid krever økonomiske virkemidler, og må sees i sammenheng med ny nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Videre utprøving av utvalgte kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer som er utarbeidet i Telemark, skal prøves ut i Sør-Trøndelag gjennom prosjektet «Kvalitet i skolehelsetjenesten». Fylkesmannen i Sør-Trøndelag (FMST) er prosjekteier og har ansvar for koordinatorsamlinger og nettverksmøter. Samarbeidspartnere er Sør-Trøndelag Fylkeskommune og NTNU – Fakultet for helse- og sosialvitenskap – Institutt for sykepleievitenskap. Prosjektet støttes av Helsedirektoratet, og samarbeider med utviklerne av indikatorene som er undertegnede og Geir Møller.

Videreutvikle tjenestebeskrivelsen

Verktøyet «Tjenestebeskrivelse» omfatter i dag kun beskrivelse av aktivitet i skolehelsetjenesten for grunnskole 1. til 10. trinn. Utviklerne har planer om å videreutvikle tjenestebeskrivelsen slik at den også omfatter helsestasjon 0–5 år og skolehelsetjenesten i videregående skole. ■

Referanser:

- Ljosåkk, Janne Gunnerud. Den gode skolehelsetjenesten i Telemark. Tidsskrift for helsesøstre nr. 2-2010. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/542130/HELSESOSTRE_2_2010_LR.pdf (nedlastet 28.8.16)
- Telemark Fylkeskommune. Den gode skolehelsetjenesten 2012-13. Tilgjengelig fra: www.telemark.no/folkehelse (Nedlastet 28.8.2016).
- Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 1. januar 2012. [Helse- og omsorgstjenesteloven]. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse+og+omsorgstj> (Nedlastet 28.8.2016)
- Lovdata. Lov om folkehelsearbeid 1. januar 2012. [Folkehelseloven]. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven> (Nedlastet 28.8.2016)
- Lovdata. Lov om helsepersonell. 2 juni 1999; nr.2 [Helsepersonell loven]. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=HELSEPERSONELL> (Nedlastet 28.8.2016).
- Lovdata. Lov om pasient – og brukerrettigheter. 2 juni 1999; nr.1 [Pasient- og brukerrettighetsloven]. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasienter>. (Nedlastet 28.8.2016).
- Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2003. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-4507-q=helsestasjon> (Nedlastet: 28.8.2016).
- Sosial- og helsedirektoratet. Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IS 1154, 2004. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-til-forskrift-om-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten-/Publikasjoner/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons-og-skolehelsetj-.pdf>. (Nedlastet: 28.8.2016)
- Helmersen Ann-Kristin B og Dolonen Kari Anne. Halvparten gikk til helsesøstre. Sykepleien.no. 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/nyhet/1427674/halvparten-gikk-til-helsesostre> (Nedlastet 28.8.2016).
- Helmersen, Anne Kristin B. Helsesøster slår alarm. Sykepleien.no. 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/nyhet/1115018/helsesostre-slar-alar> (Nedlastet 28.8.2016).
- Olufsen, Vibeke mfl. Kartlegging av ledelse i skolehelsetjenesten i Sør-Trøndelag, 2015. Tilgjengelig fra: (<https://www.fylkesmannen.no/nb/Sor-Trondelag/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Folkhelse/Kartlegging-av-skolehelsetjenesten-i-fylket-har-avdekket-ny-kunnskap-/>). (Nedlastet 28.8.2016).
- Barneombudet. Helse på barns premisser 2014. Tilgjengelig fra: http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_pa_barns_premisser.pdf (Nedlastet 28.8.2016).
- Borge, L.E., Møller, G, Nyhus, O.H. og Vardheim, I. (2002): Bedre måling av kvalitet i kommunene. SØF-rapport nr. 02/12.
- Olufsen, Vibeke. Tjenestutvikling i skolehelsetjenesten i Oppdal og Melhus kommune. Tilgjengelig fra: <https://www.fylkesmannen.no/Sor-Trondelag/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Folkhelse/Ny-rapport-i-Prosjekt-Tilgjengelig-skolehelsetjeneste-6-20-ar-Tjenestutvikling-i-skolehelsetjenesten-i-Oppdal-og-melhus-kommuner/> (Nedlastet 28.9.16)
- Kunnskapssenteret. Begrenset kunnskap om effekter av skolehelsetjenesten. 2010 Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/begrenset-kunnskap-om-effekter-av-skolehelsetjenesten> (Nedlastet 28.8.2016).
- Helsetilsynet. Helsestasjonen hjelp i rett tid. 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Presse/Nyhetsarkiv/Helsestasjonen-Hjelp-i-rett-tid/> (Nedlastet 28.8.2016).
- Statens helsetilsyn. Definisjonskatalog for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. KITH Rapport 15/02. Tilgjengelig fra: http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_1232.aspx Nedlastet 28.8.2016)
- Helsedirektoratet. Rapport KRP «Utredning av behov fra tjenestene i et nytt kommunalt helse- og omsorgsregister – KPR. 2016. Ferdigstilles i september.
- Helsedirektoratet. Veileder i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. 2004. IS-2700. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-i-journalforing-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (Nedlastet 28.8.2016)



DOKUMENTERT
EFFEKTIV OG SKÅNSOM

Alle kan bruke aminoJern!

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

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

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

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

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

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

www.aminojern.no

VITALKOST

Si det som det er!

Kjærestevold skjer oftest blant ungdom. Filmen «Den perfekte middag» og undervisningsopplegget «Si det som det er!» hjelper ungdom å snakke om vold på skolen. Tekst **Jannicke Stav**, psykologspesialist, Alternativ til Vold, Stavanger



SNAKKER OM VOLD: Psykologspesialist ved Alternativ til vold i Stavanger, Jannicke Stav, besøker ungdomsskoler for å snakke med elever om vold og overgrep. Foto: Thomas Gerhard.

Vold er et snevert begrep for unge i Norge, og det må vi gjøre noe med. For å stoppe vold må man vite hva det er. Som psykologspesialist i Alternativ til Vold reiser jeg rundt til skoler og snakker med ungdom om vold. Elevene får se filmen «Den perfekte middag» som handler om hvordan det er å leve med vold.

Diskusjon etter filmen

Lasse og Daniela er et kjærestepar i filmen.

«Jeg gidder ikke se deg di drittkjerring! Stikk!» skriker Lasse til Daniela. Han er livredd for at hun skal finne ut hvordan de egentlig har det hjemme. Lasse aner ikke hva han skal gjøre for å få Daniela til å slutte å spørre. Han skriker og sparker hardt i sengen der hun sitter. Etter filmen diskuterer elevene scenen der Lasse mister kontrollen. På spørsmål om de mener at det er vold vi er vitne til i filmen, får jeg svar som:

«Han gjør det jo ikke med vilje»

«Men hun blir redd»

«Og stygge ord er psykisk vold»

«Men han gjør jo ikke noe direkte mot kroppen hennes, hun blir ikke skadet»

«Mennesker kan bli skada inni seg. Når han sparker blir hun sikkert skremt»

«Hun spør så mye, hun skulle ikke stilt så mange spørsmål»

«Men hun bryr seg jo, skal hun la være å bry seg da?»

Ikke tydelig læreplan

Det er tilfeldig om barn lærer om vold på skolen, da læreplanen ikke er tydelig nok. Sånn kan vi ikke ha det.

I tillegg til å besøke skoler sender Alternativ til Vold undervisningsopplegget «Si det som det er!» gratis til ungdomsskoler over hele landet. Målet er å bidra til at det undervises om vold i skolen slik at barn og unge lettere kan stoppe vold – enten de selv utøver, blir utsatt for eller bevitner vold. Tilbakemeldingene har vært veldig positive både fra elever og ansatte. Elever som har opplevd vold tidligere i livet kommer ofte bort og takker en ekstra gang for at vold blir snakket om.

Vold er ikke tabu for barn

Hvordan barn som opplever vold reagerer blir gjennomgått, slik at elevene forstår at aggresjon, rus, selvskading, spiseforstyrrelser, depresjon eller selvmordstanker kan handle om at noen bærer på vonde opplevelser. Det hender ofte at elevene har mer på hjertet når klokka ringer.

Om filmen

- «Si det som det er!» er et samarbeid mellom Alternativ til Vold, Redd Barna og produksjonsselskapet Mica Aps. Hovedmålet er å få mer undervisning om vold og overgrep.
- Finansiering fra Justis- og beredskapsdepartementet og Egmont Fonden gjør at alle ungdomsskoler i Norge kan få materiell gratis.
- Filmen «Den Perfekte Middag» og tilhørende aktivitetshefte ligger på www.stoppvold.no

Å skape følelser og nye tanker er hensikten med opplegget. Barn i dag tør å snakke om vanskelige tema og har masse handlekraft. Det er voksnes ansvar å lære barn om vold, og samtidig hindre at det blir et tabutema. Vi voksne har med vår egen oppvekst i ryggmargen; flere barn ble utsatt for vold i oppdragelsen før i tida og vold var et større tabu. Det faller ikke naturlig for oss å snakke direkte med barna om vold.

Ressurspersoner

Ute på skolene møter jeg mange engasjerte skoleansatte som ønsker å snakke med barn om vold og overgrep.

Alle skoler har enkelte ressurspersoner som kan hjelpe til hvis barn forteller at de selv opplever vold – for eksempel helsesøster. Ungdom trenger å høre at det ikke er greit å holde noen fast med makt, eller å slå i veggen like ved siden av kjæresten sin. Vi kan stoppe vold allerede før den skjer ved å snakke om hvor grensene går, og modige voksne kan gjøre en stor forskjell.

Helsesøsters dilemma

Jeg har bakgrunn som kommunepsykolog og vet at balansen mellom forebygging og oppfølging av enkeltbarn kan være utfordrende. Der jeg jobbet var forebyggende arbeid bare delvis satt i system, mens det var stor pågang av barn som trengte individuell hjelp. Jeg vet at mange opplever det samme, og spesielt helsesøstre er en viktig, men dessverre knapp ressurs. Håpet er at materiell som er lett å ta i bruk kan forenkle dette arbeidet. Helsesøstre kan i samarbeid med andre yrkesgrupper på skolen nå mange med kunnskap om vold og psykisk helse generelt. ■



VOLD: Filmen «Den perfekte middag» handler om vold. Den gir et godt utgangspunkt for å debattere vold med ungdomsskolelever. Foto: Mica Aps.

«Modige voksne kan gjøre en stor forskjell.» *Jannicke Stav*

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

...MEN VI VET HVA DE BØR SPISE I DAG!

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

Styrke starter et sted.



NYHET - GLUTENFRI!



En glutenfri og lettere postei



Originalen siden 1949



Mild postei av kylling



En grovere postei med mer smak

Fri for melk og gluten



En saftig og smøremyk ovnsbakt postei



Porsjonspakninger er praktisk og lettvinnt til matpakken

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