



Tidsskrift for helsesøstre

NR. 2-2011

LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

Ny, norsk undersøkelse:

Sier ja til vaksine

Sykepleien

DryNites



Sengevæting

I de fleste tilfeller er sengevæting fysisk betinget. Det kan skyldes manglende produksjon av det hormonet som styrer urinproduksjonen, eller for liten blære i forhold til barnets alder.

De aller fleste barn vokser fra sengevætingen når de kommer i pubertetsalderen, og i mellomtiden kan sengevætingen behandles. Inntil den rette behandlingen er funnet og for å unngå besvær og pinlige episoder i barnets hverdag, kan DryNites® nattbukser og BedMats (engangs-laken) være til stor hjelp.

"Det kan gå lang tid fra barna kommer i kontakt med behandlingssystemet, til behandlingen virker ordentlig. I denne tiden er det essensielt med gode hjelpemidler som gjør hverdagen enklere – eksempelvis nattbleier," sier Søren Rittig, overlege ved Skejby Sygehus.

Gode råd

- Kontakt legen din og få klarlagt årsaken til at barnet tisser i senga om natten. Sengevæting kan behandles.
- Snakk med barnet om de nattlige uhellene og forklar at han/hun ikke kan noe for det.

Hjelp til store barn som tisser i senga

DryNites® Nattbukser

Diskrete, absorberende underbukser spesielt utviklet til større barn. Buksene er beregnet til bruk under vanlig nattøy.

Når barnet ditt skal sove over hos andre, kan DryNites® legges i en pose i bunnen av soveposen. Da kan den raskt og diskret tas av og på.

DryNites® Pyjama Pants fås i to størrelser i jente- og gutte-modell:

- 4-7 år (17-30 kg)
- 8-15 år (27-57 kg)



DryNites® BedMats engangs-laken

Absorberende engangs-laken som holder madrassen tørr når uhellet er ute. Lakenet er en hjelp til alle som tisser i senga, og er spesielt utviklet med tanke på høy absorbering, beskyttelse og diskresjon.

BedMats er også velegnet som supplement til småbleiebarn i reisesengen, ved vokseninkontinens og menstruasjon.



DryNites® finner du i bleieavdelingen i din lokale dagligvarebutikk

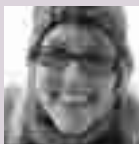
Bestill
gratis
prøver

og last ned boken
"Magnus tisser
i senga"
på drynites.no

Følgende helsesøstre har vært med å lage dette nummeret av tidsskriftet:



Lene Jensen
Helsesøster, Tromsø kommune



Merete Nypan
Helsesøster, Tromsø kommune



Åsa Karlsen
Helsesøster, Harstad kommune



Renate Arild
Helsesøster, Målselv kommune



Aid Normann
Helsesøster, Sørreisa kommune



LEDER

Kjære lesere!

Du holder nå den første utgaven av vårt «nye» tidsskrift i hånda. Landsgruppen av helsesøstre har inngått et prosjektsamarbeid med Sykepleien – foreløpig ut 2011 – om utforming og utgivelse av fagbladet vårt. Det innebærer et annet format og et annet utseende og vi håper du setter pris på endringene! Etter at to nummer er utgitt, vil vi foreta en evaluering blant våre lesere.

Samhandlingsreformen – hva nå? Nasjonal helse- og omsorgsplan, forslag til ny Helse- og omsorgslov og ny Folkehelselov er lansert. LaH NSF er fornøyd med at helsestasjons- og skolehelsetjenesten fortsatt skal være en lovfestet tjeneste, og at man i kommentarene understreker at deler av tjenesten ikke bør splittes opp. Vårt synspunkt innebærer ikke at helsesøstre ikke ønsker et tett samarbeid med fastlegene; tvert i mot. Vi ser på fastlegen som en viktig samarbeidspartner og faglig ressurs, på lik linje med jordmødre og fysioterapeuter som sammen med helsesøstre skal inngå i en helhetlig helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Å bidra til å styrke og utvikle en helhetlig tjeneste burde være i alles interesse fremfor å forsøke å splitte tjenesten ved at noen oppgaver legges til fastlegekontoret, andre til barnehagen.

Såkalt profesjonsnøytralitet (for alle unntatt leger), fremstår som en selvmotsigelse i en tid hvor krav til kompetanse øker. Vi har lenge sett at kommuner ansetter personell med mangelfull eller annen kompetanse enn det som kreves i helsesøsterstillinger. Vi frykter at denne tendensen vil forsterke seg med foreliggende lovforslag.

Vi undrer oss over hvorfor lovgiverne har slik tro på profesjonsnøytralitet i helsevesenet. Ville de samme lovgiverne syntes det var likegyldig om det var flyvertinnen eller piloten som førte flyet de satte seg inn i? Neppel!

Master for helsesøstre er et ledd i å styrke og heve helsesøsterkompetansen. Fra høsten av tilbyr Høgskolen i Bergen og Universitet i Tromsø master i helsesøsterfag. Dette er et viktig steg i ønsket retning og vi gratulerer begge studiestedene! Flere helsesøstre med forskningskompetanse kan bidra til økt kunnskap om og dokumentasjon av helsesøsterfaget.

Hev stemmen! Helsesøstre fungerer i liten grad som premissleverandør for barn og unges helse- og oppvekstvilkår. Kartlegging gjort i vårt pilotprosjekt viser dette tydelig, og bekreftes av Anne Clancys artikkel i denne utgaven. Helsesøstre er faglig sterke, men akk så tause!

Vi forteller i liten grad hva vi gjør og hva vi kan, og vi påpeker ikke lokale utfordringer målgruppen vår møter. Jeg har nylig kommet hjem fra internasjonal ICN – konferanse på Malta, hvor flere forelesere pekte på behovet for at sykepleiere må «raise their voices» – vi står i en taushetskultur vi må bidra til å endre.

Min oppfordring til deg er; hev stemmen og fortell lokale beslutningstakere hva du tenker er til beste for barn og unge i din kommune, hvilke helsetjenester de trenger og hva du kan tilby som helsesøster. Snart er det kommunevalg – bruk anledningen og snakk med en politiker!

Astid T. Grydeland
LEDER AV LANDSGRUPPEN AV HELSESØSTRE NSF

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

ANSVARLIG REDAKTØR:

Astrid Grydland Ersvik
Tlf: 98 85 34 96
astrid.grydland@bluezone.no

ANNONSER: Eli Taranger Ljønes

Tlf: 97 47 17 56
eli.tl@online.no / eli.taranger.ljones@bodo.kommune.no

ABONNEMENT: Astrid Grydland Ersvik

HJEMMESIDE:

www.sykepleierforbundet.no/helsesostre

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN: Barth Tholens

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

DESKJOURNALIST: Johan Alvik

Tlf: 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

GRAFISKE FORMGIVERE:

Hege Holt, tlf. 22 04 33 57
hege.holt@sykepleien.no

Björg Nordstrand, tlf. 22 04 33 56

bjorg.nordstrand@sykepleien.no

TRYKK: Stibo Graphic AS

FORSIDEFOTO: Scanpix

NESTE UTGAVE: 20. oktober 2011



LAH-STYRET

Leder: Astrid Grydland Ersvik
Tlf: 98 85 34 96
Epost: astrid.grydland@bluezone.no



Nestleder: Hilde Egge
j: 67 10 29 50 / 67 83 23 40 / m: 95 12 80 42 / 41 00 71 28
Epost: hilde.egge@baerum.kommune.no



Kasserer: Astrid Seim Realfsen
j: 55 56 13 48 / m: 99 53 25 24 / p: 55 28 99 57
Epost p: srastrid@online.no
Epost j: astrid.realfsen@bergen.kommune.no



Styremedlemmer:
Karen J. Jægtnes
j: 77 02 71 35 / 77 02 71 40 / m: 91 81 59 69 / 77 07 76 34
Epost p: karen.jaegtnes@hlink.no
Epost j: karen.jaegtnes@harstad.kommune.no



Eli Taranger Ljønes
j: 75 55 57 80 / m: 974 71 756 / 952 40 328
Epost p: eli.tl@online.no
Epost j: eli.taranger.ljones@bodo.kommune.no



Varamedlemmer:
Torun Rundhovde Mørenskog
j: 37 93 86 75 / m: 909 51 881 / 948 71 079
Epost p: torun.morenskog@istorm.no
Epost j: torun.morenskog@bykle.kommune.no



Nina Misvær
j: 22 45 37 23 / m: 997 49 758
Epost p: nina.misvaer@broadpark.no
Epost j: nina.misvar@su.hio.no



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



52

SKRIVEGLAD HELSESØSTER: Møt vinneren av årets Gylne penn, Guri Midtgard, i portrettet.

**Folkehelsearbeidet
trenger ikke bare hender,
men også hoder!**

KARI GULLA, SIDE 70



Innhold

NR. 2-2011

8	Kampen mot klamydia
10	For mye energidrikker
13	Snakk med en politiker
14	Vil forebygge vold mot barn
20	Språkvurdering i barnehage
22	Spisehjelp til premature
28	Tungt for asylsøkere
31	Årets helsesøster
31	Vellykket kongress
32	Foreldre positive til vaksine
38	Mange trenger psyk hjelp
41	Program nordisk konferanse
46	Folks syn på helsesøstre
51	Hjelp de mest sårbare
56	Vurdering av temperament
60	Siste nytt om ELIN-h

64	Kvinner spiser grovt
66	Hva kan vi spise?
70	Gjenreis folkehelsesøstera
74	Erfaringer fra samlivskurs
77	Deler på jordmødrene
79	Populært tilbud for flyktninger
81	Ny undersøkelse om ungdom
82	Faggrupelederne i fylkene

FASTE SPALTER

6	Smånytt
18	Aktuelle bøker
26	På plakaten
52	Portrettet: Guri Midtgard
72	Lederstafetten
77	Historisk bilde

10 **BRUS MED KOFFEIN:** Mattilsynet vil ha ned forbruket av energidrikker.



8 **KAMPEN MOT KLAMYDIA:** ITromsø delte helsesøstrene ut 23 000 kondomer i fjor, for å bekjempe klamydia.

Ikkerøyk-kampanje på Facebook

Helsedirektoratet ønsker å skape debatt om røyk og snus blant ungdom, og har laget en kampanje på Facebook for å hindre at ungdom begynner å røyke. Kampanjen går ut på at ungdommer konkurrerer om å lage den morsomste videosnutten med sluttbudskapet «Men jeg røyker i hvert fall ikke». Hovedmålgruppen er ungdom i alderen 13-16 år, og det er ungdommene som skal bestemme mye av innholdet på siden. Vinneren får en iPad.

Kilde: Helsedirektoratet

Unge får betalt for test

I de siste ti årene har antall nye klamydiatilfeller økt jevnt i Australia. Som et pilotprosjekt får nå seksuelt aktive mellom 16 og 30 år utbetalt ca. 60 kr for å ta en klamydiatest. Testen fås på apotek, og apotekene får også penger for hver test som utføres. Pilotprogrammet gjennomføres i Australian Capital Territory, og dersom det er vellykket kan det rulles ut nasjonalt.

Kilde: Folkehelseinstituttet/fhi.no

SMÅNYTT



Forsker på gravide lesbiske

Blir lesbiske godt mottatt i fødselsomsorgen? Det skal jordmor og høyskolelektor Bente Dahl Spidsberg forske på i sitt doktorgradsarbeid. Spidsberg mener det er viktig at jordmødre og andre i helsevesenet får økt kunnskap om temaet.

– Det er viktig at kvinnene møtes av jordmødre som ikke antar og tror, men faktisk vet hva god omsorg og adekvat behandling handler om for denne kvinnegruppen, sier hun.

Bente Dahl Spidsberg har en mastergrad i sykepleievitenskap fra Universitetet i Oslo, med masteroppgaven «Lesbiske kvinners erfaring i møte med fødselsomsorgen» (2006).

Hun har fått tildelt et stipend på 550 000 kroner av Norske Kvinners Sanitetsforening, for å jobbe med studien.

Kilde: Jordmora

Vi lever ikke lengst

Tidligere hadde norske kvinner den høyeste forventede levealderen i verden, men i dag kan kvinner i en rekke land regne med å leve lenger. Ei nyfødt norsk jente kan i dag forvente å bli 82,7 år. På verdenstoppen finner vi japanske kvinner, med en forventet levealder på nesten 86 år. Men også mange andre kvinner, blant annet søreuropeiske, blir nå eldre enn sine norske søstre. En nyfødt norsk gutt kan i dag forvente å bli 78,2 år. Forventet levealder er en ofte brukt indikator på befolkningens helsetilstand.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tenk at de het...

«God dag, mitt navn er Blondine.» I 1801 var det faktisk én norsk kvinne som måtte gå rundt og presentere seg som det, etter at foreldrene hadde fått for seg at hun skulle hete det samme som hårfargen. Eller kanskje hun ikke var blond engang? Det sier ikke folketellingen fra 1801 noe om. Kanskje kjente Blondine til Brunette, som en annen norsk kvinne skrev seg for på den tiden? Seks kvinner ble rettmessig omtalt som Billa, etter at de hadde fått navnet tildelt i dåpen. Seks het Rosine, og én het Grevenpop! Blant guttenavn som også den gang var sjeldne, men tross alt ble brukt, var Bønne, som seks presenterte seg som – og det var like mange som måtte si at de het Uff. De vanligste navnene i 1801 var Anne og Ole. Folketellingen av 1801 var den første fullstendige, nominative tellingen i Norge, det vil si den første tellingen hvor hele befolkningen ble registrert med navn.

Kilde: Statistisk sentralbyrå



Arbeidsledige sover dårligst

Arbeidsløse har dårligere søvnkvalitet enn folk som har jobb. I hvert fall tyder en stor, engelsk undersøkelse på det. De arbeidsløse i undersøkelsen hadde mer enn 40 prosent høyere sannsynlighet for å ha problemer med oppstykket søvn, enn folk som hadde jobb. Men også jobbtrivsel påvirker hvor godt man sover. En tredjedel av de mest misfornøyde arbeidstakerne rapporterte om dårlig søvn, mot bare en femtedel av de mest fornøyde.

Kilde: Forskning.no

Mange gutter snuser

Stadig flere unge bruker snus, og det har vært en økning siden slutten av 90-tallet. Hver fjerde mann i aldersgruppen 16-24 år snuser daglig, mens det for kvinner i samme aldersgruppe er 8 prosent som snuser daglig.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Studenter hjelper barn

De norske psykologistudentenes PsychAid aksjonen 2011 støtter UNICEF. De 100 000 kronene studentene har samlet inn går til UNICEF sitt prosjekt om psykososial støtte til hiv/aids rammede barn i Mosambik gjennom samtalerapi og veiledning. 400 000 barn i Mosambik har mistet mor, far eller begge foreldre på grunn av aids. Disse barna sliter ofte med traumer etter å ha sett foreldrene sine svært syke og til slutt dø.

Kilde: Rådet for psykisk helse

Tekst: Johan Alvik Foto: Colourbox



Redusert LaH-kontingent

Fra og med 2011 er det innført redusert kontingent for helsesøsterstudenter og pensjonister. Kontingentsatsene er som følger:

Ordinært medlem: kr 408

Student/pensjonist: kr 200

Vi tilbyr også deltagelse på våre faglige arrangement til redusert pris for helsesøsterstudenter og pensjonister.



Høyt utdannede er sprekest

Norske kvinner og menn med høy utdanning er i bedre form enn de som bare har grunnskole eller videregående skole, viser en stor undersøkelse. Med høyere utdanning menes her minst fire års høyskole eller universitetsutdanning. Drøyt 900 personer spredt utover landet i alderen 20 til 85 år er testet. I tillegg til kondisjon er også balanse, bevegelighet og styrke i ulike deler av kroppen undersøkt. Ni norske universiteter og høyskoler har vært involvert i undersøkelsen.

Kilde: Helsedirektoratet

Toppen av morslykke?



Småbarnsfasen er ikke nødvendigvis den lykkeligste i livet. Det skranter både på tilfredsheten med livet og tilfredsheten med partneren hos de fleste småbarnsforeldre. Men de som er tilfredse med forholdet sitt under graviditeten, har det best tre år senere. Dette kommer fram i en fersk studie fra Folkehelseinstituttet. Studien omfatter 60 000 norske kvinner med små barn.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Styrker kampen

Troms fylke ligger høyt på klamydiatoppen i Norge, men nå er det nedgang i antallet tilfeller. Og tallene skal videre ned.

Sentralt i tilbudet på helsestasjonen for ungdom i Tromsø er tema omkring ungdoms seksuelle helse, herunder prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner. Klamydia er en stor utfordring, og Troms fylke har i mange år ligget på andreplass på klamydiatoppen i Norge, bare slått av Finnmark. Det er en utfordring vi har tatt på alvor. Vi har etablert samarbeid med helsesøstre i de videregående skolene

i Tromsø kommune,

samt Sosialmedisinsk senter, som blant annet driver studenthelsestasjonen, for å styrke det klamydiaforebyggende arbeidet rettet mot ungdom. For å skape oppmerksomhet og for å nå ut til målgruppen, har vi arrangert Kjærlighetsuka hvert annet år siden 2005. Vi markerer årlig den internasjonale aidsdagen. Prevensjonsdagen og russefeiring er andre anledninger som spesielt inviterer til fokus på seksuelt overførbare infeksjoner. Hovedbudskapet er sikker sex og betydningen av kondombruk.

Deler ut kondomer

Vi selger ut kondombudskapet ofte og med stor entusiasme. Kondommannekengene er flittig i bruk, både under enkeltkonsultasjoner og i 10. klasse-undervisningen. Vi vet at budskapet må gjentas ofte, slik at gode vaner kan etableres tidlig. Helsedirektoratets kondomordning, Cefem, har med sitt nye og spenstige kondomrepertoar bidratt til økt nysgjerrighet for kondomer blant ungdom. For oss er det lettere å promotere

I 2010 delte vi ut 28 000 kondomer fra helsestasjonen.



mot klamydia

kondombruk når utvalget er bredt og det er variasjon i form, farge og størrelse. I 2010 mottok vi og delte ut 28 000 kondomer fra helsesstasjonen. For lettere å spre informasjon har vi opprettet en egen facebookprofil, og vi har ved enkelte anledninger, i samarbeid med fylket, fått bruke fronter i de videregående skolene til informasjon.

De tre siste årene har vi hatt et jevnt antall ungdom som har testet seg for klamydia. Gjennom samarbeid og med fokus på å nå ut til guttene, har vi klart å få til en økning i andelen gutter som oppsøker helsesstasjonen og som tester seg for klamydia.

Klamydiatester

Gode nyheter er at tall for 2009, (tall for 2010 foreligger ikke ennå) fra Folkehelseinstituttet viser at Troms, er det fylket som prosentvis har størst nedgang fra foregående år i antall diagnostiserte tilfeller av genital klamydiainfeksjoner med 23 prosent (1). Vi registrerer også samme trend. Vi tester like mye, men finner færre positive tester. Dette er en god utvikling, men vi ønsker å bli enda bedre. Vi er nå i ferd med å etablere tilbud om levering av klamydiatest uten at de unge må konsultere helsesøster eller lege. Vi håper at guttene spesielt vil ta godt imot tilbudet.

Lærer av Sverige

Vi har også sett til Sverige. Interessante tall om lave klamydiaforekomster fra Västerbottens län vekket vår nysgjerrighet og resulterte i en studietur til Umeå våren 2010. Hva gjør de der som gir slike gode resultater? En brennende engasjert smittevernlege, en like engasjert smittevernкуратор og en involvert og positiv politisk forvaltningsenhet i fylket var sentral. På kommunenivå møtte vi like engasjerte og faglig sterke jordmødre og helsesøstre som jobbet på Ungdomsmottagningen. Noen konkrete grep Västerbottens län hadde gjort, var å kutte subsidiering av hormonell prevensjon, mens de styrket fokuset på kondombruk. Selvtesting via internett og en meget grundig smitteoppsporingsvirksomhet var i tillegg viktige suksessfaktorer. Smittevernlegen snakket også varmt om motiverende intervju (MI), som metode for å stimulere til endring i handling. På Ungdomsmot-

Fakta om helsesstasjonen

- Helsesstasjon for ungdom i Tromsø er samlokalisert med ungdommens kulturhus. Den har vel 3000 konsultasjoner per år. I tillegg kommer alle 10. klassene i Tromsø kommune med rundt 1000 elever på besøk hvert år for undervisning om kropp og seksualitet.

tagningen hadde jordmødre og helsesøstre styrket sin kompetanse på andrologi. De hadde også et eget guttetilbud: kill-drop-in. At smittevernlegen var så poengtert i forhold til farene ved klamydia, både med tanke på sterilitet og ekstrauterint svangerskap, tror vi bidrar til at klamydia, som en allmennfarlig smittsom sykdom, blir tatt på alvor i alle ledd, fra helsepersonell i kommunen og fylket til det politiske beslutningsnivå.

Vi må samarbeide

Kan vi få til noe lignende i Tromsø og Troms fylke? Det gjøres allerede mye godt arbeid, men for å styrke kampen mot klamydia og andre seksuelt overførbare infeksjoner, etterlyser vi et tettere samarbeid med leger, rådgivere og politikere både i kommunen og fylket. Samarbeid og en felles styrket innsats for å få lett tilgjengelig testing og behandling, og en mer systematisk smitteoppsporing, tror vi kan bidra positivt. Det er også i tråd med «Handlingsplanen for forebygging av uønsket svangerskap og abort – strategier for bedre seksuell helse 2010-2015» sine innsatsområder for en mer effektiv beredskap i det klamydiaforebyggende arbeidet.

En helt ny undersøkelse utført av Synovate på oppdrag fra Helsedirektoratet, viser at unge voksne er realistisk optimistiske når det gjelder å vurdere egen risiko for å bli smittet av seksuelt overførbare infeksjoner. Hele 78 prosent regner det som liten eller ingen risiko for å bli smittet. Holdningene er de samme som for ti år siden. Kan den svenske smittevernlegens varme anbefalinger om MI-metoden være en vei å gå for å endre holdningene?

Til en styrket kamp mot klamydia og for en sikker og bedre ung seksuell helse, gjentar vi slagordet fra Kjærlighetsuka 2011: JUST SAY YES og oppfordrer dere til å sjekke ut nettsiden www.justsayyes.info



Odd Arif Finns

Av Randi Elisabeth Olsen, fagleder, helsesstasjon for ungdom, Tvlbit Tromsø kommune



Ulin Sørensen

Av Merete Nypan helsesøster, helsesstasjon for ungdom, Tvlbit Tromsø kommune

Barn drikker for m

Barn og unge får i seg for mye koffein gjennom energidrikker, viser en undersøkelse fra Mattilsynet. Tekst Johan Alvik

Forbruket av energidrikker øker og det er barn som drikker mest, viser en spørreundersøkelse Mattilsynet har gjort blant folk i alderen 15 til 40 år.

– Hvorfor det er så populært blant unge kan vi ikke si med sikkerhet, men to viktige stikkord er økt tilgjengelighet og utstrakt markedsføring overfor unge, sier seniorrådgiver i Mattilsynet, Rønnaug Aarflot Fagerli.

Hun sier at reklamen knyttes opp mot idrettshelter som blir sponset, og til snow- og skateboardmiljøene for å appellere til ungdom.

Nye varer

Allerede før energidrikkene kom på markedet i Norge inntok opp mot fem prosent av norske 13-åringer omtrent

2,7 mg koffein per kilo kroppsvekt per dag fra brus, kaffe, te og kakaobaserte produkter. Dette er mer enn anbefalt maksimumsgrense. Siden den gang har det vært en økning i antallet andre produkter som tilsettes koffein eller ingredienser med et naturlig koffeininnhold. Mattilsynet tror derfor at det samlede inntaket av koffein blant mange barn og ungdommer har steget betydelig de siste årene. Det er trolig flere som har et inntak som overskrider anbefalt maksimumsgrense nå enn tidligere.

Viktige helsesøstre

Mattilsynet ønsker at helsesøstre skal bidra til å få ned koffeinforbruket blant barn og unge, ved å gi råd.

– Ikke alle foreldre og barn er klar

over hvor mye koffein det er i forskjellige produkter, og helsesøstre kan oppfordre til å lese merkingen på emballasjen, og velge bort produkter med mye koffein, sier Fagerli.

Energidrikker inneholder ikke nødvendigvis mer sukker enn andre typer brus, men betegnelsen «energidrikk» viser til at produktet inneholder mye koffein eller andre stoffer som skal virke oppkvikkende.

Helsesøstre som ønsker å vite mer om undersøkelsen og om koffein i mat og drikkevarer, kan henvende seg til Mattilsynet, som blant annet har laget en brosjyre om temaet.

Kontaktinfo på: www.mattilsynet.no.

Stadig flere produkter

Tidligere var stoffet koffein regnet som legemiddel og kun små mengder var tillatt å tilsette som aroma i leskedrikker. Dette ble endret høsten 2008, og koffein kan nå lovlig tilsettes matvarer og drikker. Endringen har ført til en stor økning i antall produkter med tilsatt koffein. Dette gjelder først og fremst såkalte energidrikker og «energishots», men også vanlige leskedrikker, brus, smaksatt vann samt drops, tyggegummi og annet godteri.

Kan gi atferdsendring

Inntak av koffein kan hos barn og ungdom gi forbigående atferdsendringer som økt irritabilitet og uro, nervøsitet, anspenhet og angst samt søvnforstyrrelser. Dessuten er koffein vanedannende og man kan få abstinenssymptomer med kroppslig ubehag og hodepine.



ye koffein



Foto: Colourbox

■ Koffein i drikker

Så mye koffein inneholder vanlige drikker per desiliter:

- Cola ca 15 mg
- Energidrikker ca 32 mg
- Koke- og filterkaffe 50 - 60 mg

Vi vet ikke sikkert hvorfor det er så populært blant unge.

RØNNLAUG A. FAGERLI

GRENSENE ■

Hvor mye er for mye?

Barn og ungdom bør ikke innta mer enn 2,5 mg koffein per kilo kroppsvekt per dag. For et barn på 30 kg tilsvarer dette 75 mg koffein per dag. Tilsvarende vil en ung kropp på 50 kg tåle opp til 125 mg koffein per dag. Det skal ikke mer til enn en liten boks energidrikk (2,5 dl) før et barn på 30 kg får i seg mer koffein enn det som er anbefalt maksimumsgrense. En halvlitersboks energidrikk gir mer koffein enn det som er anbefalt for et barn eller en ungdom som veier 60 kg.

ENERGIDRIKKER: Barn drikker for mye brus som inneholder koffein, mener Mattilsynet.

Nøye tilpasset barnets behov

Har vi oversett et problem med jernmangel blant 1–3-åringene?

I en norsk undersøkelse ble det funnet at 12 % av alle barn hadde mild jernmangel ved 24 måneders alder.¹ Undersøkelsen bekrefter internasjonale studier som anslår at 12 % av alle barn under 4 år i den vestlige verden lider av jernmangelanemi.²

Perioden etter at ammingen stoppes er viktig

Der er en tydelig forbindelse mellom for tidlig introduksjon av kumelk og jernmangel.³ På den ene siden inneholder kumelk nesten ikke jern, på den andre siden inneholder den mye protein, mettet fett og salt i forhold til barnets behov. Den medfører dermed en nødvendig belastning av barnets organer, og det er fare for at barnet drikker seg mett på kumelken.

Viktig informasjon: Morsmelk er den beste ernæringen for spedbarnet i de første levemånedene. Hvis mulig, bør morsmelk alltid være førstevalget.

1) Hay G, Sandstad B, Whitelaw A, Borch-Johnsen B. Iron status in a group of Norwegian children aged 6–24 months. *Acta Paediatr.* 2004;93:592–8.

2) Domellöf M, Hernell O. Iron-deficiency during the first two years of life. *Scand. J. Nutr.* 2002; 46: 20–30.

3) Michaelsen KF, Milman N, Samuelson G. A longitudinal study of iron status in healthy Danish infants: effects of early iron status, growth velocity and dietary factors. *Acta Paediatr.* 1995;84(9):1035–44.



NAN Juniormelk er nøye tilpasset barnets behov: alt det gode i melken - bare bedre

- Betydelig mer jern enn i vanlig kumelk
- Mer enn dobbelt så mye D-vitamin
- Redusert mengde protein, salt og mettede fettsyrer i forhold til kumelk

Nestlé
NAN

Snakk med en politiker

Nye lovverk og en ny helseplan vil påvirke helsesøstertjenesten – men det er fortsatt mulig å få til justeringer. Oppfordringen er: Snakk med en politiker.

Mye skjer i forbindelse med samhandlingsreformen. Like før påske lanserte Helse- og omsorgsdepartementet to lovverk og en plan som har betydning også for helsesøstertjenesten, og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Lovverkene skal endelig behandles i Stortinget, etter planen i vårsesjonen. Det betyr at det fortsatt er mulig å jobbe politisk og strategisk for å få de justeringene av lovteksten som vi mener er viktig – blant annet å beholde bestemmelsene om lovfesting av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og at prinsippet om profesjonsnøytralitet ikke må bli stående.

For at vi skal få til en endring må helsesøstre ta sin rolle som premissleverandør på alvor, og følge oppfordringen fra LaH NSF: «Snakk med en politiker!»

Lovverkene og planen det her er snakk om er:

- St.proposisjon 90 L – Lov om Folkehelsearbeid (Folkehelseloven)
- St.proposisjon 91 L – Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- St.melding 16 - Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Du finner alle tre dokumentene ved å gå inn på www.regjeringen.no/nb/dep/hod

Kort om lovene

Folkehelseloven flytter i større grad ansvaret for folkehelsearbeidet i kommunene over på den kommunale ledelsen. Helsetjenesten skal fortsatt ha en viktig rolle, både som premissleverandør og pådriver, og i form av den kompetansen på helse man besitter. Imidlertid må folkehelsearbeid være et tverrsektorielt ansvar, og skje i et samspill mellom offentlige myndigheter, frivillige organisasjoner og innbyggerne i kommunen.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og helsesøstre har et spesielt ansvar for å ivareta folkehelsearbeidet rettet mot barn og ungdom og deres

SI FRA TIL LOVGIVERNE: Vil du påvirke landets lover før de blir endelig vedtatt, må du snakke med politikere som har makt.

Illustrasjon: Colourbox



foreldre, og i å bidra til kommunens oversikt over helsetilstand blant barn og unge. Det betyr at vi må samle informasjon og statistikk, og melde fra om utviklingstendenser i målgruppen for tjenesten vår.

Helse- og omsorgsloven stadfester at helsestasjons- og skolehelsetjenesten fortsatt skal være en lovfestet tjeneste – fordi den er av vesentlig betydning for helsetilbudet for barn og unge. Videre sier man at tjenesten skal fremstå helhetlig og som et reelt lavterskeltilbud, at deler av tjenesten ikke bør splittes opp og legges til eksempelvis fastlegekontoret. Begge disse forholdene innebærer etter LaH og NSF's mening en viktig presisering av tjenestens innretning.

Prinsippet om profesjonsnøytralitet for alle unnatt fastlegene er beholdt i lovforslaget. LaH og NSF, og en rekke andre høringsinstanser har vært kritiske til dette. Vi mener at skal man lykkes med samhandlingsreformens intensjoner og på kompetanseoppbygging i kommunene, trenger de ulike profesjonene å styrkes – også gjennom lovverket.

Det foreslås også en kommunal plikt til å bidra til forskning og fagutvikling

Nasjonal helse- og omsorgsplan understreker også betydningen av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og sier blant annet at departementet vil følge opp Utviklingsstrategien (IS- 1798).

Kommunene oppfordres til fortsatt (!) styrking av tjenesten og å øke tilgjengeligheten.

Det er særlig kapitlene 4 og 5 som omtaler helsestasjons- og skolehelsetjenesten.



Foto: Erik Sundt

Av Astrid Grydeland Ersvik
leder Landsgruppen av
helsesøstre NSF

Skal forebygge vold mot babyer

Informasjonsprogrammet «Din fantastiske baby» skal forebygge filleristing av barn. Programmet gir råd til nybakte foreldre om hvordan man takler frustrasjon når barnet gråter.

Hensikten med programmet er å gi gode råd i de første månedene, om gråting, frustrasjon og usikkerhet for om man strekker til som foreldre. Vi har forsøkt å holde en positiv og oppbyggende tone, samtidig som alvoret og farene ved filleristing av babyer gjøres tydelig. Det er mellom 5 og 7 babyer som ristes til døde i Norge hvert år. Like mange blir innlagt på sykehus med store skader som kan gi varige lammelser, blindhet og ulike grader av utviklingsforstyrrelser. Som oftest er ristingen resultat av stor frustrasjon over vedvarende og langvarig gråting.

Tilsvarende informasjonsprogram gjennomføres i mange andre land, blant andre USA, Canada, Tyrkia og Japan. Nedgangen i antall tilfeller av alvorlige skader etter filleristing i disse landene er betydelig og godt dokumentert.

Programmet er basert på kunnskap og erfaringer fra andre land, og i 2008 og i 2010 deltok prosjektleder i Stine Sofies Stiftelse på verdenskonferansen for «Shaken Baby Syndrome», i henholdsvis Canada og i USA. Der deltok

1000 personer fra 20 land for å utveksle erfaringer og for å oppdateres på alt fra medisinsk forskning på skadeomfanget, etterforskning, det juridiske aspektet og ikke minst erfaringer fra forebyggende prosjekter.

Utprøving i Norge

Det ble gjennomført en testperiode med utdeling av førsteutgaven av materialet ved fem norske sykehus i 2009, og vi fikk utelukkende gode tilbakemeldinger både fra fagfolk og foreldre.

Etter pilottesten i 2009 ble prosjektet evaluert og forbedret i samarbeid med Norsk Barnelegeforening. Både brosjyrematerialet og informasjonsfilmen ble teksten til engelsk. I november 2010 ble fødeavdelingene kontaktet, og erfaringene fra testperioden viste at det var nødvendig med en god presentasjon fra prosjektleder på stedet. Slik vil den praktiske delen og fagkunnskapen belyses riktig. Det har også vært veldig fint å kunne svare på spørsmål direkte under disse presentasjonene.

Foto: Privat



■
Av Thor Willy Ruud Hansen
Leder Norsk Barnelegeforening

Foto: Privat



■
Av Richard A. Nordahl
Prosjektleder Stine Sofies Stiftelse



FARLIG GRÅT: Vedvarende gråt fra små barn kan føre til at en omsorgsperson mister besinnelsen og bruker vold mot barnet for å stoppe gråten.

Info til alle

Det er helt naturlig å få med alle helsestasjoner, vi vil derfor sende informasjon og materiell til alle landets ca 800 helsestasjoner i løpet av mars/april 2011. Dette for at man skal være informert og ikke minst kunne svare på spørsmål og etterfylle/minne foreldre og foresatte på informasjonen de fikk før de reiste fra sykehuset. I og med at implementeringen av prosjektet strekker seg over første halvår 2011, vil flere av fødeavdelingene kanskje ikke være informert og i gang med prosjektet over hele landet, selv om alle helsestasjonene har mottatt materialet – dette ser vi ikke som noe problem.

Dette er et svært arbeidskrevende prosjekt. Derfor henvender vi oss til fødeavdelingene etter geografisk beliggenhet. Tidlig i mars var 20 fødeavdelinger besøkt. Målet er å ha vært på alle landets fødeavdelinger innen sommer 2011, og at alle avdelinger forplikter seg til å dele ut informa-

sjonspakkene. Presentasjonen av informasjonsprogrammet har variert fra at vi har møtt mange av de ansatte eller kun leder. Vi er allerede invitert tilbake til flere av fødeavdelingene, for å følge opp prosjektet.

Informasjonsprogrammet inneholder:

- Informasjonspakke med forklaring til helsepersonell i avdelingen.
- Foreldrepakken på norsk og engelsk (brosjyre og DVD) for utdeling.

Vi håper og tror alle fødeenheter i Norge vil være med på dette unike tiltaket for å kunne forebygge vold mot de mest sårbare i samfunnet vårt ved å dele ut foreldrepakken til alle nybakte foreldre på deres sykehus før de reiser hjem med babyen. Dette vil ikke ta mye tid å administrere, og opplegget finansieres av Stine Sofies Stiftelse.

Informasjonsprogrammet for nybakte foreldre er et bidrag i kampen for å forebygge at vergeløse babyer utsettes for alvorlige overgrep av voksne – sammen kan vi redde liv.



- Hvert år får mellom 12 og 15 spedbarn i Norge Shaken Baby Syndrom eller lignende skader.
- Av de som rammes dør 1/3, og 1/3 får varige alvorlige hjerneskader. Hvordan det går med resten er uklart, da disse ikke følges opp for senskader.
- Shaken Baby Syndrom og lignende skader er resultat av kraftig risting.
- Som oftest er ristingen resultat av stor frustrasjon over vedvarende og langvarig gråting.
- Ristingen som fører til de alvorlige hodeskadene begås oftest av en sekundær omsorgsperson, slik som stefar, barnepasser og lignende. Men også den primære omsorgspersonen vil i noen tilfeller være overgriperen.
- Tallene er usikre, og det antas at det reelle antallet er større. Et prosjekt finansiert av Stine Sofies Stiftelse, som startet 1. januar 2009, vil gi mer presise data – da alle barn som kommer inn på Ullevål sykehus og Rikshospitalet skal følges opp av Rettsmedisinsk Institutt.

Nyttig også for helsesøstre

Alle helsesøstre bør sette seg inn i informasjonsprogrammet **Din fantastiske baby**. Av Astrid Grydeland Ersvik, leder LaH NSF

Stine Sofies Stiftelse har sammen med Norsk Barnelegeforening utarbeidet informasjonsmaterieill til foreldre om forebygging av vold mot spedbarn, og spesielt filleristing eller Shaken Baby Syndrome.

Det er utviklet en foreldrepacke som består av brosjyre og DVD «Din fantastiske baby» – og som deles ut til alle foreldre på fødeavdelingen.

Det er også utviklet et informasjonsprogram for helsepersonell, bestående av hefte, bruksguide, plakat og selve foreldrepacken.

Landsgruppen av helsesøstre NSF har hatt foreldrepacken til gjennomsyn i sentralt styre. Vi vurderer at DVD og foreldrehefte gir kortfattet, god og nyttig informasjon til nybakte

foreldre, og kan være et godt hjelpemiddel for helsepersonell i å forebygge vold mot spedbarn.

Skal budskapet få fullt gjennomslag, vil det være vesentlig at tema følges opp også av helsesøster – enten på hjemmesøk eller de første konsultasjonene på helsestasjonen etter fødsel.

Materiellet er ikke vurdert eller anbefalt av nasjonale helsemyndigheter, og det ligger dermed ingen krav til implementering av materiellet i helsestasjonen. Imidlertid vektlegger Forskrift og Veileder at dette er tema vi som helsesøstre skal følge opp i vår kontakt med nybakte familier, og vi har et klart lovkrav om å bidra til å forebygge og avdekke vold og omsorgssvikt mot barn.

KONTAKT

- Prosjektet har egne hjemmesider under www.stinesofiestiftelse.no
- Kontaktperson er Richard A. Nordahl - prosjektleder Stine Sofies Stiftelse. E-post: richard@barnerett.com
- Filmen kan sees på youtube, skriv: «Din Fantastiske Baby»

I så måte vurderer vi dette materialet til å være et nyttig hjelpemiddel, også for helsesøstre.

Vi vil anbefale at helsestasjonen bruker tid på et personalmøte til å se filmen og diskutere hvordan materialet eventuelt kan bidra til at dere på en enda bedre måte kan møte foreldrene på tematikk knyttet til spedbarnsgråt, kolikk og de utfordringer det gir foreldre i å være gode omsorgspersoner.

Det vil uansett være viktig at dere kjenner til materialet som alle foreldre nå vil få utdelt på landets fødeavdelinger.

FORELDREPAKKEN: «Din fantastiske baby» består av en foreldrepacke og en pakke til helsepersonell. Foreldrepacken inneholder brosjyre og dvd, mens pakken for profesjonelle i tillegg inneholder bruksguide og plakat.



Til små magers forsvar.

Den nye generasjonen morsmelkerstatning fremmer tarmfunksjonen hos barn som ikke ammes.



Barn som ammes har ofte en mykere avføring sammenlignet med barn som får morsmelkestatning. Ved å tilsette prebiotika i form av GOS (galaktooligosakkarider) i våre morsmelkestatninger, har vi tatt nok et skritt for å gi barn som ikke ammes er så naturlig start i livet som mulig.

GOS brytes ikke ned i magen og passerer over i tarmen i uforandret form, noe som fremmer tilveksten av gode tarmbakterier og gir avføringen en mykere konsistens.^{1,2}

Sempers morsmelkestatninger inneholder også alfa-laktoalbuminer som er et verdifullt protein. En studie viser at proteinet har en positiv innvirkning på tarmens funksjon.³

Sammensetningen av Semper BabySemp utvikles kontinuerlig i takt med ny kunnskap og forskning. Alle produkter er utviklet med det lille barnets behov i fokus, og i nært samråd med barneleger.

I ny drakt!

Småfolk morsmelkestatning har skiftet navn og forpakning til BabySemp.

- Semper BabySemp Morsmelkerstatning fra fødselen (500 g)
- Semper BabySemp 2 Tilskuddsblanding fra 6 måneder (900 g)
- Drikkeferdig Morsmelkerstatning fra fødselen (200 ml)

Kontakt oss gjerne på:

Semper AS (Småfolk): Vollsveien 9, 1366 Lysaker.
Tel 800 30 580.

Eller mail til vår ernæringsfysiolog:
mette.bogen@smaafolk.no

Les mer på smaafolk.no

Semper støtter WHO-koden om at brystmelk er best for barnet.

Referanser:

1. Ben XM, et al. World J Gastroenterol 2003;14(42):6564-8.
2. Fanaro S, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008;44:82-8.
3. Davis AM, et al. Eur J Clin Nutr 2008;62,1294-1301.

Aktuelle bøker



BOKANMELDELSE

Bokens tittel: Bonusforeldre
- muligheter og fallgruver
Forfatter: Jesper Juul
Forlag: Cappelen Damm
Anmelder: Anita Paulsen,
helsesøster Harstad kommune



Bli en bedre bonusforelder

Jesper Juul er i tillegg til å være forfatter også en erfaren familierapeut. Han har gitt ut en rekke bøker om barn og barneoppdragelse. Boka «Bonusforeldre- muligheter og fallgruver» retter seg i hovedsak mot bonusforeldre, det vil si dem som kommer inn i en familie som fars eller mors nye partner. Boka setter fokus på en del av de utfordringene og problemene bonusforeldre kan møte. Den kommer underveis med konkrete forslag til hvordan forebygge eller takle disse, både i møte med barna, eksen og den nye partneren. Forfatteren kommer blant annet inn på at det er viktig å bruke tid på å bli kjent med barnet og gjøre det i barnets tempo. Han mener også at bonusforeldre må forsøke bli en voksen venn, og ikke alltid får naturlig plass i forhold til daglige oppgaver og ansvar som vedrører barnet. Den gir også råd om hvordan oppsøke hjelp dersom det oppstår store hindringer, samt hvordan barna best mulig kan ivaretas dersom forholdet likevel ikke skulle vare.

Boka er høyst aktuell i ei tid hvor mange foreldre skiller lag, og nye familiestrukturer er blitt mer og mer vanlig. Det er ei lettlest og oversiktlig bok inndelt i ti kapitler.

Selv om boka er skrevet til bonusforeldre synes jeg den er aktuell også for helsesøstre og andre yrkesgrupper som møter barn og deres familier i ulike sammenhenger. Rådene i boka kan etter mitt syn godt benyttes av helsesøster i veiledning til foreldre og bonusforeldre.

BOKANMELDELSE

Bokens tittel: Type 1 diabetes hos
barn, ungdom og voksne
- Bli ekspert på din egen diabetes
Forfatter: Ragnar Hanås
Forlag: Cappelen Damm
Anmelder: Gro G. Hågensen,
fagleder for helsesøstertjenesten,
Hammerfest kommune



Nyttig for unge

Ragnar Hanås har i denne tredje utgaven av boka om Type 1 diabetes fått med siste nytt av forskningsresultater og nye behandlingsmåter. Her er også oppdatert informasjon om trening, cøliaki, senkomplikasjoner og nye data om hvordan hjernen påvirkes av høyt og lavt blodsukker. Bruk av insulin gjennom svangerskap er også med.

Boka er solid gjennomarbeidet, inndelt i 39 kapitler og den er rikt illustrert. Her finner man det meste som er nødvendig å vite om diabetes, både type 1 og type 2, og andre diabetestyper. Tidlig i boka omtales hva som skjer i kroppen, om føling og høyt blodsukker, om blodsukkermåling og om hvordan tilførsel av de ulike typene insulin virker. Så omhandles utstyr som kan brukes. Til sist kan man lese om senkomplikasjoner, om psykologiske sider ved å ha fått diabetes, og det vises til eksempler på kjente idrettspersonligheter som har oppnådd mye til tross for diabetessykdom. De gode eksemplene kan være med på å sette mot i ungdommene, og kanskje bidra til å øke motivasjonen for å legge om levevaner.

Forfatterens store mål er at den enkelte, det være seg barn, ungdom eller voksen, skal ha forutsetninger for å leve et godt liv med sin sykdom. Den omhandler dagligliv og utfordringer, og da med råd om hvordan man kan gjøre det. Dra på tur kan være en utfordring, aktiviteter som lek og idrett det samme. Det er mye man skal lære, kosthold og hva som er gunstig, proteiner og fett kontra karbohydrater.

For de fleste vil boka fungere best som et oppslagsverk. Den kan virke litt voldsom, i overkant mye informasjon på en gang.

Som et supplement til informasjon fra leger, sykepleiere og diabetesteam, vil boka være svært nyttig.

Boken er tankens barn.

JONATHAN SWIFT

BOKANMELDELSE

Bokens tittel: *Snakk om sex*
Forfatter: *Laura Berman*
Forlag: *Cappelen Damm*
Anmelder: *Anne Lisbeth Furnesvik, helsesøster videregående skole og helsestasjon for ungdom*



Oppfordring til foreldre

Dette er en bok for foreldre skrevet av den amerikanske sexologen Laura Berman. Boka er systematisk presentert. Innholdet er oversiktlig, og det er lett å finne fram til de ulike tema. Boka er rikelig illustrert med bilder og farger.

Det er syv hovedkapitler i boka. Det første og største omhandler kroppen. Et hovedkapittel er om medier. De andre omhandler sinnet, venner, parforhold, sex og tryggere sex.

Hvert hovedkapittel innleder med spørsmål leseren selv skal tenke igjennom. Deretter følger en faktadel.

Hvert tema har konkrete forslag på hvordan man kan innlede en samtale med barnet. De enkelte hovedkapitler avsluttes med et underkapittel om å lære sammen.

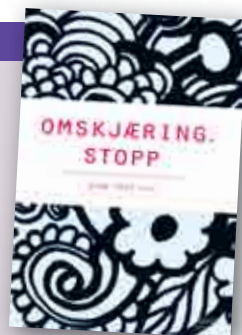
Boka er basert på amerikanske studier og forskning. Anbefalte bøker og nettsteder er alle amerikanske. Språket bærer preg av å være oversatt fra amerikansk. Alt er dermed ikke like overførbart til norsk og norske forhold.

I Norge har vi sexologen Bente Træen, som blant annet har skrevet «Ungdom og seksualitet». Dette er ei bok skrevet primært for voksne (foreldre og fagfolk) og basert på forskning på norske ungdommer og seksualitet.

Vi trenger fokus på at voksne snakker med barn og ungdom om dette viktige tema, og vi trenger bøker om dette. Før en snakker med barna om sex, må man være bevisst på egne verdier og holdninger.

Dette kommer tydelig fram i boka til Berman.

Bokens tittel: *Omskjæring. Stopp*
Forfatter: *Nina Foss (red.)*
Forlag: *Cappelen Damm*
Anmelder: *Signe Sæbjørnsdatter Myklebust, helsesøster, mastergradstudent.*



Klargjørende

Dette er en tidsaktuell bok. Utgivelsen faller i tid sammen med at jenter og deres foreldre fra utvalgte berørte befolkningsgrupper nå skal få tilbud om samtale og undersøkelse av jentenes ytre genitalia for å forebygge kjønnslemlestelse. Boken har til sammen 14 bidragsyttere, som alle er autoriteter på området.

Boken skiller seg fra øvrig norsk litteratur på feltet ved sin tverrfaglige tilnærming. Mangfoldet, det være seg faglig, kulturelt eller religiøst, signaliserer at skikken med omskjæring av jenter er et sammensatt fenomen. De ulike kapitlene belyser fenomenet i kulturelt og helsemessig perspektiv, via juridiske og menneskerettslige aspekter, til tradisjonens forhold til religion (dvs. islam).

Ikke minst gir boken en stemme til omskårne kvinner og deres erfaringer og syn på kvinnelig omskjæring, så vel som til hvilke posisjoner muslimske menn inntar til praksisen og hvordan begge kjønn arbeider for å stoppe den. Somalier er den befolkningsgruppen i Norge som har høyest forekomst av omskjæring i sitt opprinnelsesland. Naturlig nok rettes det størst oppmerksomhet mot forholdene for dem, både i hjemlandet og i eksil i Norge.

Det er et gjennomgående prinsipp i boken at samarbeid med og deltakelse fra de berørte gruppene er avgjørende og spiller en sentral rolle i det forebyggende arbeidet. Ett kapittel beskriver et konkret eksempel på strategier og arbeidsmetoder i en kommune, noe som kan være nyttig og til inspirasjon for andre. I noen av kapitlene imøtegås til en viss grad argumenter for andre tilnærminger enn deltakende prosesser til hvordan kjønnslemlestelse bør bekjempes i Norge.

Siden mange oppfatter omskjæring som et religiøst påbud, forankret i Koranen, har det stor betydning når religiøse ledere avkrefter denne sammenhengen. Forfatteren av et av bokens kapitler er selv imam. Boken kan anbefales til helsesøstre som arbeider i en tverrkulturell kontekst der kjønnslemlestelse er aktuell problemstilling. I tillegg vil den være nyttig for beslutningstakere og ledere på ulike nivå, samt for yrkesgrupper med et selvstendig avvergeansvar, som ansatte i barnehager og skoler. Boken gir verdifull og klargjørende informasjon som viser at tradisjonen står i komplekse sammenhenger. Dette er nødvendig kunnskap for å erkjenne at også det forebyggende arbeidet må ha flere innfallsvinkler.

Vurderer barns sammen med førskolestudenter

Ved Universitetet i Tromsø får studenter som skal bli førskolelærere og helsesøstre felles undervisning om språkvurdering av barn.

Høsten 2009 deltok lærere ved helsesøsterutdanningen ved Universitetet i Tromsø på et møte mellom representanter fra helsesøsterutdanningene og førskolelærerutdanningene i Norge, og fagteamet i språkkartleggingsprosjektet Språk 4 under Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi). Målet for møtet var å forankre prosessen med språkkartlegging og tverrfaglig samarbeid videre når prosjektperioden i IMDi var over i desember 2009. Spørsmålet var hvordan skal og kan utdanningsstedene kvalifisere sine studenter til å gjøre en god jobb i forhold til å vurdere barnets språk?

På dette møtet ble det bestemt at helsesøsterutdanningen og førskolelærerutdanningen ved Universitetet i Tromsø skulle samarbeide om et felles undervisningsopplegg for sine siste års-studenter som har valgt språkstimulering som fordypingsfag.

Målet for prosjektet var å videreutvikle helsesøster- og førskolelærerstudenters kvalifikasjoner i å vurdere barns språk og kommunikasjonsferdigheter gjennom et felles undervisningsopplegg. Ved helsesøsterutdanningen hadde studentene tidligere i studiet hatt undervisning av en audiopedagog om kartleggingsverktøyene Språk 4 og SATS. Interne lærere underviser i tillegg om språkutvikling og utviklingspsykologi.

Gjennomføring

I januar 2010 ble det holdt et samarbeidsmøte mellom helsesøsterutdanningen og førskoleutdanningen i Tromsø. Der ble det bestemt at lektor ved førskolelærerutdanningen skulle gjøre lydopptak av barn i en barnehage. Disse lydopptakene ble brukt i gruppearbeid med helsesøster- og førskolelærer-

studentene. Første undervisning ble gjennomført i slutten av januar 2010 på helsesøsterstudentenes fellessamling. Til sammen 42 helsesøster- og 20 førskolelærerstudenter ble delt inn i ti grupper med seks studenter i hver gruppe (fire helsesøster- og to førskolelærerstudenter). På forhånd skulle studentene sette seg inn i utdanningenes pensumlitteratur på området språkutvikling. De ble også bedt om å se nærmere på tidligere forelesningsnotater om blant annet Språk 4 og SATS. Studentene fikk på undervisningsdagen en introduksjonsforelesning felles, og deretter jobbet de i grupper. Der fikk studentene høre gjennom lydbandopptak av barn i alderen 3-5 år. De skulle da vurdere barnas språk ut fra gitte vurderingskriterier som hver gruppe fikk utdelt. Kriteriene var knyttet til vurdering av barnas fortellerkompetanse, begrepsbruk, setningsoppbygging, behov for støtte, språklig bevissthet, språklig anvendelse og uttale.

Tre av gruppene ble valgt ut til å legge frem resultatene fra gruppearbeidet på en seminartime etter gruppearbeidet.

Til sammen 59 studenter deltok på denne undervisningen. Etter undervisningen ble evalueringsskjemaer utdelt og disse ble samlet inn før studentene forlot lokalet.

Oppsummering

Det ble evaluert hovedsaklig som positivt å samarbeide på tvers av utdanningene. Lærerne på helsesøster- og førskolelærerutdanningen fikk til et godt samarbeid og gode faglige diskusjoner. Flere av studentene ga uttrykk for at de i samarbeidet med hverandre var blitt mer bevisste på egen kunnskap og den

språk

HVA ER SPRÅK?

Språk 4-materialet ble utviklet i 1999-2000. Oppdraget kom fra Byrådet i Oslo for å utvikle et materiale som kunne kartlegge norskferdigheter hos flerspråklige barn. Det ble utvidet til å rette seg mot alle barn. I 2003 ble de første språk-, kartleggings- og oppfølgingsprosjektene (SKO) startet opp. I løpet av 3 år var 32 kommuner og 18 bydeler representert i prosjektene. Fra 2006-2009 har IMDi hatt ansvaret for Språk 4-prosjektene. Tolv kommuner har deltatt. Alle fireåringer her er kartlagt med spesiell fokus på flerspråklige barn.

Foto: Colourbox



PÅ JOBB: Både førskolelærere og helsesøstre er pålagt å vurdere barns språk- og kommunikasjonsferdigheter.

andre studentgruppens forståelse knyttet til temaet språkutvikling. Det ble evaluert som svært positivt å bli kjent med fremtidige samarbeidspartnere og få innblikk i hvordan andre faggrupper jobber med språkvurdering i deres studie.

Prosjektet var så vellykket at fellesundervisningen er gjennomført for de nye studentene i februar 2011. Undervisningen var da videreutviklet etter evalueringer og erfaringer som ble gjort etter førstegangs gjennomføring. Blant annet ble undervisningsopplegget utviklet i samme tidsrom som helsesøsterutdanningens øvrige undervisning om språk- og språkutvikling.

Kilder:

Lov om helsetjenesten i kommunene 19.november 1982. Sosial- og helsedirektoratet (2006) Nasjonale retningslinjer for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn. Utdannings- og forskningsdepartementet (2003) Rammepplan- for barnehagens innhold og oppgaver

PÅLAGT Å VURDERE SPRÅKET

Førskolelærere og helsesøstre er pålagt å vurdere barns språk- og kommunikasjonsferdigheter ifølge sine respektive retningslinjer. Dette ifølge Rammepplan for barnehagene (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2003) og Retningslinjer for undersøkelse av syn- språk og hørsel (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Ifølge Kommunehelsetjenesteloven skal helsesstasjons- og skolehelsetjenesten i tverrfaglig samarbeid bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og unge gjennom tiltak for å styrke foreldrerollen og fremme barns- og ungdoms lærings- og oppvekstmiljø. Ifølge Rammepplan for barnehagene kreves det at barnehagen samarbeider med andre tjenester og institusjoner i kommunen for å få et mest mulig helhetlig tilbud til det beste for barns oppvekst og utvikling (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2003).

Premature treng

Mange prematurfødte barn har spisevansker, og foreldrene opplever at de ikke får den hjelpen de trenger. Det kan helse-søstre gjøre noe med.



Foto: Privat

FØDT FOR TIDLIG: En tøff start for Andreas og Herman. De kom i uke 26+2 og veide henholdsvis 535 og 740 gram.



■ Av Grethe Aagenæs Hagen
Prosjektleder

I 2010 startet Gartnerveien barnehage på Bækkestua i Bærum et kartleggingsarbeid. Bakgrunnen for prosjektet var at vi hadde sett at familier med prematurt fødte barn med spisevansker sliter. Hjelpen de blir tilbudt i kommunene og av andre er av varierende nytte og kvalitet. Gartnerveien barnehage og habilitering fikk tildelt prosjektmidler fra Helsedirektoratet for å jobbe med problemstillingen. Det ble dannet en prosjektgruppe ved årskiftet 2009/2010 som siden har arbeidet med premature barn med spisevansker.

Hvem er vi?

Gartnerveien barnehage og habilitering er en spesialbarnehage som eies og drives av Østre Bærum Sanitetsforening på Bekkestua i Bærum. Den har driftsavtale med Bærum kommune. Barnehagen har over 40 års erfaring med barn med spesielle behov som innbefatter spisevansker.

Prosjektgruppen består av en person som er logoped og førskolelærer, en spesialpedagog og en som er sykepleier og pedagog med videreutdanning innen endring og utvikling. Sistnevnte har også mange års

ger spisehjelp

erfaring som forelder til premature og dysmature tvillinger. Prosjektgruppen har samarbeidet tett med flere faggrupper. Vi ønsket i utgangspunktet å få med en helsesøster i prosjektgruppen. Interessen var til stede, men svineinfluensaen vinteren 2010 satte en effektiv stopper for det. I referansegruppen sitter medlemmer fra spiseteamet på Ahus og Rikshospitalet. Styringsgruppen består blant andre av leder fra Vestre Viken helseforetak og en fra Prematurforeningen.

Kartleggingen

Prosjektgruppen begynte arbeidet med å kartlegge situasjonen i kommunene Asker, Bærum og Røyken vårssemesteret 2010. Vi gjennomførte dybdeintervjuer med foreldre til 18 prematurfødte barn, født før uke 37 (Jfr.Helsedir. def.*1). Barnas spisevansker var fra det å være småspist til å ha store utfordringer rundt måltidet. De var i alderen 0-12 år og uten tilleggsdiagnose. Vi intervjuet 22 fagpersoner fra spiseteam på sykehus, fagpersoner på helsestasjoner, pedagogiske ledere og assistenter på barnehager, skole og sfo.

Mange foreldre kunne fortelle om god kontakt og støtte fra helsesøstre og ansatte på helsestasjonene, men de etterlyste mer kunnskap og kompetanse på premature generelt og spisevansker spesielt.

Kartleggingen fortalte oss at:

- Premature barn startet senere med fast føde og senere i barnehagen.
- Barna (eller foreldrene) har behov for økt kompetanse i hjelpeapparatet i kommunene.
- Det er behov for tettere samarbeid mellom partene; foreldre, barnhage og helsesøster.
- Barnehagetilbudet er en veldig viktig arena for prematurfødte barn.

Kartleggingen viste oss at denne kompetansen finnes først og fremst i regionale sentre, slik som spiseteamene ved Ahus og Rikshospitalet, og ved institusjoner (f.eks Gartnerveien barnehage) som har erfaring med denne type problemstillinger. Kartleggingen avslørte også at flere av barna og foreldrene som hadde hatt behov for slik spesialkompetanse ikke hadde fått tilgang på denne.

Konklusjonen på kartleggingen var at foreldrene hadde behov for mer kompetanse tilgjengelig lokalt,

Dette kurset skulle jeg fått da barnet mitt var ett år – da hadde vi ikke hatt så mye gråt og fortvilelse i alle disse årene.

Mor til jente på 5 år



Foto: Privat

UTSTYRSKOFFERT: Kofferten kan være et hjelpemiddel for helsesøster i møte med prematurfødte barn med spisevansker. Den inneholder blant annet bestikk, små glass og munnmotoriske treningsutstyr.

■ KARTLEGGING OM SPISEVANSKER

Et kartleggingsarbeid som ble foretatt våren 2010 viser at:

- Mange prematurfødte barn har betydelige utfordringer rundt måltidet.
- Mange foreldre av prematurfødte opplever at de ikke får den hjelpen de trenger.
- Det er behov for et samarbeid mellom foreldre, helsesøster og barnehage.
- Som et resultat av prosjektet blir det gitt ut en bok med gode råd, samt en utstyrs koffert med praktiske hjelpemidler. Begge deler kan brukes av helsesøstre i arbeidet med prematurfødte barn og deres foreldre.



Foto Privat

MATGLEDE: Andreas og Herman koser seg med maten på mange måter, og har en god opplevelse av måltidet!



Foto Privat

FRISKE GUTTER: Glade, sunne og friske gutter. Med litt tilrettelegging ved måltidet, klarer Andreas og Herman seg fint i dag.

slik at de får hjelp i hverdagen. Det ble raskt klart at helsesøstrene kan være en slik lokal ressurs, sammen med barnehageansatte. Vi bestemte oss for å gjennomføre et pilotprosjekt der vi utarbeidet et opplegg for kunnskapsbygging og kompetanseheving blant barnehageansatte og helsesøstre. Samtidig så vi at foreldrene også hadde behov for opplæring.

Pilotprosjektet

Prosjektgruppen så muligheter for å bedre situasjonen for barn med spisevansker og deres foreldre. Kartleg-

gingsresultatet viste at vårt fokus skulle være ved overgangen til fast føde, samtidig som barnet begynte i barnehagen. Dette var et sammenfallende tidspunkt ved ca 1,5 – 2 års alder for prematurfødte barn. Vi valgte ut en liten gruppe på fem barn i kommunene Asker og Bærum av geografiske hensyn. Tanken var at vi skulle lære av pilotprosjektet før vi gikk ut til en større gruppe.

Vi utviklet en modell der vi veiledet og underviste foreldrene, barnehageansatte og helsesøstre. Vi hadde samlinger for veiledning og erfaringsdeling hele høstsemesteret 2010. Først ga vi en innføring i hva som kan være forskjellig i det medisinske bildet mellom prematurfødte og fullbårne barn. Deretter ga vi en innføring i konkrete tiltak som kan gjøre hverdagen bedre for disse barna. Parallelt med dette veiledet vi ute i barnehagene individuelt og i felles kurs. Pilotprosjektet har vært så vellykket at Helsedirektoratet nå har bedt oss foreslå hvordan dette arbeidet skal ruller ut i et større geografisk område! Deltakernes evalueringer har vært positive, men vi ser at vi kan bli enda flinkere til forankring i ledelsen. Slik kan informasjon til, prioritering av og involvering fra helsesøstrene blir bedre.

Prosjektets konkrete praktiske tiltak kan også brukes overfor andre barn og unge som har andre årsaker til sine spisevansker enn prematuritet.

Bok og utstyrs koffert

Vi så at både foreldre, barnehageansatte, helsesøstre og andre, som har mye kontakt med disse barna, har behov for praktiske hjelpemidler. En bok hvor de kan slå opp når de for eksempel lurer på hva de skal gjøre når barnet:

- Spiser lite til hvert eneste måltid.
- Holder eller lagrer mat i munnen.
- Kaster opp hver dag.

Metodeboken er utarbeidet med tanke på brukervennlighet, og vi har samlet konkrete praktiske råd med utstrakt dokumentasjon og henvisninger i boka. Vi ser på det medisinske bildet, hva man skal tenke på når det gjelder tilrettelegging og planlegging, samt hvilke tiltak man kan gjøre. Metodeboken har vært ute på høring, og vi har fått innspill fra faggruppene. Boken skal kunne brukes både av fagpersoner og private. Tilbakemeldingene fra samtlige fortalte oss at en slik metodebok virkelig er etterspurt. Boken kommer trolig ut i løpet av våren. Ta kontakt dersom du er interessert.

I tillegg utvikler vi en utstyrs koffert med praktiske

hjelpemidler. Denne kan brukes som en hjelp for helsesøsteren når familiene kommer på helsestasjonen. Kofferten kan også brukes av barnehagene, både som en «tipskoffert» og i tilrettelagt lek med barnet. Av innholdet kan nevnes egnet bestikk, «sklikke», små glass og munnmotoriske treningsutstyr. Målet er å ha ferdigstilt slike koffert for sommeren

Veien videre

Parallelt med pilotprosjektet har vi holdt en rekke kurs og foredrag i vårt nærområde, blant annet ved helsesøstersamlinger. Tilbakemeldingene har vært positive. De opplever innholdet som nyttig og ønsker videre samarbeid. Vi vil være et lavterskeltilbud og et supplement til tilbudet i kommunene. En kilde å øse av!

Det neste året vil vi arbeide ytterligere med barn, foreldre, barnehageansatte og helsesøstre i de kom-

Denne kunnskapen kan jeg bruke på flere barn og unge med utfordringer rundt måltidet.

Fornøyd helsesøster etter kurset

muner vi allerede er inne i. Alle tilbakemeldinger gjør at vi ser på mulighetene for å utvide virksomheten ytterligere i flere kommuner. Samtidig bidrar vi gjerne med å holde kurs hvor som helst i landet. Vi jobber med en nettside hvor man kan stille spørsmål og få svar.

Henvisning:

*1. Nasjonale faglige retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn. Sosial og helsedirektoratet 15 -1419.

*2. Rapporter fra kartlegging og pilotevaluering kan fremlegges ved behov.

Arnlaug Steine

JEG ER MEG – DU ER DEG

BARNES MOTORISKE OG SANSEMOTORISKE UTVIKLING 0–2 ÅR

Jeg er meg – du er deg beskriver barnets utvikling fysisk, sansemessig, psykisk og sosialt, fra barnet er født til det kan gå. Med utgangspunkt i at det lille barnet, allerede fra det er født, er et selvstendig individ, beskriver barnefysioterapeut Arnlaug Steine både samspillet som skjer mellom hjerne, kropp og sanser, og samspillet mellom indre og ytre påvirkning, og relaterer det til nyere forskning.

Boken viser barnets utvikling med tekst og bilder, og hvordan man kan stimulere barnet og fremme den gode sansemotoriske utviklingen.



319,-



FAGBOKFORLAGET
www.fagbokforlaget.no

Spre informasjonen!

Kontaktperson

Astrid Grydeland Ersvik

E-post: astrid.grydeland@bluezone.no

24. – 26. april

Helsesøsterkongressen 2012

Neste års helsesøsterkongress arrangeres i Kragerø 24.-26. april.

Tema er «I samme retning, med felles mål». Barn og unge skal motta gode tjenester. Vi ønsker å rette søkelys på helsesøster som formidler av anerkjente og kunnskapsbaserte metoder.

I tillegg til faglig påfyll vil du få mulighet til å oppleve våren og hvitveisblomstringen på Jomfruland. Vi sees i Telemark!

12. september

Kommunevalget 2011

12. september er det valg til kommunestyre og fylkesting.

LaH NSF kjører kampanjen «Snakk med en politiker!» blant våre medlemmer.

Vi oppfordrer alle helsesøstre til dialog med lokale politikere, på stands, politiske møter, i media og andre sammenhenger.

Vi ønsker å formidle helsesøstertjenesten som en sentral bidragsyter for å møte utfordringene som Samhandlingsreformen skisserer som de viktigste satsingene i årene fremover: Forebygge sykdom i voksen/eldre alder, sykdom som er økende i befolkningen som overvekt, diabetes, hjerte - kar (fysisk aktivitet/kosthold), kols (tobaksforebygging), psykisk helse. I tillegg er tematikk som seksuell helse/samlivsundervisning, frafall i videregående skole, ulykkes- og smitteforebygging aktuelt å fokusere på.



1214_0 Foto: Ida Brekke

TRAN TIL SPEDBARN

2,5 ml

En anbefalt dagsdose tran begynner med 2,5 ml fra barnet er 4-6 uker.

5 ml

Dagsdosen med tran økes gradvis til 5 ml innen barnet er 6 måneder.

Tran anbefales av helsemyndigheter til spedbarn fra 4-6 ukers alder og livet ut fordi den inneholder både vitamin D og de viktige omega-3 fetttsyrene.

Vitamin D er nødvendig for optimal utvikling av skjelettet.

Senere forskning har vist at omega-3 fetttsyren DHA (dokosaheksaensyre) er viktig for optimal utvikling av hjerne- og synsfunksjon.

I tran er det rikelig med DHA.

Grønt nummer **800 80 555**
www.mollers.no



22. - 23. september

Nordisk konferanse: Barn og unges helse

Landsgruppen av helsesøstre og Barnesykepleierforbundet NSF samarbeider om å arrangere nordisk konferanse: Barn og unges helse – normalitet og utfordringer.

Konferansen er for sykepleiere – og helsesøstre – som arbeider med barn og ungdom. Vi kan by på spennende foredrag og mulighet for å knytte nordiske kontakter.

Dette er en konferanse som har målgruppen vår i fokus: barn og ungdom.

Gå inn på www.sykepleierforbundet.no/nosb for program og påmelding.

Minnesota, USA

9.-11. oktober

Visibility and Voice in Public Health Nursing

2nd International Public Health Nursing Conference finner sted 9, 10, og 11. oktober i St. Paul, Minnesota, USA.

En av foreleserne er Anne Clancy, helsesøster og førstelektor ved Høgskolen i Harstad.

For å lese mer om konferansen og programmet, gå inn på www.tinyurl.com/InternationalPHN

Radisson Blu Scandinavia Hotel i Oslo

7. - 11- november

NSFs Landsmøte 2011

Landsmøtet avholdes hvert fjerde år og er NSFs øverste myndighet. Landsmøtet har blant annet ansvar for å velge forbundets ledelse, som er forbundsstyret med forbundsleder, to nestledere, seks styremedlemmer og seks varamedlemmer.

Clarion Hotel Royal Christiania i Oslo

27. - 28. oktober

Folkehelseinstituttets vaksinedager 2011

Folkehelseinstituttet arrangerer årlig vaksinedager med foredrag om ulike temaer knyttet til vaksinasjon. Vaksinedagene 2011 holdes i Oslo. Kurset vil være nyttig for helsesøstre, helsestasjonsleger, allmennleger, smittevernleger, barneleger og annet smittevernpersonell i kommunehelsetjenesten og på sykehus. Kurset søkes godkjent av Sykepleierforbundet som to dagers meritterende kurs for klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie, og av Legeforeningen som valgfritt kurs/emnekurs (15t). Mer informasjon om programinnhold og påmelding vil komme på www.fhi.no.

Strand Hotel, Fevik

16. juni

Etikkseminar for ledere

Seminaret er for ledere som er medlemmer av NSF. Temaet for seminaret er hverdagsledelse og moralsk praksis. Foredragsholdere er leder for Rådet for sykepleieetikk Marie Aakre, professor Hans Grelland og medlemmer av Rådet for sykepleieetikk.

For mer informasjon og påmelding, se sykepleierforbundet.no

MARKER JUBILEET I ÅR!

Helsestasjonen fyller 100 år

Den første helsestasjonen for mor og barn i Norge ble åpnet i 1911 av professor T.B.C Frølich. Barnepleiestasjonen – som den het – ble drevet av Tøyen menighet i Oslo. Målet var å oppmuntre mødre til å amme barna sine, og det ble utdelt tran og melk til mødrene. Landsgruppen av helsesøstre NSF oppfordrer alle helsestasjoner til å markere jubileet i løpet av året!

Mer informasjon og tips vil bli utsendt i Medlemsbrev.

Å søke opphold går på helsa løs

Kan du og jeg gjøre en forskjell for helsa til dem som søker beskyttelse i landet vårt?

Flyktningene utgjør ifølge Helsedirektoratets rapport «Migrasjon og helse» fra 2009 omtrent en fjerdedel av innvandrerne i Norge. Rapporten viser at flyktninger og asylsøkere i Norge er grupper med økt risiko for utvikling av helseplager.

En måling av psykisk helse, viste følgende fordeling når det gjelder andel med psykiske plager:

- norskfødte: 10 prosent
- innvandrere fra vestlige land: 14 prosent
- innvandrere fra ikke-vestlige land: 24 prosent
- flyktninger: 31 prosent

Lang ventetid i mottakerland under midlertidige forhold og usikkerhet om hvorvidt man får bli, er ifølge den tidligere nevnte rapporten risikofaktorer for utvikling av psykiske helseproblemer.

Det viser seg faktisk at forhold etter flyttingen til Norge kan se ut til å spille en større rolle for økt hyppighet av psykiske helseproblemer enn den enkeltes erfaring med krigsopplevelser, fengsling og tortur.

Mangler kompetanse

Rapporten «Migrasjon og helse» peker på at det er problemer med koordinering av arbeidet med helse-tilbud til flyktninger, og at helsepersonell føler usikkerhet og opplever manglende kompetanse til å takle flyktnings helseproblemer.

Innenfor en tradisjonell sykdomsmodell, hvor man leter etter enkeltårsaker til sykdom, kan man i helsevesenet lett miste grep om forståelsen av det komplekse samspillet av erfaringer som bidrar til dårligere helse hos flyktninger. Vi har lite kunnskap om hva det er som gjør at mennesker holder seg friske.

Å flytte fokus fra dårlig helse til den enkeltes mest-ressurser har blitt vektlagt av helsesosiologen Aron Antonovsky. På bakgrunn av sine intervjuer

med mennesker som overlevde konsentrasjonsleirene under andre verdenskrig utviklet Antonovsky en alternativ modell for forståelse av helse. Han spurte: - Hva er det som kjennetegner de som holder seg friske, tross umenneskelige påkjenninger?

Antonovsky kom fram til at fellesnevneren hos disse menneskene var en opplevelse av sammenheng – de klarte å holde på håpet om å gjenforenes med sine kjære, de følte tilknytning til en ide om en bedre verden, og de hadde et bilde av hvordan livet skulle se ut etter at de kom ut av konsentrasjonsleiren.

Viktig å tilrettelegge

Det er ofte en utfordring å tilby asylsøkere et verdig liv. Vi vet at et liv i eksil byr på mange og betydelig stressfaktorer. Norge som vertsland har muligheten til å redusere disse. Men dette må skje gjennom aktive prioriteringer. Det krever noe av våre politikere, både sentralt og lokalt, av våre myndigheter og av oss alle.

Seks ulike områder med betydning for innvandreres muligheter til å integrere seg i samfunnet har blitt identifisert på bakgrunn av en EU-undersøkelse utført i 28 land. Disse er mulighetene til å:

- Unngå diskriminering
- Oppnå familiegjenforening
- Politisk deltakelse
- Få permanent oppholdstillatelse
- Få statsborgerskap
- Få adgang til arbeidsmarkedet

Ut fra dette kan det altså se ut som at det ikke er tradisjonell forebygging og behandling som er «medisinen» som bidrar til flyktnings helse, men samfunnspolitisk påvirkning og tilrettelegging.

Å legge til rette for positive livserfaringer og til-

Foto: Privat



■ Av Merete Nypan
Asylhelsesøster
i Tromsø Kommune

Foto: Privat



■ Av Unni Sørensen
Informasjonsrådgiver
i FN-sambandet



■ Vi er forpliktet

- Norge er gjennom Flyktningkonvensjonen forpliktet til å gi beskyttelse til personer som med rette frykter forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller medlemskap i en spesiell sosial gruppe. Etter Menneskerettserklæringen av 1948 har enhver rett til en levestandard som er adekvat for helse og velferd.

UTRYGG I NORGE: Å leve som flyktning i Norge kan være en påkjenning.

knytninger for mennesker i vanskelige livssituasjoner blir dermed viktig for å forebygge utvikling av helseproblemer. Betyr dette at helsearbeidere må jobbe politisk? Ja, hvis vi mener at politikk handler om å bruke fagkunnskap til samfunnets beste.

I rapporten avsluttes kapitlet om psykisk helse med at «det bør etterstrebtes kortest mulig saksbehandlingstid for å redusere den belastning som usikkerheten om opphold innebærer for psykisk helse.» Dette er et eksempel på hvordan helse og politikk henger nært sammen.

FN-sambandet Nord arbeider på ulike måter med

å rette søkelyset mot flyktingers levekår. Høsten 2010 gjennomførte vi i samarbeid med Film fra Sør (FFS), visninger på skoler med filmen For a Moment, Freedom. Filmen handler om mennesker som flykter fra Iran til Tyrkia, for å søke asyl i Europa gjennom UNHCR. Vi har grunn til å tro at filmen og oppgavene elevene gjennomførte har bidratt til mer positive holdninger til flyktninger.

I lokalsamfunnet kan vi bidra med de første skritt ved å være medmenneske, venn, kollega og fremtidige arbeidsgivere for denne gruppen innvandrere.

HØRSELSSCREENING

- et "touch" mer intuitivt

MADSEN AccuScreen®

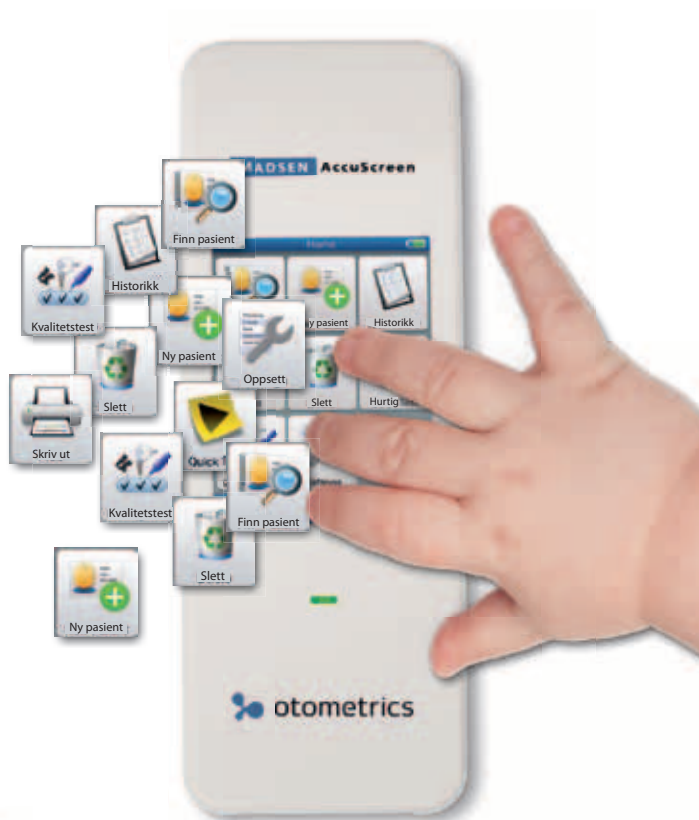
ENKEL OG INTUITIV

Nye Madsen AccuScreen har et enkelt og intuitivt touch-panel med norsk språk for rask og nøyaktig hørselsscreening - DPOAE/TEOAE.

Med dockingstasjon er det enkelt å overføre data og resultater til PC, og apparatet er alltid fulladet. Grafiske vinduer viser raskt testforløp og testsvar.

Ønsker du mer informasjon eller en demonstrasjon av AccuScreen eller andre Otometrics produkter, kontakt våre representanter i ReSound, eller gå til

www.otometrics.com



Dockingstasjon gjør det enkelt å overføre data og resultater til PC, og apparatet er alltid fulladet.



ReSound

rediscover hearing

Årets helsesøster

Agnes Giertsen ble kåret til Årets helsesøster 2011 på helsesøsterkongressen.

Tekst Astrid Grydeland Ersvik

Agnes Giertsen har jobbet som helsesøster i 25 år. Først med sped- og småbarn, så skolebarn og ungdom, de siste 15 årene ved Årstad videregående skole med over 1000 elever. Ved helsestasjon for ungdom på Engen i Bergen sentrum har hun jobbet siden 1999, de siste to årene som koordinator av tjenesten. HFU Engen gir et utvidet tilbud til Bergen sine mange studenter opptil 26 år. Agnes har videreutdanning i blant annet veiledning, psykisk helse og selvmordsforebyggende arbeid.

Agnes utmerker seg ved å:

- være en utmerket ambassadør for helsesøsteryrket og -faget.
- være tydelig, modig og stolt og alltid stille opp når det er snakk om å profilere helsesøsteryrket og faggruppen.

Profilering av helsesøster var òg motivet hennes for å stille som kandidat da hun ble nominert til Byens Beste Bergenser.

- gi helsesøster et ansikt utad og villig stille opp i media.
- å være en pådriver for å øke andelen gutter som oppsøker HFU og tester seg for klamydia.
- stille opp når det gjelder undervisning av helsesøsterstudenter ved HiB og gi dem et verdifullt innblikk i helsesøster sin rolle i skolehelsetjenesten.
- samarbeide tett med blant andre politi, barnevern, Bergensklinikkene, Utekontakten og New Page .

Agnes vant sommeren 2010 en suveren andre plass i kåringen «Byens Beste



VERDIG VINNER: Agnes Giertsen er årets helsesøster.

Bergenser» i regi av Bergens Tidende. Bloggeren Engeline – tidligere elev ved Årstad videregående – skrev i sin nominasjon av Agnes følgende: «Vi gikk til henne hele gjengen. Vi gikk der når vi trengte et pusterom, når vi trengte en voksen som ikke stilte krav, men som var der likevel, vi gikk dit når vi trengte råd, vi gikk dit når vi trengte trøst, vi gikk dit og hun hjalp. Hun var muligens den tryggeste delen ved alle mine år på den skolen».

Et bedre forsvar for helsesøstertilbudet trengs ikke!

Vellykket helsesøsterkongress

Godt over 600 helsesøstre, utstillere og forelesere hadde tatt turen til Rica Nidelven og Trondheim for å få faglig påfyll. En rekordstor deltagelse tyder på at tema som var valgt for kongressen – folkehelse – engasjerer og opptar helsesøstre.

Dagen før kongressen var det samling for alle lokale faggrupeledere, styret, pilotkommunene og utdanningsutvalget. Kommunevalget og hvordan vi skal fronte helsestasjons- og skolehelsetjenesten var tema.

Innlegg på kongressen ble holdt av leder av LaH NSF Astrid Grydeland Ersvik, professor i sosialmedisin Steinar Westin og professor i sykepleievitenskap

Marit Kirkevold. De belyste blant annet hvordan det har skjedd en dreining bort fra det befolkningsrettede folkehelsearbeidet over til mer individuell tilnærming og behandling.

Onsdag ble det for første gang i LaHs historie arrangert debattforum. Debatten gikk friskt, og det kom mange innspill som styret vil ta med seg i videre arbeid. En oppsummering vil bli lagt ut på våre nettsider www.sykepleierforbundet.no/helsesostre

Parallellsesjonene hadde tematikk fra folkehelsesatsingen; ernæring og fysisk aktivitet, rus og tobakk, psykisk helse samt organisasjon og ledelse.

Torsdag presenterte Liv Østli resultatene fra kartleggingen i LaH/NSFs prosjekt Pilot helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Den første rapporten viser at helsesøstre er faglig meget dyktige, men i liten grad fungerer som premissleverandører for barn og unge i kommunene. Oppfordringen er klar: vi må høres og synes i langt større grad enn i dag skal barn og ungdom sikres de helsetjenestene og de oppvekstvilkårene de har rett til!

Kongressen ble avrundet med to innlegg med søkelys på brukeren/pasienten og egen medvirknings- og bestemmelsesmulighet. Filosof Berge Solberg ga oss nyttige perspektiv på dette.

Småbarnsforeldre er

Norske foreldre er positive til vaksinasjon og 99 prosent ønsker at barna deres skal få vaksiner i fremtiden.



Foto: Folkehelseinstituttet

Av **Jeanette Stålcrantz** Rådgiver, avdeling for vaksine, Folkehelseinstituttet

Det viser en undersøkelse utført av Folkehelseinstituttet (FHI) i 2009. Foreldrene er i hovedsak fornøyd med hvordan tilbudet om vaksinasjon blir gitt. Undersøkelsen viser at ansatte ved helsestasjonene er de viktigste informasjonskildene når det gjelder vaksinasjon og at foreldre har stor tillit til dem.



Foto: Folkehelseinstituttet

Av **Svenn-Erik Mamelund** Senior rådgiver, avdeling for vaksine, Folkehelseinstituttet

Bakgrunn

Vaksinasjon er en av de mest effektive formene for forebyggende helsearbeid. Effekt og sikkerhet er godt dokumentert for alle vaksiner som brukes i det norske barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinene er godkjent av Statens legemiddelverk. Til tross for dette velger noen få foreldre av ulike årsaker å ikke vaksinere barna sine. Eksempler på mulige årsaker kan være frykt for bivirkninger, et ønske om at barnet skal være eldre før de får vaksiner eller en tro på at naturlig immunitet er mer effektivt og trygt enn immunitet oppnådd gjennom vaksinasjon (1).

Det er viktig at foreldre har kunnskap om sykdommene det vaksineres mot. I tillegg må de ha god tilgang til vitenskapelig dokumentasjon om vaksinens effekt, sikkerhet og mulige bivirkninger før de tar standpunkt til vaksinasjon.

Mange av sykdommene det vaksineres mot har blitt sjeldne eller forsvunnet i vår del av verden takket være vellykkede vaksinasjonsprogrammer. Men, når en sykdom blir mindre synlig kan det bli mer utfordrende å motivere foreldrene til å vaksinere barna sine. Det kan lett skje at oppmerksomheten blir rettet bort fra sykdommene og mer rettet mot risikoen ved bruken av vaksiner (2, 3). For å forebygge at sykdommer som meslinger, kuma og røde hunder (MMR) bryter ut er det nødvendig med en vaksinasjonsdekning på 90-95 % (4). Lav vaksinasjonsdekning har ført

til at forekomsten av ulike sykdommer som kan forebygges ved vaksinasjon er økende i flere europeiske land. Vaksinasjonsdekningen for MMR er for eksempel så lav i noen land at meslingeepidemier og dødsfall av denne sykdommen er tilbakevendende (5). Selv i Norge, med høy vaksinasjonsdekning, kan utbrudd oppstå rundt grupper av befolkningen som har lav vaksinasjonsdekning (6). Dette viser hvor viktig det er å opprettholde en generell høy vaksinasjonsdekning.

I Norge blir vaksinasjonsdekningen overvåket gjennom Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK). Det er en høy vaksinasjonsdekning i Norge (> 90 %), noe som tyder på at foreldre generelt er positive til barnevaksinasjon. Allikevel er det noen foreldre som er skeptiske til vaksinasjon. Figur 1 viser en nedgang i dekning for MMR-vaksinen for 2-åringer fra 90 % i 2001 til 86 % i 2003.

Nedgangen i dekningen er tidsmessig sammenfallende med et internasjonalt mediefokus som kom i etterkant av en artikkel om en mulig sammenheng mellom MMR-vaksine og autisme (7). Debatten om MMR-vaksinen og dens påståtte rolle i utviklingen av autisme hos barn kom til Norge på starten av 2000-tallet. Figur 1 viser at det tok flere år før tilliten til denne vaksinen var gjenvunnet og dekningsgraden var tilbake på samme nivå som før debatten startet. En lignende trend ble observert i Sverige (8).

I februar 2010 ble studien, som først presenterte hypotesen om en mulig sammenheng mellom MMR-vaksinen og autisme (7), trukket tilbake av The Lancet – etter å ha stått på trykk siden 1998. Det viste seg at førsteforfatteren, den britiske legen og forskeren Andrew Wakefield, hadde manipulert data og skjult sine kommersielle interesser. Wakefield førte sine medforfattere bak lyset og bedro både sin arbeidsgiv-



Foto: Folkehelseinstituttet

Av **Marianne A. Riise Bergsaker** Overlege, avdeling for vaksine, Folkehelseinstituttet



Foto: Folkehelseinstituttet

Av **Harald Pors Muniz** Senior rådgiver, avdeling for kommunikasjon og samfunnskontakt,

positive til vaksine



VIL HA VAKSINE: Norske foreldre har stor forståelse for hvor viktig vaksiner er både for å beskytte hvert enkelt barn og for å hindre spredning av smittsomme sykdommer i samfunnet. (Illustrasjonsfoto viser ikke riktig vaksinasjonsteknikk.)

ver, bedømmerne av artikkelen og The Lancet. Den britiske legeföreningen har funnet Wakefield skyldig i vitenskapelig svindel og han er også fradømt retten til å virke som lege i Storbritannia (9, 10, 11).

Vår kunnskap om foreldres meninger og forestillinger om vaksiner er begrenset. Undersøkelsen som presenteres her er den første blant norske småbarnsforeldre om deres meninger om vaksiner og barnevaksinasjon.

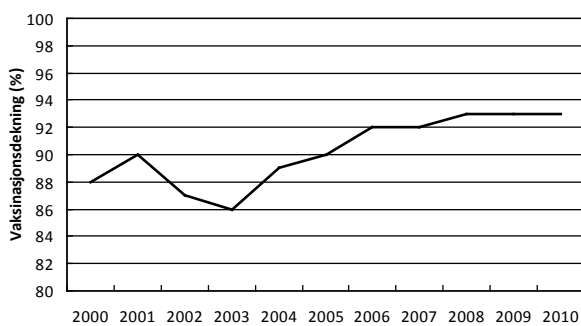
Målene for undersøkelsen var:

- å få mer kunnskap om hvilke informasjonskilder som foreldrene bruker
- å få mer kunnskap om hvilke informasjonskilder foreldrene har tillit til
- undersøke foreldres holdninger til vaksiner og det norske barnevaksinasjonsprogrammet.

Undersøkelsen er utført som en del av et europeisk samarbeidsprosjekt, VACSATC (12).

Om undersøkelsen

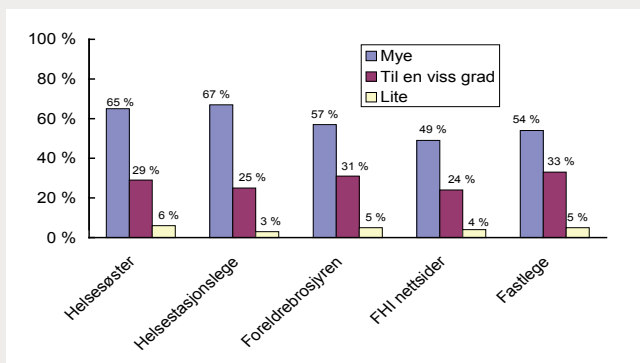
- Undersøkelsen er den første blant norske småbarnsforeldre om deres meninger om vaksiner og barnevaksinasjon.
- 1529 foreldre med barn under 24 måneder deltok i studien.
- Undersøkelsen er utført som en del av et europeisk samarbeidsprosjekt, VACSATC (12).



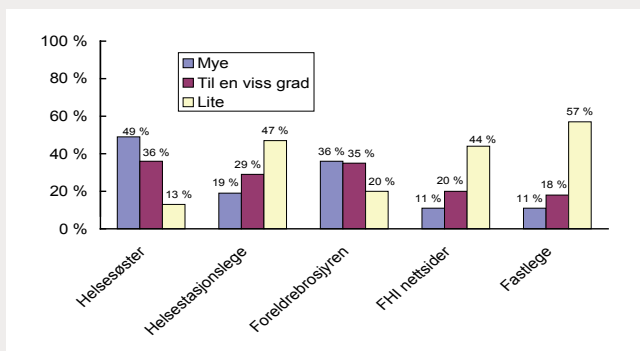
FIGUR 1: Vaksinasjonsdekning for MMR for 2-åringer i årene 2000-2010. Prosent. (Kilde: SYSVAK)

Metode

Et strukturert spørreskjema ble utsendt per post og kunne besvares via brev eller web. Et analysebyrå utførte datainnsamlingen. Dataene er deretter bearbeidet og tolket av forfatterne. Et representativt utvalg på 1529 foreldre med barn under 24 måneder ble inkludert i studien. Undersøkelsen var frivillig



FIGUR 2: Grad av tillit til de viktigste informasjonskildene. Prosent (N=1529).



FIGUR 3: Bruk av informasjonskilder. Prosent (N=1529).

og anonym. Datainnnsamlingen fant sted fra august-desember 2009. Resultatene er presentert i figurer og krystabeller uten kontroll for bakgrunnsfaktorer.

Resultater

Blant de 1529 deltakerne ble spørreskjemaet i de fleste tilfellene besvart av mor (68 %). Gjennomsnittsalderen på respondentene var 33 år (18 år-55 år) og majoriteten (88 %) hadde norsk som morsmål.

Ansatte ved helsestasjonene har høy tillit:

Foreldrene ble spurt hvor stor tillit de hadde til ulike informasjonskilder om vaksiner. Ansatte ved helsestasjonene (helsesøster og helsestasjonslege) og foreldrebrosjyren om barnevaksinasjonsprogrammet (fra FHI) ble oppgitt som de kildene de hadde mest tillit til. Foreldrene oppga også nettsiden og fastlegen som kilder de hadde tillit til (Figur 2).

Helsesøstre bidrar i stor grad til å informere om vaksiner: Foreldrene ble spurt om i hvor stor grad ulike kilder har bidratt til informasjon om vaksiner og vaksinasjon. De oppga at helsesøstrene på helsestasjonen

bidro mest til å informere om vaksiner (85 % svarte mye og til en viss grad). En annen informasjonskilde som bidro betraktelig (71 % svarte mye og til en viss grad) var brosjyren om barnevaksinasjonsprogrammet fra Folkehelseinstituttet ("Foreldrebrosjyren"). Nettsidene til Folkehelseinstituttet og fastlege ser ut til å bli noe mindre brukt som informasjonskilde (Figur 3).

Tvil til vaksinasjon og årsaker til tvil: Foreldrene ble spurt om de noen gang hadde vært i tvil om at barnet deres skulle vaksineres. En femtedel hadde vært i tvil om dette. Disse ble spurt om årsaken til tvilen. Den viktigste årsaken var redsel for bivirkninger. Andre årsaker var at de var usikre på langtidseffekt og at de opplevde at det var uenighet blant ekspertene rundt vaksinasjon (Figur 4). Til tross for at en av fem foreldre noen gang hadde vært i tvil om barnet deres skulle vaksineres, var det kun 4 % av alle respondentene som noen gang hadde takket nei til en eller flere vaksiner (data ikke vist i tabell eller figur).

Foreldrene er stort sett fornøyde med hvordan tilbudet om vaksinasjon blir gitt: Foreldrene ble spurt om de var fornøyd med deres siste vaksinasjonsbesøk på helsestasjonen. Majoriteten (83 %) oppga at de var svært eller ganske fornøyd med siste vaksinasjonsbesøk. De ble videre spurt om kvaliteten på informasjonen ved dette besøket. De aller fleste var enig i at de hadde fått god informasjon om ulike aspekter ved vaksinasjon, at de fikk nok tid og hadde en god dialog med helsesøster/helsestasjonslege (data ikke vist i figur eller tabell). De fikk også spørsmål om det var konkret informasjon de savnet ved siste vaksinasjonsbesøk og hva slags informasjon dette i så fall var. Det de savnet var informasjon sykdommene det vaksineres mot, vaksinens beskyttende effekt og spørsmål rundt sikkerhet (data ikke vist i tabell eller figur). Nesten halvparten av foreldrene (47 %) oppga at det ikke var noe informasjon som manglet.

Forståelse av ulemper og fordeler ved vaksinasjon: Ulike utsagn rundt vaksinasjon ble presentert for foreldrene. Majoriteten av foreldrene var noe eller helt enig i at Norge bør ha et vaksinasjonsprogram, at vaksiner er viktig for å beskytte samfunnet mot sykdommer og for å bedre helsen til individet. På den annen side svarte 10 % at de var noe eller helt enige i det er ikke nødvendig å vaksinere mot sykdommer som ikke fins i Norge lenger. Samtidig er det flere utsagn som foreldrene har svart «vet ikke» og at de «verken er enig eller uenig» i. Dette kan tyde på usikkerhet blant foreldrene. Eksempler på dette er: «barn får vaksiner mot for mange sykdommer om gangen», «for mange vaksiner om gangen overbelaster barnas immunsys-

tem» og at «vaksiner inneholder tilsetningsstoffer som er skadelige for barn» (Tabell 1).

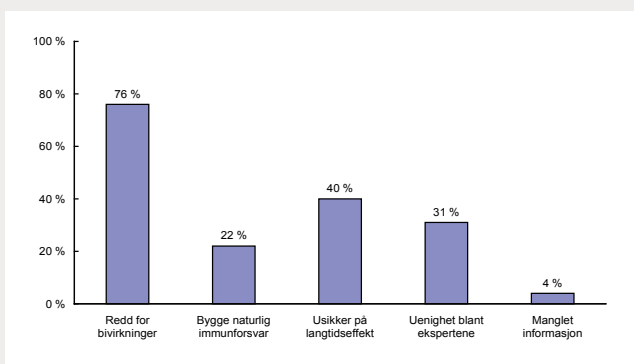
Positive til barnevaksinasjon i fremtiden: Til slutt ble foreldrene spurt om de kommer til å la barna få vaksiner i fremtiden. Nesten alle (99 %) svarte bekrefte-nde på dette. Dette gjelder også for de som oppga at de noen gang har tvilt på om barnet skal vaksineres.

Konklusjon

Foreldrene er generelt positive til barnevaksinasjons-programmet. Undersøkelsen viser at ansatte ved hel-sestasjonene er de viktigste informasjonskildene når det gjelder vaksinasjon og at foreldre har stor tillit til dem. Foreldrene har også høy tillitt til Folkehelseinsti-tuttets temaside om vaksiner (www.fhi.no/vaksine), men dataene tyder på at disse i mindre grad blir brukt. Resultatene viser også at foreldre har stor forståelse for hvor viktig vaksiner er både for å beskytte hvert enkelt barn og for å hindre spredning av smittsomme sykdom-mer i samfunnet. Samtidig rapporterte en av fem at de noen gang hadde vært i tvil om å vaksinere barna sine. Den viktigste grunnen til tvil var at de var redd for bivirkninger. Flere var usikre rundt ulike utsagn om aspekter ved vaksinasjon. Samlet sett viser dette at det fortsatt kan foreligge utfordringer i samtalen med foreldrene. Noen av dem har kanskje ubesvarte spørsmål og usikkerhet om vaksinasjon som kan avkla-res i dialog med helsepersonellet. Til tross for både tvil og usikkerhet hos noen foreldre, hadde svært få noen gang takket nei til tilbudet om vaksine.

Referanser

- Dannettun E, Tegnell A, Hermansson G et al. Parents' reported reasons for avoiding MMR vaccination. A telephone survey. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 149-53.
- Nøkleby H, Bergsaker M.A.R. Uønskede hendelser etter vaksinasjon. *Tidsskr Nor Legeforen* 2006; 126: 2541-4.
- Rygg M. Vaksineskepsis-profylaksarbeidets paradoks. *Tidsskr Nor Legeforen* 2006; 126: 2933.
- Sandbu S. Vaksinasjonsboka. Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell. Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI), [oppdatert 2010]. http://www.fhi.no/eway/default.asp?x?pid=233&trig=MainLeft_6034&MainArea_5661=6034:015:44861:0:0:0:0&MainLeft_6034=5544:68681:16035:1:0:0.
- Muscat M, Bang H, Wohlfahrt J et al. Measles in Europe: an epidemiological assessment. *Lancet* 2009; 373: 383-9.
- Vainio K, Rønning K, Steen T W et al. Ongoing outbreak of measles in Oslo, Norway, January–February 2011. *Euro Surveill*. 16 (8):pii=19804. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19804>.
- Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet* 1998 Feb 28; 351:637-41.
- Dannettun E, Tegnell A, Hermansson G et al. Timeliness of MMR vaccination--influence on vaccination coverage. *Vaccine* 2004; 22: 4228-32.
- Deer B. How the vaccine crisis was meant to make money. *BMJ* 2011 Jan 11:342.
- Deer B. How the case against the MMR vaccine was fixed. *BMJ* 2011 Jan 5:342.
- Deer B. The Lancet's two days to bury bad news. *BMJ* 2011 Jan 18:342.
- Stefanoff P, Mamelund S-E, Robinson M et al. Tracking parental attitudes on vaccination across European countries: The Vaccine Safety, Attitudes, Training and Communication Project (VACSATC). *Vaccine* 2010; 28: 5731-5737.



FIGUR 4: Mest vanlige årsaker til tvil om barnet skulle vaksineres. Prosent (N=309).

Utsagn	Helt eller ganske uenig	Verken enig eller uenig	Noe eller helt enig	Vet ikke
Norge bør ha et barnvaksinasjonsprogram	1 %	1 %	97 %	1 %
Vaksiner er viktig for mitt barns helse	2 %	1 %	96 %	1 %
Det er ikke nødvendig å vaksinere mitt barn	91 %	3 %	5 %	1 %
Det er viktig for mitt barn at andre barn vaksineres	5 %	8 %	84 %	3 %
Det er viktig for andre barn at mitt barn vaksineres	4 %	8 %	85 %	3 %
Vaksiner er viktig for å beskytte samfunnet mot sykdommer	1 %	2 %	95 %	2 %
Jeg opplever at vaksinasjon er noe alle må gjøre	7 %	9 %	82 %	2 %
Vaksiner er unødvendige	93 %	2 %	2 %	2 %
Det er ikke nødvendig å vaksinere mot sykdommer som ikke fins i Norge lenger	77 %	9 %	10 %	5 %
Barn får vaksiner mot for mange sykdommer om gangen	47 %	15 %	16 %	23 %
Vaksiner svekker barns naturlige immunforsvar	61 %	15 %	8 %	17 %
Det er bedre at barn oppnår naturlig immunitet ved å gjennomgå sykdommen enn å vaksinere barna	74 %	13 %	6 %	6 %
For mange vaksiner om gangen overbelaster barnas immunsystem	41 %	13 %	10 %	35 %
Jeg opplever at det er trygt å vaksinere mitt barn	6 %	9 %	83 %	3 %
Vaksiner inneholder tilsetningsstoffer som er skadelige for barn	36 %	12 %	7 %	46 %
Barn utsettes for risiko ved å bli vaksinert	48 %	21 %	14 %	17 %
Jeg er fornøyd med det norske barnevaksinasjonsprogrammet	4 %	9 %	83 %	4 %

TABELL 1: Ulike utsagn om vaksinasjon som ble presentert for foreldrene. Prosent (N=1529).

LOETTE 28 ANTIKONSEPSJONSMIDDEL ATC-NR: G03A A07

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Kvalme, oppkast, brystsmerte, svimmelhet, bukmerter, tretthet/utmattelse, blødninger ved seponering hos kvinner. Behandling: Intet spesifikt antidot. Dersom videre behandling av overdose er nødvendig, rettes dette mot symptomene. Se Giftinformasjonens anbefalinger G03A.

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

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

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

LOETTE®

LEVONORGESTREL 100µg / ETINYLØSTRADIOL 20µg

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

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

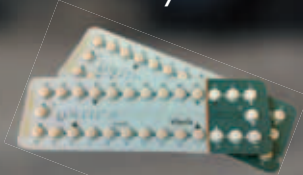
Les mer på
WWW.PFIZER.NO/LOETTE



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

Trygg bruk av p-piller

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



Stort behov for

Hos Psykhjelpen i Tromsø får ungdom hjelp av psykologistudenter til å takle problemer. Timelistene fylles raskt opp.

Tiden mellom barn og voksen er en sårbar periode for debut av psykiske lidelser, med fysiologiske og psykologiske forandringer, løsningsprosesser og motstridende krav og forventninger fra foreldre, venner og skole. Omveltninger i ungdomstiden er normalt og skal ikke sykeliggjøres, men for noen blir belastningene så store at de trenger hjelp til å takle dem. Man regner med at mellom 15 og 20 prosent av ungdom har en psykisk lidelse eller psykiske vansker som påvirker den daglige fungering. Det er langt færre som søker hjelp, og det er heller ikke alle som har symptomtrykk alvorlig nok til behandlingsplass i spesialisthelsetjenesten.

Derfor er det viktig med lavterskeltilbud. Arenaer uten henvisningsrutiner, ventetid og diagnosekrav, et sted der ungdom kan snakke med helsepersonell om de problemene de opplever der og da, gratis. Helsestasjon for ungdom (HSU) er nettopp en slik arena, og helsesøstre gjør allerede en svært viktig jobb med å fange opp risikoutsatt ungdom og å drive forebyggende helsearbeid. Mange opplever nok å møte ungdom med behov for samtaler og tettere oppfølging enn det man har anledning til å gi innenfor den ordinære tjenesten. Ved også å tilby psykologtjenester kan man styrke helsestasjonens funksjon ytterligere, både som forebyggende instans og som et sted der alvorligere psykisk lidelse blir identifisert og viderehenvist på et tidlig tidspunkt.

Psykehjelpen

I Tromsø har man siden 2003 hatt et slikt tilbud, kalt Psykhjelpen. Psykhjelpen er et samarbeid mellom Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø og HSU i Tromsø kommune, og formålet er å bidra til et mer helhetlig helsetilbud for ungdom ved å gjøre psykologisk rådgivning tilgjengelig der

ungdommene er. Tirsdager mellom klokken 12 og 20 er det derfor viderekomne psykologstudenter som betjener kontorene på HSU, som er lokalisert inne på ungdomshuset Tvibit, midt i sentrum av byen. Ungdommene tar enten kontakt selv, via helsesøstre på skolen eller foreldre, og de aller fleste får time den samme uka de bestiller. Tilbudet er populært, og de til sammen 16 tilgjengelige timene hver uke fylles raskt opp.

Ikke stigmatiserende

De fleste forteller at det ikke oppleves som stigmatiserende å oppsøke Psykhjelpen, og vi erfarer at vi når ut til mange av dem som ellers vegrer seg for å ta kontakt med fastlege og BUP. Alle får påminnelse per sms i forkant av timen, noe vi ser gir økt oppmøte. De som likevel ikke kommer til avtalt tid, får tilbud om ny time. Fleksibilitet og tilgjengelighet er viktige stikkord. Vi tror at å gi ungdom et positivt møte med hjelpeapparatet tidlig, styrker evnen og viljen til å søke hjelp ved behov senere i livet.

De vanligste psykiske problemene blant ungdom er angstlidelser, depresjon, atferdsforstyrrelser, ADHD, lærevansker, spiseforstyrrelser og selvskading. Slike diagnoser gjenspeiles også på Psykhjelpen, men i tillegg kommer ungdom med problemer som ikke kan og skal diagnostiseres, men som likevel oppleves som vanskelig i hverdagen. Det kan være lav selvtillit, bekymringer om vekt og utseende, om skolekarakterer og fremtidsplaner. Problemer i relasjon til venner, kjærester og foreldre er hyppigste årsak til konsultasjon på Psykhjelpen.

Rundt 83 % av de som oppsøker Psykhjelpen er jenter. Aldersspennet går fra 13 til 23 år, med hovedtyngden i videregående skolealder. Nær alle er i skolesystemet, og omtrent to tredjedeler bor hjemme hos foreldre eller andre foresatte. Noen har nok med

Foto: Privat



■ Av Rannveig Grøm Sæle
Psykolog ved Universitetet i Tromsø

psykehjelp



■ Fornøyde ungdommer

- I forbindelse med en brukerundersøkelse gjennomført ved Helsestasjon for ungdom i Tromsø (HSU) i 2007, rapporterte over 90 prosent av de spurte at de synes det er viktig at HSU tilbyr psykologisk hjelp.
- Mellom 15 og 20 prosent av norske ungdommer har en psykisk lidelse eller psykiske vansker.
- Omtrent halvparten av alle nordmenn rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet.

RAMMER MANGE: Hele 15 til 20 prosent av norske ungdommer sliter med psykiske lidelser eller psykiske vansker. I løpet av livet rammes 50 prosent av en psykisk lidelse.

en konsultasjon for å få fortalt om det de grubler på og få hjelp til å sortere tanker, andre kommer regelmessig over flere måneder. Gjennomsnittet ligger på rundt fire konsultasjoner.

Ressursfokus

Hvordan arter så denne psykologiske rådgivningen seg? På Psykhjelpen er ressursfokuset viktig, og det legges vekt på å styrke positive mestringsstrategier. Vi skal hjelpe ungdommene til å hjelpe seg selv, bekrefte dem og vise dem tillit til at de kan løse problemene sine på sin måte. Problemstillingene blir tatt på alvor og ulike løsninger blir diskutert på ungdommenes egne premisser. Utfordringer i

ungdomstida blir normalisert, men ikke bagatellisert. Psykhjelpen er et rådgivningstilbud, ikke et behandlingstilbud, men psykologstudentene bruker naturlig nok terapeutiske metoder og sin psykologfaglige kompetanse i rådgivningen.

I forbindelse med en brukerundersøkelse gjennomført ved HSU Tromsø i 2007, rapporterte over 90 % av de spurte at de synes det er viktig at HSU tilbyr psykologisk hjelp. Med økning av psykologer i kommunene og regjeringens mangeårige fokus på psykisk helse, forebygging og lavterskeltilbud, er det håp for at psykologisk rådgivning kan bli en naturlig del av Helsestasjon for ungdom også andre steder i landet.

Mestringskatten

- Kognitiv atferdsterapi for barn med angst

Philip C. Kendall og Kristin D. Martinsen

NYHET!

Mestringskassen

- KAT-verktøy for terapeutisk arbeid med barn og unge

Mestringskassen er et hjelpemiddel for terapeuter som benytter kognitiv atferdsterapi for å oppnå positiv endring hos barn og unge. Ved å benytte seg av de ulike verktøyene kan terapeuten tilpasse behandlingen til det enkelte barnet. Mestringskassen er en ressursperm med ulike aktivitetsressurser og spillkort.

Kr 1190,- (inkl. mva) / ISBN: 9788215016115



Philip C. Kendall, Kristin D. Martinsen og Simon-Peter Neumer

Terapeutmanual

Coping Cat er et strukturert behandlingsprogram for barn og ungdom med angst som har vist seg å gi svært gode resultater. I denne manualen for terapeuter gjennomgås alle 12 behandlingstimer time for time.

Kr 289,- / ISBN: 9788215008929



Philip C. Kendall, Kristin D. Martinsen og Simon-Peter Neumer

Arbeidsbok

I arbeidsboken introduseres de ulike begrepene som skal læres, og hvordan det skal jobbes med stoffet bl.a. i form av spill, historier og bilder. Innholdet er delt opp time for time på samme måte som terapeutmanualen.

Kr 259,- / ISBN: 9788215008943



Philip C. Kendall og Kristin D. Martinsen

Gruppemanual

Gruppemanualen skal benyttes som et supplement til terapeutmanualen og gir informasjon om hvordan behandlingen kan tilpasses for å gjennomføre gruppebehandling for barn med angst.

Kr 159,- / ISBN: 9788215013251



For mer informasjon og bestilling,
besøk www.universitetsforlaget.no
eller kjøp produktene i bokhandelen.



UNIVERSITETSFORLAGET

Nordisk konferanse

Barn og unges helse- normalitet og utfordringer

Konferanse for sykepleiere som jobber med barn og unge
Holmenkollen Park Hotel Rica, Oslo
22.-23.september 2011



Konferansen arrangeres i regi av **NoSB (Nordisk samarbeid for Sykepleiere som jobber med Barn og unge)**. Dette er et faglig samarbeidsorgan av barnesykepleiere, helsesøstre, distriktsskøterskor og sundhetsplejersker i Danmark, Norge, Sverige, på Grønland, Island og Færøylene. Finland er også på vei inn i samarbeidet.

Fra Norge er Barnesykepleierforbundet og Landsgruppen av helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund medlemmer, og har arrangøransvaret for denne konferansen.

Programmet er utarbeidet av en nordisk programkomite.

Det tas forbehold om mindre endringer i programmet.

Torsdag 22.september

Plenumsesjoner

0900-1000: Registrering, besøk hos utstillere og postere. Kaffe/te og frukt

1000-1030: Åpning og offisielle hilser

1020-1120: **Starten på livet – mulighetenes tid,**

Gro Vatne Brean, psykologspesialist

1130-1230: Lunsj, besøk hos utstillere og postere

1230-1330: **Psykososiale utfordringer ved somatisk sykdom hos barn og unge,**

Trond Diseth, avd.overlege, professor dr.med

1330-1430: **Improving the effectiveness of services to families whose primary culture and language is not your own,**

Dr Cheryl Adams, D(Nurs), MSc, BSc(Hons), RN, RHV, Dip Man Independent Adviser, Health Visiting and Community Health Policy and Practice

1430-1500: Pause, besøk hos utstillere og postere

1500-1630: **Nytt og norsk**

1. **Utvikling av barneprosedyrer i PPS (Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten) – utfordringer og muligheter,**
Marit Solhaug, forlagsredaktør Akribe AS
2. **Adoptivfamilien – Veiviser og foreldrehefte,**
Astrid Grydeland Ersvik, leder LaH NSF
3. **"Hvis jeg ikke hadde vært med i gruppen hadde jeg hatt en klump inni meg",**
Hilde Egge, helsesøster/nestleder LaH NSF

1630-1715: **Patologiseringen av menneskelivet,**

Lars Fr. Svendsen, professor i filosofi, Universitet i Bergen

1715: Fri til å besøke utstillere, se postere, svømme, gå tur, hvile.....

1930: Samling før middag, kulturinnslag

2000: Middag

Fredag 23.september

Plenumsesjon

0830-1000: **Når omsorgen svikter – kan forskning om omsorgssvikt og tilknytning hjelpe oss?**

Kari Killen, forsker emeritus / sosionom / dr.philos.

1000-1030: *Pause, besøk hos utstillere, utsjekk*

1030-1300: Parallele sesjoner. Innlagt diskusjons-/spørsmålsrunde 15 minutter avslutningsvis

Parallell A Barnesykepleie, nyfødte/premature

A1 - 1030-1115: **Presentation of an early intervention that gives premature children higher IQ,**

Jorunn Tunby, spesialist i barnesykepleie, daglig leder forskningsprosjekt UiT

A2 - 1115-1200: **Tidlig hjemmeopphold (THO) erfaringer fra København,**

Elisabeth Mølgaard, sygeplejerske SD IBCLC Neonatalklinikken, Rikshospitalet København

A3 - 1200-1245: **Smerteuttrykk og smerteforståelse når barnet er svært mye for tidlig født,**

Inger Pauline Landsem, ICN MSC

Parallell B Barnesykepleie, eldre barn/ungdom

B1 - 1030-1115: **Diabetesbarn og family nursing,** *Elisabet Konráðsdóttir, R.N, MS, CNS, Pediatric diabetes clinic Landspítali, Reykjavik*

B2 - 1115-1200: **Nurse- led Pediatric Sleep Clinic,**

Arna Skuladóttir, Clinical nurse specialist, Landspítali University Hospital, Reykjavik

B3 - 1200-1245: **Smertevurdering av barn,**

Anne Berit Krogh, høgskolelektor/cand.san Høgskolen i Sør-Trøndelag

Parallell C Helsestasjon/Spedbarnsvård

C1 - 1030-1115: **Fødselsdepresjoner og bruk av EPDS,**

Kari Glavin, helsesøster/ førsteamanuensis Høyskolen Diakonova

C2 - 1115-1145: **Pappan och föräldraskapet,** *Mats Berggren, Jämställdhetskonsulent Sverige*

C3 - 1145-1245: **Hjembesøk; erfaringer fra Norge, Danmark, Sverige og Island**

Norge: Esther Hjälmhult, helsesøster/førsteamanuensis Høyskolen i Bergen

Danmark: Susanne Hede, leder Fagligt Selskap for Sundhedsplejersker

Sverige: Eva Gunnarsson, distriktsskøterska BVC/familjecentral

Island: Stefania Arnardóttir, Family nurse MSC,

Parallell D Skolehelsetjeneste

D1 - 1030-1100: **FamiLY – familieintervensjon ved sykelig overvekt hos barn,**

Áshild Skulstad – Hansen, prosjektkoordinator og helsesøster

D2 - 1100-1130: **The 6H Cube, Coordinated strategy and action in health promotion for school**

health care, Island, *Ragnheidur Erlendsdóttir, Professional coordinator for school aged children*

D3 - 1130-1200: **Sunhedssamtalen med skolebørn på Grønland,**

Klara Thorsen, koordinerende sundhedsplejerske

D4 - 1200-1245: **UngSinn – kunnskapsbase på nett for barn og unges psykiske helse,**

Greta Jentoft, helsesøster/ enhetsleder forebyggende helsetjenester Tromsø kommune

Parallell E Ledelse

E1 - 1030-1100: **How to use the electronic database in developing and strengthen the school**

health care service, Island, *Margret Hedinsdóttir, Program Manager for Nursing Database*

E2 - 1100-1145: **Continuity and Quality of Pediatric and Child Health Care Nursing: The**

Importance of Naming Nursing,

Kathy Mølstad, seniorrådgiver NSF og Ann Kristin Rotegård, forlagsredaktør Akribie

E3 - 1145-1245: **Familjers livssammenheng förändrar våra yrkesroller. Erfarenheter från**

familjecentraler, Vibeke Bing, folkhelsovetare

1300-1400: *Lunsj, besøk hos utstillere*

Plenumsesjon

1400-1430: **Avansert hjemmesykehus for barn – vi flytter sykehuset hjem!**

Vigdís Margrète Ziener, seksjonsleder barnemedisinsk avdeling Oslo Universitetssykehus

1430-1500: **FNs Barnekonvensjons betydning,**

Marianne Hagen, Redd Barna, leder Forum for Barnekonvensjonen

1500-1515: Avslutning og hjemreise

PÅMELDING

skjer **kun** på internett via LaH NSF's nettsider www.sykepleierforbundet.no/nosb

Påmeldingsfrist er 20. juni 2011

Du bestiller rom ved påmelding. Ønsker du å benytte andre boalternativ enn kongresshotellet, må dette bestilles privat.

ABSTRACTS/ POSTER – PRESENTASJON

Vi inviterer skandinaviske kolleger til å presentere posters (plakatpresentasjoner) på konferansen.

Dette kan være presentasjon av prosjekt, forskning, rapporter osv.

For å bli vurdert som poster, sender du inn et abstract – eller sammendrag – av det du vil presentere til: a.grundevig@c2i.net

Frist for innsending: 01. mai 2011

Retningslinjer for abstract/poster:

1. En egen komité vil vurdere innsendte abstracts, og velge ut de som blir presentert i form av poster. Det vil ikke være anledning til å gjøre vesentlige endringer i tittel eller innhold på posteren etter at den er antatt.
2. Om sammendraget:
 - Inntil 250 ord – unntatt tittel og forfatterens navn
 - Korresponderende forfatters navn, adresse og e-post (i kursiv)
 - Forfatter: fornavn, etternavn, kommune/institusjon
 - Blokkjustert tekst – rett høyre og venstre marg. Skandinavisk eller engelsk språk
 - Bruk skrifttype Arial 10 pkt. og små bokstaver. Linjeavstand enkel (1,0)
 - Bidragene skal inneholde problemstilling, metodisk tilnærming og kort om hovedfunn/resultater
3. Det er bare medlemmer i våre nordiske samarbeidsforeninger i NoSB som kan presentere bidrag.
Ikke-medlemmer kan bare delta som samarbeidende deltaker/forfatter
4. Antatte bidrag kan bare presenteres av deltakere som er registrert/har betalt deltakeravgift
5. Posterstørrelse er 100 x 70 cm.
Størrelsen må overholdes! Poster vil bli festet til vegg med festepasta. Det vil **ikke** bli anledning til å ha bord eller annet utstyr ved posterpresentasjonen
6. Utvalgte posters vil bli utstilt under hele kongressen. De som får antatt postere oppfordres til å være tilstede ved posteren i alle pauser.
7. Posterpresentasjonen er gratis, men man må selv dekke reise, opphold og evt. øvrige kostnader

UTSTILLERE

Det vil være en rekke kommersielle firma og frivillige organisasjoner som deltar med utstilling.

Se hva våre mange fornøyde kunder sier om

"UTROLIG"

UNIVERSALSALVE



Universalsalven "UTROLIG" ble opprinnelig laget for å hjelpe brukere av tannproteser, til behandling av sår og trykksteder i munnen. Siden utvikling/fremstilling av salven i 1985 har listen over bruksområder blitt betydelig større. "UTROLIG" universalsalve er fremstilt av 15 forskjellige naturlige planteoljer og er helt uten skadelige kjemikalier.

Produktet inneholder ingen konserveringsmidler.

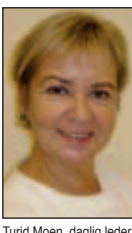
Les mer på www.utroligsalven.no

" Jeg fødte en sønn i februar og fikk såre blødende brystknopper av amming. Jeg smurte utrolig på og etter noen dager med hyppig smøring kunne jeg amme min sønn uten at jeg vegret meg pga smerte. Så jeg vil anbefale alle ammende mødre salven på det varmeste. Nå er ammingen blitt en kosestund for meg med min sønn. "

" Min datter har hatt atopisk eksem siden hun var liten. Vinteren er den verste tiden for henne med utbrudd, og vi har hatt utallige salver fra doktor, apotek o.l. Jeg smurte Utrolig på eksamen og masserte den inn. Jenta sluttete å klage på kløing og svie. Utbruddet forsvant etter noen dager med smøring. Når hun kjenner at et nytt utbrudd er på tur, smører hun seg og vi slipper de store røde utslettene, svie og kløe. Utslettet trekker seg tilbake uten bruk av kortisonsalver, samt ubehaget eksamen ga min datter. Dette er helt utrolig. Den bare MÅ prøves. "

" Jeg brukte salven og den funket som smurt. Den gjorde slik at alle vortene og kvisene mine forsvant. Jeg synes utrolig er den beste salven som funker mot de tingene. "

" Jeg har ei jente på 6 mnd som ligger i gips pga hofteladdysplasi. Dette medfører en del sårhet på bena. Jeg fikk prøve utroligsalven gjennom min svigermor, og er kjempoforlyst. Sårne er borte og huden er myk og fin! "



Turid Moen, daglig leder

"UTROLIG" universal-salve anbefales av Turids klinikk!

Vi er strålende fornøyd med effekten av "UTROLIG" i våre behandlinger, derfor anbefaler vi den til alle våre kunder.

Turids Klinikk

Torvgaten 1, 3110 Tonsberg.



Vi fotterapeuter på Leknes fotklinik og Flakstad Go' Fot anbefaler Utrolig-salven til våre kunder nettopp fordi den er utrolig. Vi bruker den i daglig behandling og forebyggende behandling. Som hjelpepleier/fotterapeut kan jeg anbefale den ikke bare til fotter, men også for hele kroppen.

Leknes Fotklinik/Flakstad Fotpleie
Elin Abelsen, daglig leder
8370 Leknes



" Jeg har vært avhengig i Otrivin nå i 3 år. Jeg har nesten brukt en hel flaske pr. uke. Jeg har nå brukt utroligsalven rett innefor neseboret. Dette funker kjempebra, og jeg har ikke rørt Otrivinen siden jeg begynte med utroligsalven. Knallbra!! "

" Jeg har en sønn på 13 som hadde masse småkviser i pannen. Vi smurte på utroligsalven og de forsvant i løpet av et par dager. Nå bruker han salven så fort han merker antydning og problemet er borte. Kan anbefales. "

" Denne salven er kjempebra. Jeg er plaget med munnsår. Hadde et for 3 dager siden, som jeg smurte med salve i to dager, nå er det borte, og det er fantastisk. Syns den er helt fantastisk :D Alle burde ha en boks i huset... "

" Jeg har brukt denne salven mot det meste i alle fall i 5 år, og det er den beste salven jeg noensinne har vært borte i. Den dufter godt, og det beste er at den er helt naturlig. Jeg er topp fornøyd :-)

" Salven er fin for å redusere forekomsten av og plagene ved haemorroider og fistler i endetarm. Bruker den også på øyelokk mot trette, tørre, såre øyne. "

" Denne salven er bare helt "utrolig". Bruker den på tørr hud på Helene. Etter et par dager er huden myk og fin. Bruker den også på tørre lepper og på hendene som ofte blir tørre etter mye vask i mitt yrke som helsearbeider "

" Bestiller nå min ente krukke. Har to barn og bruker den til alt fra stikk, brennmaneter til kviser, utopisk kløe og siste den var prøvet på med STORT hell er molusker. Og denne reklamen får jeg ikke rabatt for en gang! LØP OG KJØP! "

Uttalelsene er hentet fra vår gjestebok på vår nettside

Baby-Vac

"Pusser nesene min"

Arianna

Tett og snørrete nese gir barn under 6 år:

Øre, nese, hals og luftveislidelser.

Baby-Vac er en trygg og hygienisk måte å rense nesene på. Baby-Vac er laget av gjennomsiktig og sikker plast.

Medisinsk dokumentasjon ved bl.a.:

- Wien medisinske universitet
- Universitetet i Ulm
- Øre, nese og hals spesialister
- Helsepersonell

Utfyllende informasjon får du på www.babyvac.no



Emilie, vår datter hadde problemer fra hun var født med litt tett og slimete nese. Det som er så flott med Baby-Vac er at den er enkel i bruk og den er effektiv!! Det er utrolig å se hvordan pusset fra nesene bare spruter ut og hvor fornøyd datteren vår er etterpå. Nesesuger kjøpt på apotek har vi kastet, for den gjorde ikke i nærheten samme jobben som denne. Man ser også at barnet ikke synes det er vondt og det er jo så klart viktig. Dette er virkelig revolusjon og vi anbefaler den til alle småbarnsforeldre og andre. **Trine og Kenneth Iversen, Brandbu, Oppland. Telefon 91 18 81 94**



Hva synes folk om he

Foreldre, ungdom og beslutningstakere er fornøyde med helsesøster-tjenesten, men vi står likevel overfor viktige utfordringer. Det viser min doktorgradsavhandling «Glidende grenser og stille stemmer».



Utsagn fra en kommunal beslutningstaker: *Bildet mitt av helsesøstre er todelt. Jeg har nærmest et sånt kognitivt bilde, det er ett, også har jeg et emosjonelt bilde. Hvis du spør godt voksne folk hva de forbinder med helsesøstre, så er det assosiativt emosjonelle bildet at de husker; sin egen skoletid at de sto i truse i lang rekke og de skulle veies, og de minnes lukten av pirquet. Det er noe institusjonalisert med helsesøstre, de er der, de er trygge, profesjonelle, de kan noe spesielt, det tror jeg er folks flest bilde av dem.*

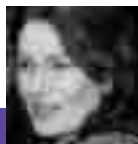
Denne beskrivelsen fra en lokal beslutningstaker er hentet fra mitt doktorgradsarbeid som omhandler perspektiver på helsesøstertjenesten (Clancy, 2010). Avhandlingen består av fem studier. Helsesøstre, ungdom, foreldre samt lokale beslutningstakere er intervjuet om deres syn på helsesøstertjenesten. Konsultasjoner på helsestasjon for barn, ungdom

og i skolehelsetjenesten er observert. Et utvalg av samarbeidspartnere har svart på et spørreskjema om samarbeidsforhold. Avhandlingen har til hensikt å løfte frem områder som respondentene mener fortjener oppmerksomhet og som kan ha praktiske og teoretiske implikasjoner for utvikling av helsesøstertjenesten.

Stille stemmer

Utsagnet fra den kommunale administratoren sier noe vesentlig om helsesøstertradisjonen. Det forteller oss at ikke bare faktakunnskaper, men også personlige erfaringer styrer hvordan tjenesten oppfattes og omtales. Det sier også noe om at dersom nøkkelpersoners kunnskap om helsesøstertjenesten ikke stemmer med dagens bilde, må det gjøres noe for at dette bildet justeres og korrigeres. Det

Foto: Privat



■ Av Anne Clancy
førsteamanuensis,
Høgskolen i Harstad

Helsesøstertjenesten?

er ikke bare oppjustering av utdaterte bilder av tjenesten som er en utfordring for helsesøstrene. Det er også viktig å finne kanaler og metoder for å gjøre relevansen av dagens gjeldende praksis synlig før utdaterte bilder presser frem endringer som er basert på et altfor tynt kunnskapsgrunnlag. Det er et interessant funn i doktorgradsavhandlingen at ikke bare helsesøstrene, men også kommunale beslutningstakere ønsker mer synlige helsesøstre. Beslutningstakere hadde lagt merke til helsesøstrenes arbeid med ungdom, mens det daglige arbeidet på helsestasjon hadde lav synlighet. Det er derfor en reell fare for at helsestasjonsarbeidet blir tatt for gitt av beslutningstakere.

En beslutningstaker uttalte det slik:

Jeg skulle ønske at de var litt mer synlige, at de ikke var en... , jeg mener ikke at de er en grå tjeneste, men de er på en måte en tjeneste man er vant med som er der, slik at konturene blir for utydelige, og perspektivet de står i, i en mer sånn sentral folkehelsesammenheng, blir for uryddig.

Helsesøster er synlig for foreldre og ungdom. Ungdom beskrev helsesøstrenes betydning som en svært viktig fagperson i deres liv. Utfordringen for både helsesøstre og ungdom var å sette ord på hva helsesøstrene gjorde som var så betydningsfullt for dem. En ungdom sa det på følgende måte:

Jeg er fornøyd for å si det sånn, får prate ut om ting, å dem virke interessert i ka du prate om, at dem ikke bare sitt å nikke liksom.

Eller slik en annen uttalte:

Ho e veldig åpen som person, så man føle at man lett kan prate me ho, så æ tvile ikke på at det e veldig mange som har kommet dit for en grunn, men har endt opp med å prate om nokka helt anna, for det e jo en person utenom hjemmet som ikke har nokka med vår sosial omkrets, og det e jo ganske greit å ha når å prate med sånn sett.

En tenåringsgutt fortalte hvor viktig det var å snakke med et fagmenneske han hadde tillit til. Avhandlingen viser at tilliten til en helsesøster kan gi grobunn for tillit i senere møter med andre helsesøstre. Foreldrene la vekt på relasjonen med helsesøster. En mor sa at det meste kunne hun lese på nettet, men hun la stor vekt på selve «møtet» med helsesøsteren, at hun ble sett i sin sammenheng «at

Fakta

- Artikkelen er en sammenfatning av Anne Clancys´ doktorgradsavhandling «Glidende grenser og stille stemmer».
- Anne Clancy er Irsk. Hun ble utdannet helsesøster ved Universitetet i Tromsø i 1984 og har jobbet som helsesøster i nesten 20 år, først i Hammerfest kommune og senere i Harstad. Hun har hovedfag i helsefag ved Universitetet i Tromsø fra 2004 og har dr.grad i folkehelsevitenskap fra Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (2010). Clancy er nå ansatt som førsteamanuensis på sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Harstad og som førsteamanuensis ved helsesøsterutdanningen ved Universitetet i Tromsø.

det er noen som ser meg, det er relasjonen med et levende menneske». Intervjuene med foreldre og ungdom viste fornøyde brukere, men det kom også frem i undersøkelsen at ikke alle foreldre deler sine bekymringer med helsesøster av redsel for å avsløre at de ikke strekker til. Manglende kunnskaper om helsesøsterens forventninger kan resultere i manglende åpenhet.

Doktorgradsarbeidet befester enda en gang relasjonens betydning i sykepleiefaglig- og medisinske praksis. Det peker på betydningen av kontinuitet og gode relasjoner i helsesøsters praksis. Resultatene fra intervjuer med helsesøstre, foreldre og ungdom viser at det var viktig at konsultasjonene var «hyggelige», men at fagkunnskap, ærlighet og åpenhet var vesentlig for gode relasjoner.

Glidende grenser

Helsesøstertjenesten har mistet oppgaver og fått nye. Det er glidende grenser mellom de forskjellige folkehelseprofesjoners samfunnsoppdrag, og mange helsesøstre har kjent disse grensene på kroppen. Enkelt saker der mange samarbeidspartnere er involvert kan by på utfordringer; likeledes kan saker der aktuelle samarbeidsinstanser ikke er på banen føre til at grenseoppgangen mellom de forskjellige profesjoner blir glidende. Beslutningstakerne i undersøkelsen forventer at helsesøstre ikke beveger seg ut av sitt faglige kompetanseområde og over i et landskap de ikke forventes å mestre. En beslutningstaker uttalte det slik:

Det blir forventet at de skal kunne faget sitt, altså de skal screene, om det er språk eller syn eller vekt, eller formidle kunnskap om kostveiledning osv. Jeg forventer at de ikke beveger seg ut i et landskap som de ikke



mestrer. Og når de skjønner at den andre part, eller bruker eller mottaker trenger noe de ikke kan, så får de sørge for at vedkommende får hjelp. Og fortrinnsvis gjøre det uten at brukeren må gå inn fem andre dører.

Samarbeid er viktig, men komplekse problemer er ikke lett å henvise. Manglende henvisningsinstanser og glidende grenser for ansvarsområder kan føre til at helsesøster sitter igjen med sorteringsarbeidet, noe som kan gjøre prioritering vanskelig. Organisasjonsstrukturer i kommunene og differensiering av tjenester i enheter kan også være til hinder for samarbeid. Disse forhold kan fremme et negativt bilde av en lukket profesjon som holder på klientene og ikke henviser videre ved behov.

Tilfredshet med tjenesten bygger på tillit til den enkelte helsesøster. Det er grenser for hvor nær helsesøster skal komme innpå ungdommen eller foreldrene, eller for hva foreldre, barn eller ungdom vil dele med helsesøsteren.

Helsesøster har en relasjonsrolle og en folkehelse-/populasjonsrolle. Utfordringen er å synliggjøre relasjonsrollen og bygge en bru mellom relasjons- og populasjonsarbeidet. Rapporteringskanaler som synliggjør den sammenhengende helsesøster er en del av mangler. I en tid der profesjonsnøytralitet er en rådende diskurs er det viktig at helsesøsters profesjonsspesifikke kunnskap på begge disse nivåene omtales og tydeliggjøres.

Oppsummering

Relasjoners betydning, menneskelige møter og kompleksiteten i praksis må anerkjennes. Det nødvendigvis gjør solid relasjonsinnsikt, faktakunnskap og ikke minst evnen til å se, tolke og handle. Beslutnings-

takere må få et innblikk i hva det innebærer å ha et helsesøsteransvar.

Avhandlingen konkluderer med at foreldre, ungdom og beslutningstakere er fornøyde med helsesøstertjenesten, men at helsesøster står overfor viktige utfordringer i samarbeidsrelasjoner i forhold til grenser for involvering og i å synliggjøre deres helsefremmende funksjon. Dagens rapporteringssystemer kommer til kort når det gjelder å synliggjøre helsesøstrenes daglige arbeid og deres rolle i folkehelse. Helsesøster burde i større grad rapportere de endringene og mønstre i folkehelsen som de møter i sin praksis. Ansvar for synliggjøring ligger ikke hos helsesøster alene, men også hos forskere i praksisnære forskningsprosjekter.

Rapporteringssystemer som bygger en bru fra mikro- til makronivå er nødvendige. Disse kan belyse kjernen i helsesøstrenes arbeid og kaste lys over viktige utfordringer i folkehelsearbeidet. Helsesøsterens praksis er moralsk. Reglene, lovene og kategoriene kommer inn for å sikre en minstestandard som kan gjøre en moralsk praksis mulig. Neumann (2007) skriver at helsesøstertjenesten unnlater seg beskrivelse. Min forskning har vist at helsesøsters arbeid kan beskrives og fortelles frem. Etikken i møtet er umulig å få frem i de vedtatte måter å beskrive tjenesten på. Det må fortelles, ikke forties. En fortellende beskrivelse av verden er ikke verden, men den kan si noe vesentlig om den konteksten helsesøster står i. Helsesøster må ikke omtale sin praksis som diffus, men som et bredt og komplekst felt. De som har kunnskap om helsesøsterfeltet er først og fremst helsesøstrene. I møter kan helsesøster formulere verbalt og gi mening til det hun gjør som ikke er så lett å få øye på for andre. Det er også et helsesøsteransvar å bruke sin stemme slik at profesjonsspesifikk kunnskap kommer frem i samhandling med andre profesjoner og beslutningstakere. Dersom dette ikke gjøres, vil en viktig stemme bli borte fra samfunnsdebatten og et viktig klient- og folkehelseperspektiv vil forbli taust og mørkelagt. Det er noe betydningsfullt som skjer i møtet med barn, ungdom og foreldre.

Jeg avslutter der jeg begynte med et utsagn fra en beslutningstaker der vedkommende sier noe om helsesøsters bidrag til folkehelse:

Det reelle bidrag til folkehelse, det er det som er oppdraget deres, det skjer i møte med ungdom, i møte med barn, i møte med foreldre.

Referanser

1. Clancy A. Perceptions of public health nursing practice. - on borders and boundaries, visibility and voice. Dr.gradsavhandling, NHV Rapport 2010:7.
2. Neumann, C. E. B., 2007. Det bekymrede blikket: en studie av helsesøsters handlingsbetingelser. Cecilie E.B. Neumann, Oslo.

Nyhet!

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

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

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



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



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



Samtlige produkter



Sinksalve, badeolje, lotion og sjampo

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

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

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

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

Omsorg for livet



HJELP MOT SVETTE I PUBERTETEN?

I noen perioder av livet opplever enkelte å svette mer enn før, og dette kan oppleves som plagsomt. Dersom ikke forbedret hygiene, klær av naturfibre, skifte av sko og vanlige deodoranter hjelper, kan man anbefale å bruke antiperspiranter med aluminiumsalter.

STOP 24® inneholder en høy konsentrasjon av aluminiumsalter, som virker ved å redusere svetteproduksjonen lokalt der perspiranten påføres.

Det er viktig å huske på at effekt oppnås først etter 4-5 dagers bruk, og opphører etter hvert ved avsluttet bruk av produktet.



STOP 24® Roll-on

For svette under armer



STOP 24® Spray

Kan brukes over hele kroppen, og gir rask effekt



STOP STOP 24® Krem

For svette for eksempel i ansikt og på hender



STOP 24® Fotkrem

For svette på føtter



Tørr og trygg med STOP 24®

Les mer på www.stop24.no

Ta gjerne kontakt med oss på tlf 22 78 26 00 / info@eter.no for brosjyrer, vareprøver, informasjonsmøte eller andre spørsmål. **Føres på alle apotek.**



Sårbare barn trenger hjelp

Sosialt sårbare barn trenger støtte til å øke sin sosiale kompetanse og tro på seg selv. Gruppesamtaler kan hjelpe. Det viser doktorgradsavhandlingen til Lisbeth Gravdal Kvarme.



ALENE: Ikke alle barn opplever skolemiljøet som trygt og inkluderende.

Skolen er en viktig arena for å fremme helse og velvære hos barn. Elever som er sosialt tilbaketrukkne eller mobbet, er sosialt sårbare i skolesituasjonen. Sosialt sårbare barn er utsatt for lav livskvalitet og mestringsforventning. Mestringsforventning er troen på egen kompetanse til å takle livet i ulike situasjoner og til å nå egne mål. Sosialt sårbare barn trenger hjelp til å øke sin sosiale kompetanse og tro på seg selv, viser avhandlingen til Gravdal Kvarme.

Hovedmålet med studien var å undersøke faktorer som mestringsforventning, som kan fremme psykososial helse hos sosialt sårbare skolebarn i 12-13 års alder. Studien er delt opp i tre delstudier. Det

ble funnet en positiv sammenheng mellom generell mestringsforventning og helserelatert livskvalitet hos skolebarna i den første studien.

Resultater fra den andre studien viste at helsesøstertiltak basert på løsningsfokuserte grupper hadde effekt på de stille barnas tro på seg selv. Deltagerne i gruppene valgte egne mål som de ville prøve å oppnå, i tillegg valgte de støttespillere som skulle hjelpe dem til å nå målet. Jentene viste en større økning i tro på seg selv rett etter gruppesamtalene, mens guttene hadde den største økningen tre måneder etter disse gruppesamtalene.

Funn fra den tredje studien viste at elever som mobbes ønsket å bli inkludert og ha gode venner på skolen.

Avhandlingen viser at sosialt sårbare skolebarn trenger hjelp fra skolen og skolehelsetjenesten til å bli inkludert i skolen. Elever som mobbes ønsket hjelp til å få stoppet mobbingen umiddelbart. Løsningsfokuserte grupper kan øke mestringsforventningen til sosialt tilbaketrukkne barn.

Å fremme helse gjennom å skape et trygt og inkluderende skolemiljø, er en viktig oppgave for helsesøster i samarbeid med skolen, familien og skolebarna.



Diakonova

Av Lisbeth Gravdal Kvarme

Helsesøster og høgskolelektor ved høyskolen Diakonova i Oslo.

Hun er utdannet sykepleier i 1978, helsesøster i 1983 og hun har avlagt embetsstudiet i sykepleievitenskap ved universitetet i Oslo i 1997.

Gravdal Kvarme disputerte 21. januar i år for PhD graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: "Promotion of self-efficacy and health-related quality of life in socially vulnerable school children: the role of the school nurse".

■ Ny metode testes ut

- Sosialt sårbare skolebarn trenger hjelp fra skolen og skolehelsetjenesten til å bli inkludert.
- Helsesøstertiltak basert på løsningsfokuserte grupper har effekt på de stille barnas tro på seg selv.
- Elever som mobbes ønsker hjelp til å få stoppet mobbingen umiddelbart.

Skrivesøstera

■ PORTRETTINTERVJU MED GURI MIDTGARD

Helsesøster Guri Midtgard har fast spalte i lokalavisa, der hun sprer budskapet om bedre helse. Det setter mange pris på.

Guri har siden august 2010 skrevet spalten Helsestasjonen i lokalavisa i Tromsø. I spalten gir hun råd om barn og unges helse. I år ble hun tildelt utmerkelsen «Den gyldne penn 2011» under årets helsesøsterkongress i Trondheim. Jeg har lyst å komme litt under huden på denne skriveglade dama fra nord. Hun kommer fra Tysfjord i Nordland og er oppvokst med stor familie rundt seg. Hun møtte etter hvert sin kjære Lars-Egil fra Træna, og sammen har de stiftet bo, og har hatt adresse i Tromsø de siste 20 åra. Kjærligheten til Nordlands netter og Hamsunske eventyr fører familien årlig til lange sommerferieopphold i hjembygda.

Guri har arbeidet på ferga over Tysfjorden, på apotek, og hun er utdannet postekspeditør. Så ble det sykepleierutdanning og arbeid på sykehjem og i hjemmetjeneste. Hennes første jobb som helsesøster var på Aids-kontoret (nå Sosialmedisinsk senter, Tromsø) i 1990. Etter fem år der ble det helsestasjon og

Guri har vært ved Sentrum helsestasjon siden 1997.

– Først jobbet jeg noen år med gravide kvinner som hadde historie med rusmisbruk. Det ventede barnet motiverte de fleste av dem til å velge bort rusen og orientere seg mot barneomsorg. Det var en krevende, men utrolig spennende jobb. Så merket jeg, etter noen år, at jeg begynte å mislike brukerne. De klaget for mye, og hvorfor skulle de plage meg med sine problemer? Oppmerksomheten og konsentrasjonen min var borte. Jeg klarte ikke å fange innholdet i en faglig tekst. Tror kanskje mine kollegaer opplevde meg som kranglete og tverr. Jeg unngikk å møte kjente på bussen hjem, for jeg hadde ikke energi til å konversere. Jeg var sliten. Hjemme klarte jeg ikke å gjøre stort annet enn det aller mest nødvendige av husarbeid og gi litt oppmerksomhet til tenåringsdøtrene våre og mannen min. Utbrent. Jeg likte ikke ordet.

Guri ble sykemeldt i tre måneder. Hun trengte å gjøre noe annet. Det ble ett år på barneavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

– Men jeg kom tilbake. Måtte tilbake til Sentrum helsestasjon som jeg hadde permisjon fra. Her går de faglige diskusjonene høyt og arbeidsmiljøet er godt. Nå er jeg «back to basic», nå er det kjerneområdene jeg jobber med. Jeg har konsultasjoner på helsestasjonen. Faget har endret seg mye i de 20 årene. Vi job-

ber mer systematisk og målrettet. Det er flere metoder tilgjengelig i arbeidet vårt. Spesielt er jeg fornøyd med at vi kartlegger mødres psykiske helse, gjennom EPDS.

Når jeg ber kollegaer om å fortelle noe om Guri, kommer superlativene haglende: «Guri er et JA-menneske, og hun gir mye av seg selv. Hun er en helsesøster som kan kalle en spade for en spade. Hun er glødende interessert i faget, og hun har bred erfaring. Hun er lun og morsom, med et blick og en sans for gode historier. Hun er lite selvhøytidelig, og så er hun litt fandenivoldsk! Hun har en evne til å være tilstede, og hun er interessert i mennesker og i historien bak menneskene. Hun bryr seg om andre, og flink til å se det positive. Hun er dyp og ei helsesøster med mye viten.»

En kollega sier det slik: «Jeg ser for meg fjellet Stetind i Tysfjord; verdens fineste naturlig obelisk. Guri er som en feminin bauta fra Nordland; stødig og uredd!»

– Her var mye pent, Guri, og nå lurer jeg på, er det noen av disse egenskapene som du tenker er viktig når du skriver?

– Jeg tror nok at det at jeg blir beskrevet som dyp kan ha et poeng; det å reflektere tenker jeg iallfall selv er viktig. Jeg kan nok iblant velge å kalle en spade for en gravemaskin, men gjør det i andre fora enn i spalten. Faglig engasjement er bestemt avgjørende! En uttalelse som



Foto: Line Sørensen

Av Merete Nypan
helsesøster.



Tekst Merete Nypan Foto Mark Ledingham, Tromsø kommune

Guri Midtgard

Aktuell: Ble i år utnevnt til Årets helsesøster i Troms fylke, og fikk tildelt Den gylne penn.

Utdanning: Sykepleier, helsesøster

Yrke: Helsesøster og skribent

Alder: Født i 1956 i Tysfjord, Nordland



DEN GYLDNE PENN: Guri Midtgard med diplomtet som viser at hun fikk utmerkelsen Den gyldne penn i år.

gledet meg å høre en gang, var at jeg skriver på en slik måte at de det gjelder føler seg vel. Det er veldig i tråd med hvordan jeg vil det skal oppleves.

Kollegaene har også tanker om hvordan Guri skriver. Bortsett fra at hun trykker frem de mest poengterte sangene til jubilantkollegaer og ellers ved behov for en trall med litt tryll i, så er det flere som anmerker hvor lett og fint språk hun har når du skriver innleggene i spalten. Og de tenker at det er et språk som når folk flest. Det er aldri noen moraliserende pekefinger, men fokus på tema og situasjoner som folk flest kan kjenne seg igjen i – i hverdagsliv med sine håpefulle, både barn og unge.

– *Hva var avgjørende for at du begynte å skrive spalten?*

– På grunn av helsemessige forhold

hadde jeg behov for tilrettelagte arbeidsoppgaver. Tiden var moden for at en gammel idé skulle bli realisert, og for ett år siden ble ideen om spalte i lokalavis i Tromsø tydeligere. Det ble «ja» både i avisa og hos mine ledere. «God skolestart» var den første tittelen, på første skoledag i august. Siden har det blitt omtrent 30 temaer. Også andre helsesøstre har skrevet.

– *Hvorfor skulle en helsesøsterstemme plutselig gi lyd fra seg?*

– Fordi vi har så mye på lager! Jeg er stolt av kompetansen vi har i helsesøstergruppen, og jeg blir daglig inspirert av faglige diskusjoner, på pauserommet, møter og ellers når vi stikker nesene sammen. Vi har kort sagt mye å melde til vår barnerike befolkning! Dessuten tror jeg at informasjon gjennom tekst kan nå ut til mange. Den kan leses når

leseren er klar for det og leses flere ganger. Muntlig informasjon på for eksempel helsestasjon har begrensninger, og av og til umulig å ta inn for mor eller far samtidig som barnet fomler og ikke får tak i brystet, eller at toåringen tripper og vil på do.

Hun har også noen egne historier.

Vonde og vanskelig livserfaringer hvor hun fant god trøst og støtte i det å skrive dikt.

– Det er åtte år siden nå. Da skjedde det som jeg ikke hadde tenkt kunne skje med mitt barn. Kristine var tjue år gammel da hun døde. Vi tror at det var et valg hun tok. Så fikk jeg også kjenne på dyp sorg og savn.

Guri forteller at det ble kaos. Så mange spørsmål, så få svar.

– Jeg måtte finne ordene. Oppsøkte biblioteket, leste dikt. Poesien la seg ved siden av mine opplevelser og følelser, men jeg fanget dem ikke helt. Jeg måtte finne ordene selv. Så kom diktene fra egen penn. De ble gode, for meg. Det var som å gå til en minnestein. Flere ganger i uken logget jeg meg inn til diktene om datteren vi mistet.

Guri fikk god støtte fra familie, venner og kollegaer. De lyttet, de bakte, sendte sms. De visste at slik sorg varer.

– Det hersker fortsatt tabuer rundt selvmord. De ligger i kulturen vår. Likevel er det lettere å være åpen som pårørende nå, enn for få tiår siden. For oss var det en selvfølge. Vår åpenhet hjalp oss, og den hjalp andre til å møte oss.

Spørsmål om skyld dukket opp, forteller Guri.

– Hvilken mor hadde jeg vært? Jeg

Skulle jeg dyngge meg ned i skyld? Nei, jeg frikjente meg selv.

GURI MIDTGARD

gikk gjennom Kristines liv, og lette etter de sårbare overgangene; hvor var det at det begynte å utvikle seg uheldig? Når burde jeg ha valgt annerledes for henne? De kvernet en stund, spørsmålene. Jo, jeg kunne ha handlet annerledes på flere områder; vært mildere, strengere, mer tilgjengelig, tydeligere. Jeg kjente likevel at jeg hadde god samvittighet. Og skulle jeg la fordømmer dyngge meg ned i skyld? Nei, det endte med at jeg frikjente meg selv.

– **Dessverre hører jeg** at mange som mister et barn på denne måten dømmer seg selv hardt, sier Guri, og fortsetter: – Jeg vet om helsepersonell som degraderer seg selv i yrket sitt fordi barnet deres tok dette valget. Er man ikke troverdig lenger som utøver i et helsefag når eget barn velger utgangen? Også min identitet som helsesøster ble nådeløst gjennomgått: Som helsesøstermamma burde i hvert fall jeg kunnet løse egen datter trygt gjennom barndoms- og ungdomstid. Hvilken helsesøster er jeg etter dette? Igjen fant jeg styrkende svar; jeg er en klokere helsesøster nå.

Hun har tro på helsefremmende og forebyggende arbeid.

– Denne troen var grunnlaget for at jeg valgte å bli helsesøster. Jeg tror foreldreengasjement og sensitiv omsorg er viktig for at barn og ungdom skal utvikle en god psykisk helse. I spalten Helsestasjonen fokuserer jeg også på dette. Men et spørsmål lurar: Tror vi helsesøstre at alt kan forebygges?

– Et ordtak fra indianerne sier at «Det skal en hel landsby til for å oppdra et barn». Jeg tenker at det er mange som

påvirker barnet gjennom oppveksten. Foreldrenes innsats er det viktigste, men det er også forhold som står utenfor foreldrenes kontroll. Dette siste er ikke helsevesenet flink å fokusere på. Ved skjev utvikling hos barna er vi snare til å peke på foreldrene. Som helsesøstre er vi overeksponerte for slik tenkning. Skyldfølelse kan lett trigges. Derfor er jeg glad for den erkjennelsen og tryggheten jeg bærer.

Tapet av datteren Kristine har påvirket Guri i stor grad, men hun har en datter til, Sigrid på 26 år, som følger drømmene sine og ofte sender postkort fra eksotiske reisemål. Til våren er hun ferdig med sin utdanning og står på terskelen til yrkeslivet.

– Og så er jeg mamma til Frida på åtte år, som er Kristines datter. Hun kommer ofte med lure tanker og påfunn, som her om dagen da hun gikk hjem fra skolen og fant ut at hun måtte ta 998 skritt før hun nådde døra hjemme. Kjekt å vite.

For oss med mer eller mindre lam-mende skrivesperre, er det en imponerende produksjon Guri utviser, når du hver onsdag leverer en ny interessant og lærerik artikkel.

– Med 20 år som helsesøster er det ikke vanskelig å finne temaer. Vi dekker et bredt faglig område fra somatisk, psykisk og sosial helse. Barna og familiene som temaene omhandler dukker opp fra disse årene. Jeg kan lett huske ordvekslinger, mimikk, stemninger, følelsesuttrykk. Dette prøver jeg å bringe inn i tekstene, for å skape liv. Det dukker opp situasjoner og undringer i lag med

foreldre på helsestasjonen, men også tidsaktuelle tema synes jeg er viktig.

– *Hvilke tilbakemeldinger får du; fra fagfolk og lekfolk?*

– Fra lekfolk får jeg høre at de leser den ukentlig, det er både privat og på helsestasjonen at jeg hører dette. Ei voksen dame fortalte at hun klypte artiklene ut og sendte de til sin datter sørpå som er småbarnsmor. Barnehagepersonell gir positive tilbakemeldinger og personell innen psykisk spesialisthelsetjeneste er entusiastisk. Flere faggrupper har ønsket å komme inn i spalten.

– *Hvordan klarer du å opprettholde motivasjon?*

– Dette er det artigste jeg gjør!

DIKT

Dette diktet skrev Guri Midtgard til sin avdøde datter:

Spør

Jeg ser deg

I jenta som koser med katta
I henne som hopper av bussen
I bokanmeldelsen i avisa
I humoren under tv-programmet

Sånn ville du ha sagt det
De faktene lignet dine
Den ville du anbefalt meg å lese
Her ville du ha ledd og spilt med

Ny metode for å vurdere tempe

Å kartlegge barnets temperament kan være nyttig i barneoppdragelsen. Et nytt skjema kan hjelpe helsesøstre og foreldre å vurdere temperamentet.

Hvordan dannes inntrykkene våre av andre mennesker? Inntrykksdannelsen i møter med ukjente mennesker skjer hurtig, og fremtredende atferd kan ha en tendens til å dominere oppfatningen vår. Vi er raske med å tenke at «han er dominerende» eller «hun er blid» basert på korte inntrykk. Slike merkelapper har en tendens til å bli relativt stabile personoppfatninger, inntil vi blir bedre kjent og oppdager at den båsen vi har satt vedkommende i kanskje slett ikke yter rettferdighet. Vi har alle erfart hvordan vi har måttet revurdere våre oppfatninger – til dels kraftig – når vi har lært andre mennesker å kjenne bedre.

Beskrivelser av andre individer kan aldri bli helt objektive fordi de er avhengige av vår spesielle relasjon til den andre. Imidlertid forsøker vi så godt vi kan å være tilbakeholdne med å velge betegnelser som låser oppfatningene. Diagnoser er særtilfeller, siden de representerer kategorier som lett kan bli omfattende. Av den grunn sier vi at «han har epilepsi» og ikke at «han er epileptiker». Men hvordan er det når vi kommer inn i det mentale landskapet? Og spesielt når vi får kjennskap til at en person har en diagnose som vi ikke synes er positivt, som for eksempel en personlighetsforstyrrelse? Eksemplet er valgt fordi personlighetsforstyrrelser er relativt vanlig – mellom 10 og 14 prosent av normalbefolkningen er rammet (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001).

Personlighetsforstyrrelser er interessante fordi det vanligvis er gradforskjeller som skiller en forstyrret personlighet fra det normale. Men når en personlig-

het blir forstyrret har ofte dette en lang historie, og må ses i sammenheng med den tidlige utviklingen, hvor blant annet barnets temperament hører med i det store bildet. Temperament handler om atferdstilbøyeligheter som er relativt stabile, og som er et viktig grunnlag for den voksne personlighet. Personlighet omfatter på sin side et stort erfaringsgrunnlag i tillegg til det mer basale temperamentet. Men for å forstå forholdet mellom temperament og personlighet trenger vi en utviklingsmodell. Ifølge transaksjonsmodellen er utvikling en prosess som barnet selv påvirker helt fra begynnelsen av, ut fra sine unike egenskaper – som omsorgsgivere svarer på ved sin egen atferd – og som innebærer gjensidig påvirkning over tid (Smith & Ulvund, 1999). Atferdstilbøyeligheter eller trekk som er fremtredende tidlig i livet kan i løpet av denne prosessen modifiseres eller forsterkes på positive og negative måter. Vi kan derfor spørre oss: Var den opprinnelige atferdsstilen avvikende? Finnes det betegnelser på slike tidlige atferdsmønstre som ikke fungerer som negative merkelapper?

Barnets temperament påvirker foreldre. Psykiaterne Stella Chess og Alexander Thomas var pionerene innenfor den kliniske anvendelsen av temperament. De identifiserte ni biologisk baserte temperamentsdimensjoner i sin «New York Longitudinal Study» (NYLS): 1. Aktivitetsnivå, 2. Tilnærming-tilbaketreking, 3. Tilpasning, 4. Sensorisk terskel (sensitivitet), 5. Intensitet, 6. Stemningsleie, 7. Regelmessighet, 8. Distraherbarhet, og 9. Oppmerksomhetsspenn/vedvarenhet (Chess & Thomas, 1986). Resultatene



Av Kåre S. Olafsen
dr. philos., psykolog-
spesialist Åsebråten
barne- og ungdoms-
psykiatriske klinikk

rament

■ Ny metode testes ut

- Et nytt skjema for å kartlegge barns temperament skal prøves ut i Norge.
- Foreldre bruker skjemaet i samarbeid med fagperson, for å kartlegge barnets temperament over tid.
- Skjemaet kan bli aktuelt å bruke på helsestasjoner.



Foto: Colourbox

NYSGJERRIG ELLER RESERVERT? Eller kanskje litt av begge deler? Temperamentet er en viktig del av personligheten.

fra NYLS var viktige fordi den viste at barn hadde en egen atferdsstil som påvirket foreldrene allerede fra den tidlige utviklingen. For oss kan dette virke selvfølgelig, men helt opp til 1980-tallet var den dominerende forklaringen at miljøet (dvs. foreldre) hadde hovedansvaret for barnas atferdsmessige utvikling. Når barn utviklet ulike psykiske problemer var det foreldrene som var årsak – noe som naturlig nok gjorde foreldrene til syndebukker. Chess og Thomas viste at noen temperamentsdimensjoner kunne

disponere for problemer, som når de minste barna var uregelmessige med hensyn til søvn, måltider og naturlige funksjoner, når de trakk seg tilbake fra nye mennesker og situasjoner, når de brukte lang tid på overganger, når de var negativistiske, og når de var intense i sine reaksjonsmåter. Foreldrene i NYLS hadde oftest store utfordringer i samspillet med barna når flere av disse atferdstendensene opptrådte sammen. Imidlertid hadde temperamentsdisposisjonene ulik effekt i ulike miljøer, og på bakgrunn av

Det som er avgjørende er hvordan miljøet står i samsvar med den unike stilen til det individuelle barnet.

disse observasjonene formulerte Chess og Thomas det viktige begrepet «goodness of fit» (gjensidig tilpasning). For eksempel kunne et høyt aktivitetsnivå hos et barn være helt uproblematisk dersom familien hadde store bo- og utearealer. Imidlertid kunne et barn med samme temperamentsuttrykk være problematisk for en trangbodd familie med lite tumleplass i storbynabolaget. Den kliniske nytten av begrepet er dermed åpenbar: Gjennom en kartlegging kan man tilrettelegge miljøet slik at det er mest mulig gunstig overfor barnets relativt stabile temperamentsprofil. Da er det bare å gå i gang og bruke temperamentsteori i praksis. Eller?

Når blir et høyt aktivitetsnivå til hyperaktivitet? Da jeg begynte å arbeide i sped- og småbarnsfeltet forsøkte jeg å finne metoder for å vurdere temperament hos de minste barna. Tanken var at et slikt verktøy kunne være nyttig i en veiledningssammenheng, og for å supplere andre samspillmetoder. Det som tiltrakk meg ved temperamentsteori var at her hadde man et språk for den store variasjonen i atferdstilbøyligheter og et språk som kunne beskrive det atferdsmessige særpreget til det enkelte barn. Gjennom lesning av litteraturen slo det meg at her var det perspektiver som kunne utfordre patologioppfatninger av barns atferd. Når blir for eksempel et høyt aktivitetsnivå til hyperaktivitet? Når blir distraherbarhet til oppmerksomhetssvikt? Når blir sjenanse til sosial angst? Poenget er at alle disse temperamentsdisposisjonene potensielt kan føre til diagnostiserbare problemer, men det som er avgjørende er hvordan miljøet står i samsvar med den unike stilen til det individuelle barn, altså den gjensidige tilpasningen. Dette krever at man oppfatter og er sensitiv til det enkelte barns temperament.

For å kunne vurdere temperament hos de minste barna trenger man altså et kartleggingsverktøy. Men det viste seg at enkle spørreskjemaer som kunne egne seg til praksisbruk var en mangelvare. Jeg kom over et kort spørreskjema for praktikere utviklet på et ikke-kommersielt, idealistisk grunnlag i Oakland, California (Cameron & Rice, 1986). Under et besøk for å undersøke hvordan temperamentsinformasjon

brukes i praksis kom jeg i kontakt med Helen Neville, som er sykepleier og «temperament counselor» innenfor et av de største helseforsikringselskapene i USA (Kaiser Permanente). Gjennom å observere henne mens hun ga veiledning til foreldre basert på temperamentsskjemaet, så jeg muligheten for et systematisk veiledningsarbeide overfor sped- og småbarnsfamilier i vår hjemlige kontekst i Norge. Ved bruk av dette spørreskjemaet, så foreldrene fyller ut, vil helsestøteren kunne dra vekslers på foreldres observasjoner av sitt eget barns temperament i enkle dagligdagse situasjoner [eksempler: «Barnets mest aktive periode kommer på samme tid hver dag»; «Barnet reagerer på små berøringer (skvetter, vrir seg, ler, gråter)»]. På denne måten kan man få en oversikt (en «profil») over barnets temperament. I det første leveåret omfatter dette hvor sensitiv barnet er når det gjelder berøring, syns- og lydinntrykk; motorisk aktivitetsnivå; hvor intenst det reagerer på nye inntrykk; om barnet tåler frustrasjoner; hvordan det tilpasser seg overganger; hvor regelmessig barnet er med hensyn til søvn, spising, naturlige funksjoner, samt hvor lett barnet lar seg trøste. Profilen som fremkommer over barnets temperament gir altså et utgangspunkt for en individualisert veiledning. Siden veiledningen bygger på foreldrenes egen rapport av barnets typiske atferd, er brukermedvirkningen tatt vare på. Det planlegges en større utprøving av dette skjemaet på norske forhold, noe som vil kunne danne grunnlag for å ta det i bruk på helsestasjoner.

Miljøet avgjør om temperament blir positivt eller negativt. Gjennom tiårene har det kommet mye forskning som viser at ulike temperamentsdimensjoner spiller en viktig rolle i den tidlige problemutviklingen (se sammendrag i Degnan, Almas, & Fox, 2010; Nigg, 2006). For eksempel er dokumentasjonen på forbindelsen mellom sjenanse og sosial angst betydelig (se for eksempel Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards, & Sweeney, 2005; Rubin & Coplan, 2010). Sjenanse er et temperament som er karakterisert ved atferdsmessig hemming, forsiktighet og lav grad av tilnærming overfor ukjente mennesker. Dette er ikke problematisk i seg selv i likhet med andre temperamentsdisposisjoner vi møter verden med. Folk med et sjenert temperament kan ofte være sosialt sensitive mennesker, og dermed oppfattes som omtentksomme og behagelige av omgangskretsen og sine venner (Flaten, 2010). De ulike temperamentsdisposisjonene kan alle ha positive aspekter og være en ressurs for individet, gitt at den gjensidige tilpasningen er god. Og siden

flere temperamentsmønstre er tydelige allerede i det første leveåret, kan det å sørge for en god gjensidig tilpasning mellom barnet og foreldrene være et godt forebyggende helsearbeide. Ved samspillsvansker kan foreldre ha mistet sensitiviteten overfor barnets temperamentsmessige særpreg, eller kanskje ha fordreide og negative forestillinger om barnets bidrag. Samspillsveiledning, hvor temperamentsinformasjon er inkludert, kan i den tidlige fasen bidra til å korrigere forestillingene om barnets egenskaper, og således bane vei for en oppdragelse som står i samsvar med barnets atferdsmessige individualitet. Forskning har vist at foreldres sensitivitet kan økes ved en avgrenset veiledning i den tidlige utviklingen. Sentralt i en slik veiledning er nettopp bevisstgjøring av barnets unike atferdsmessige bidrag (Olafsen, Kaaresen, Handegård, Ulvund, Dahl, & Rønning, 2008; Papoušek, Schieche, & Wurmser, 2008). Helsestasjonen kan være en viktig arena i et slikt forebyggende arbeid.

Referanser

- 1 Cameron, J.R., & Rice, D.C. (1986). Developing anticipatory guidance programs based on early assessment of infant temperament: Two tests of a prevention model. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 221-234.
- 2 Chess, S., & Thomas, A. (1986). *Temperament in clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- 3 Degnan, K.A., Almas, A.N., & Fox, N.A. (2010). Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 51, 497-517.
- 4 Flaten, K. (2010). *Barn med sosial angst og sjenanse*. Oslo: Kommuneforlaget.
- 5 Nigg, J.T. (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 395-422.
- 6 Olafsen, K. S., Kaaresen, P. I., Handegård, B. H., Ulvund, S. E., Dahl, L. B., & Rønning, J. A. (2008). Maternal ratings of infant regulatory competence from 6 to 12 months: Influence of perceived stress, birth-weight, and intervention. A randomized controlled trial. *Infant Behavior & Development*, 31, 408-421.
- 7 Papoušek, M., Schieche, M., & Wurmser, H. (2008). *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life*. Washington, DC: Zero to Three.
- 8 Rapee, R.M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 488-497.
- 9 Rubin, K.H., & Coplan, R.J. (2010). *The development of shyness and social withdrawal*. New York: The Guilford Press.
- 10 Smith, L., & Ulvund, S. E. (1999). *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- 11 Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.

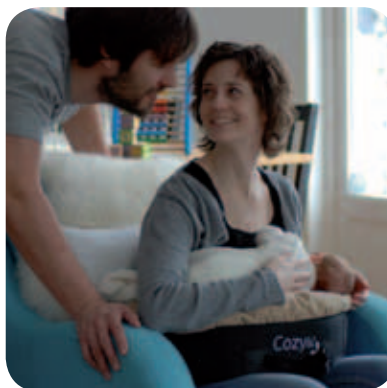
Cozyfix®



LUKSUS AMMEPUTEN

..som gir de beste forutsetninger for en trygg og problemfri amming!

- Ammeputen festes med beltet rundt midjen på mor og gir ekstra tett kontakt mellom mor og barn.
- Faren for såre brystvorter minskes når barnet ligger riktig inntil mors bryst.
- Optimal støtte til morens armer - forhindrer spente og såre nakkemuskler.
- Air-mesh stoff der puten er i kontakt med mor - absorberer svette.
- Utviklet med innspill fra ammeeksperter og barnefysioterapeut. Er blitt testet ut på Norsk sykehus over to år.
- Øko-Tex godkjent.



COZYfix distribueres av
BabyDan®

Kontakt Carsten Poulsen
på cpo@babydan.dk
eller tlf. 918 33 290.

Mer informasjon om våre produkter
og forhandlere finnes på
www.babydan.no

NYHET

Ideen til COZYfix ammepute oppstod da jeg opplevde store problemer med å amme min lille nyfødte baby. Jeg fikk krampe i nakkemusklene og ømme armer på grunn av den anstrengte og ansente ammetillingen. Babyen min fikk ikke ordentlig tak når den ble ammet, og brystene mine ble svært ømme og følsomme. I denne perioden prøvde jeg ut utallige ammeputer for å lette ammingen, men alle uten merkbare resultater.

Gjennom disse erfaringene og problemene oppstod ideen til COZYfix ammepute. Ideen gikk ut på å skape et funksjonelt produkt som kunne løse problemet, og som samtidig var et produkt av svært høy kvalitet med en god og tiltalende design.

Edith Halberg

Raskere meldinger kan gi bedre tjeneste

Det elektronisk meldingssystem ELIN-h kan gi bedre og raskere meldinger om fødsel mellom spesialisthelsetjenesten og helsestasjon. Målet er at det skal styrke pasientsikkerheten.

Forprosjektet om ELIN-h er nå avsluttet. Overordnet mål med det elektroniske meldingssystemet er å styrke pasientsikkerheten ved at nødvendige helseopplysninger umiddelbart er tilgjengelig for rett helsepersonell når mor og barn har behov for hjelp. Prosjektet omhandler elektronisk meldingsutveksling etter fødsel via Nasjonalt helsenett (NH) og utarbeidelse av forslag til nasjonal standard for fødselsmelding.

Skal gi bedre samhandling

Helsestasjoner har lang erfaring med elektronisk pasientjournal (EPJ). Det er flere leverandører for programvare til helsestasjoner. Samhandling via helsenett er etterspurt ved helsestasjonen. Behovet for elektronisk samhandling er ytterligere aktualisert nå, når liggetid på barsel stadig kuttes og det dermed er økende behov for tidlig hjemmebesøk. Nye retningslinjer for oppfølging av for tidlig fødte barn, retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt amming, tilsier at helsesøster skal tidligere i kontakt med den nyfødte og familien. I dag kan det ta en uke eller mer fra fødsel før helsestasjonen mottar fødselsmelding. Hjemmebesøket blir forsinket eller de første kontaktene kan være basert på manglende eller mangelfulle opplysninger om barnet, noe som er uheldig faglig sett. ELIN-H har som mål å sikre mor og barns rett til helsehjelp ved en raskere og bedre informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og helsestasjonen.

Organisering

ELIN-h prosjektet er opprettet etter et initiativ mel-

lom Norsk sykepleierforbund og Stavanger kommune. Prosjektet er forankret i myndighetenes strategi for IKT i helsesektoren, som Samspill 2.0, KS strategi og handlingsplan for IKT i helse og omsorg, NSF's eHelsestrategi, Nasjonalt meldingsløft og Samhandlingreformen. Prosjektet er delt i et forprosjekt og et hovedprosjekt.

Forprosjektet har vært organisert i en styringsgruppe, prosjektgruppe og redaksjonsutvalg/referansegruppe. Deltakere i prosjektgruppa har, i tillegg til representanter fra KITH og prosjektleder, bestått av representanter fra Barnesykepleierforbundet, Den Norske Jordmorforening, Den norske legeforening, Gynekologisk forening - Dnlf, Jordmorforbundet NSF og Landsgruppen av helsesøstre NSF

Målet med forprosjektet

Prosjektgruppa startet arbeidet juni 2009. Hovedmålet for forprosjektet har vært å kartlegge, beskrive og koordinere de helsefaglige krav til elektronisk kommunikasjon mellom helsestasjonstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten i forhold til helsefaglig innhold og struktur, samt brukervennlighet og funksjonelle krav. Og utarbeide forslag til nasjonale standarder for elektronisk samhandling.

Standardiserte meldinger

Prosjektgruppas arbeid har omhandlet fødselsepikrise. Denne skiller seg fra andre epikriser ved at en person innlegges og to skrives ut. I tillegg er den nyfødtes identitet knyttet til mors og fars navn og personnummer. Dette stiller spesielle krav til meldingen om fødsel. Tidlig i forprosjektet ble en enig

Foto: Johan Alvik



Av Karen J. Jægtnes
Medlem av prosjektgruppa ELIN-h. Styremedlem LaH NSF



Colourbox

GOD INFORMASJON: Det elektroniske meldingssystemet ELIN-h kan med tiden gi helsepersonell rask og relevant informasjon om mor og barn.

om to epikriser: «Fødselsepikrise for nyfødt barn» og «Fødselsepikrise for mor».

Det kartlegges at de fleste fødeinstitusjoner har EPJ, hvor opplysninger om fødsel registreres. Journalen danner grunnlaget for hva som meddeles videre via en epikrise. Alle fødeinstitusjoner sender en melding i papirformat til helsestasjonen når barnet utskrives fra fødeinstitusjonen. Både innhold og format er ulikt. Noen sender en melding i papirformat på mor og barn. Noen har to meldinger, en på mor og en på barnet, men sender kun melding om barnet til helsestasjonen. Det er også ulik praksis på melding om mor til samarbeidende personell, jordmor og fastlege. Noen sender epikriser om mor kun ved sykdom, andre for alle fødende. Mye helseinformasjon finnes strukturert i fødesystemene, men systemene er ikke tilrettelagt for at data kan hentes ut automatisk i en fødselsepikrise. Jordmor må derfor skrive manuelt i journalsystemet for å utarbeide fødselsepikrise. Ved ukomplisert fødsel (ca.70 prosent) utarbeider jordmor fødselsepikrisen. Ved komplisert fødsel utarbeides fødselsepikrisen av fødselslege og jordmor.

For å få belyst informasjonsbehov i fødselsepikrisen har prosjektgruppen brukt «case». Utfordringer knyttet til dokumentasjon av helseinformasjon om 3.person i journalen, ble belyst i en ekstra omgang. Det vil si dokumentasjon som omhandler bekymring relatert til foreldres omsorgsevne og/eller medisinske opplysninger ved foreldre, som kan ha betydning for barnets helse og omsorg. Det har vært fokus på strukturert informasjon. Både helsestasjon og fastlege kan gjenbruke informasjon fra fødselsepikrisen, når den er i strukturert form. Forutsetningen er at det

Om ELIN-h

- ELIN-h står for ELEktronisk INformasjonsutveksling i Helsestasjonstjenesten. Det er et samarbeidsprosjekt mellom NSF og Stavanger kommune, og omhandler elektronisk informasjonsutveksling mellom helsestasjon, fastleger og spesialisthelsetjenesten.
- Prosjektet er inndelt i et forprosjekt og et hovedprosjekt. Forprosjektet er nå avsluttet. Forprosjektets oppgave var å kartlegge informasjonsbehov og -flyt, samt å beskrive faglige krav til innhold, struktur og presentasjon av informasjonen som skal utveksles. I hovedprosjektet skal resultatene fra forprosjektet implementeres i leverandørsystemene, samt at løsningene skal testes, godkjennes og piloteres. Hovedmålet for prosjektet er å bidra til mer samhandling og bedre tilgang på nødvendig helseinformasjon.

er tilrettelagt i mottakers programvare. Strukturert informasjon vil øke kvaliteten ved elektronisk samhandling ved at en unngår manuell registrering, og dette frigjør ressurser. Ved elektronisk informasjonsutveksling, kan meldingen inneholde et oppsett med obligatoriske felter. Jordmor på fødeinstitusjon vil dermed i mindre omfang kunne skrive en epikrise med mangelfull informasjon. Det vil sikre at nødvendig og kritisk informasjon overføres. Standardiserte meldinger med obligatoriske felt i meldingen vil øke kvaliteten på helseinformasjonen.

Det finnes ikke tall på tidsbruk ved å sende, motta og distribuere papirmeldinger. Erfaringer er at det kan gå opp til tre uker etter fødselen før helsestasjonen mottar meldingen. Det finnes heller ingen oversikt over meldinger som ikke blir sendt eller mottatt. Barseltiden på sykehus er redusert de siste årene og er omtrent tre dager som gjennomsnitt for førsteangsfødende og én til to dager for flegangsfødende. Dette krever tidligere oppfølging av helsestasjonene i barseltiden. Dette understøttes som tidligere nevnt i myndighetenes føringer.

Kartlagt infobehov

Prosjektet har også kartlagt informasjonsbehovet mellom de ulike samhandlingspartnere i et føde- og barselforløp. Det vil si nasjonale tjenester som mottar informasjon fra kliniske tjenester, som SYSVAK, medisinsk fødselsregister, folkeregister, nyfødt screening, og også kommunale tjenester som for eksempel barnevern, sosialtjenester og andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

I samarbeid med KITH er det utarbeidet tre krav-

spesifikasjoner til leverandører. Forslagene har vært på bred høring våren 2010. Det er kommet innspill fra myndigheter, kommuner, sykehus og fagorganisasjoner. Kravspesifikasjonene er justert i forhold til høringssvarene.

Tilbakemeldinger

Tilbakemeldingene fra høringsinstansene til ELIN-h forprosjekt viser både stor interesse for og etterspørsel etter prosjektet. Høringsinstansene støtter opp om gjennomføring av et hovedprosjekt. «Nytte og kostnadsanalyse av elektronisk epikrise for nyfødt barn og mor» viser i sin anbefaling til at arbeidet i prosjektet har avdekket behov for å gjennomføre tiltak raskt. Videre at utarbeidet krav synes å sikre kvalitet på helseopplysninger som utveksles, bruk av felles nasjonal mal og at man imøtekommer helsepersonells behov for informasjonsutveksling på en best mulig måte og er i henhold til intensjonene med Samhandlingsreformen. Det pekes imidlertid på at det er flere grunnforutsetninger som er uavklart. Det anbefales at prosjektet

får anledning til å videreutvikle løsningskonseptet før det implementeres, slik at grunnforutsetningene er avklart og usikkerheten er redusert.

Stavanger overtar

Det er inngått avtale mellom Norsk sykepleierforbund og Stavanger kommune, hvor Stavanger kommune overtar driftsansvaret for ELIN-h fra 2011, og viderefører hovedprosjektet. Ifølge «ELIN-h – Rapport forprosjekt» foreligger det forslag til hovedprosjektdirektiv. Mål for hovedprosjektet er at resultatene fra forprosjektet skal implementeres i leverandørsystemene. Deretter testes, godkjennes og piloteres.

Landsgruppen av helsesøstre NSF imøteser hovedprosjektet. Behovet for rask gjennomføring støttes, til beste for mor og barn ved at «nødvendig helseopplysning umiddelbart er tilgjengelig for rett helsepersonell når mor og barn har behov for helsehjelp».

LES MER

...på www.sykepleierforbundet.no kan du lese mer om forprosjektet og laste ned forprosjektrapporten som pdf.

Gardasil «Sanofi Pasteur MSD»

Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M01

INJEKSJONSVEKSE, suspensjon: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 20 Mg, type 11 L1-protein ca. 40 Mg, type 16 L1-protein ca. 40 Mg, type 18 L1-protein ca. 20 Mg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborater, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfat) 225 Mg, vann til injeksjonsvæske. **Indikasjoner:** Vaksine for bruk fra 9 år som skal forhindre premaligne genitale lesjoner (cervikale, vulva og vaginale) og livmorhalskreft som har årsakssammenheng med visse onkogene humane papillomavirus (HPV)-typer, samt kjønnsorter (condyloma acuminata) som har årsakssammenheng med spesifikke HPV-typer. Se forsiktighetsregler og egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet skal følge offentlige anbefalinger. **Dosering:** Primærvaksinasjon: 3 separate doser på 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. Ved alternativt vaksinasjonsplan gis den 2. dosen minst 1 måned etter 1. dosen, og 3. dose gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene må gis innen 1 år. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Barn <9 år:** Ingen erfaring. Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskul eller i det øvre anterolaterale området på låret. Må ikke injiseres intravaskulært. Hverken subkutan eller intradermal administrering er undersøkt, og anbefales derfor ikke. Det anbefales å fullføre vaksinasjonsplanen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, må det ikke gis flere doser. Vaksinerings utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinerings er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øre luftveisinfeksjon eller lett feber. **Forsiktighetsregler:** Beslutningen om å vaksinere en enkelt kvinne bør tas etter vurdering av risiko for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene 6, 11, 16 og 18. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuell overførsels sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på akutt HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervixcancer, høggradige cervix-, vulva- og vaginalcancerplaster eller kjønnsorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virus typer i vaksinen som kvinnen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Ved bruk hos voksne kvinner må variasjonen i prevalens for HPV-typer i ulike geografiske områder tas med i vurderingen. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Det foreligger ikke data om bruk ved svekket immunrespons. Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Med gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Varighet av beskyttelsen er ukjent. Vedvarende beskyttelseeffekt har vært påvist i 4,5 år etter fullført primær vaksinasjon på 3 doser. Ingen sikkerhets-, immunogenisits- eller effektivitetsdata støtter kombinasjon med andre HPV-vaksiner. **Interaksjoner:** Kan gis samtidig med hepatitt B-vaksine på annet injeksjonssted uten å forstyrre immunresponsen på HPV-vaksinen. Andel personer som oppnådde et beskyttende nivå av anti-HB f10 mE/ml ble ikke påvirket, men anti-HBs geometriske middelverdier var lavere når vaksinene ble gitt samtidig. Klinisk betydning er ukjent. Kan gis samtidig med kombinert booster vaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomycellitt uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. En trend til lavere anti-HPV GMT er observert ved samtidig administrering. Klinisk betydning er ukjent. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. **Grauiditet/Amming:** Overgang i placenta. Begrensede data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under grauiditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinerings bør utsettes til etter fullført grauiditet. Overgang i morsmelk. Kan gis til ammende. **Bivirkninger:** Svært vanlige (>1/10): Øyrie, erytem, smerte og hevelse på injeksjonsstedet, pyreksi. Vanlige (>1/100 til <1/10): Muskelskjelettsystemet. Smerte i ekstremitetene. Øyrie. Blåmerke og pruritus på injeksjonsstedet. Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000): Hud. Urticaria. Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent: Blod/lymfe. Lymfadenopati, idiopatisk trombocytopenisk purpura. Gastrointestinale. Kvalme, oppkast. Immunsystemet. Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner. Luftveier. Bronkospasme. Muskel-skjelettsystemet. Uspesifikk artritt/artropati, artralgi, myalgi. Neurologiske: Guillain-Barré syndrom, sømnelhet, hodepine, synkope, bilant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øyrie. Asteni, utmattelse, uvelhet. **Dverdosering/Forgiftning:** Symptomer: Ved overdosering er bivirkningsprofilen sammenlignbar med det som er observert ved anbefalte enkelt-doser. **Egenskaper:** Klassifisering: Rekombinant, adsorbent, ikke-infeksiøs fire-komponentvaksine med adjuvans, laget av høyreneste viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsid-proteinet hos HPV-typene 6, 11, 16 og 18. Produsert i gjærceller vha rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere eller forårsake sykdom. Virkningsmekanisme: HPV infiserer bare mennesker, men dyreforsøk med analoge papillomavirus anvender at L1 VLP-vaksiner beskytter ved å induisere en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de fire HPV-typene i vaksinen. Etter 3 år er beskyttelseeffekten mot HPV 6-, 11-, 16- og 18-relatert CIN 2/3 og AIS, VIN 2/3, VaM1 2/3 og kjønnsorter på ihu 99%, 100%, 100% og 99%. Krossbeskyttelseeffekt mot CIN 2/3 og AIS er også vist mot 10 ikke-vaksinertyper. Kombineret effekten på 23%, mens for HPV-31 alene er effekten på 56%. Det er ikke vist beskyttelse mot sykdom forårsaket av HPV-typer hos pasienter som er PCR- og/eller antistoffpositive før vaksinerings. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinerings tidspunktet. Terapeutisk serumkonentrasjon: Minimum beskyttelseeffekt er ikke identifisert. Innen 1 måned etter 3. dose er 99,9% an-tistoffpositive mot HPV 6, 99,8% mot HPV 11 og HPV 16, og 99,6% mot HPV 18. Immunogenitet har sammenheng med alder og anti-HPV-nivåer ved måned 7 og er merkbart høyere hos pasienter <12 år enn hos eldre. Eksakt varighet av immunitet etter primær vaksinasjon med 3 doser er ikke fastslått. Bevis på immunologisk hukommelse ble sett hos vaksinerte personer som var antistoffpositive mot relevant HPV-typ(e) før vaksinerings. Vaksinerte som fikk en tilleggsdose 5 år etter vaksinasjon, viste en hurtig og kraftig antistoffrespons (tegn på immunologisk hukommelse) som var større enn anti-HPV geometriske middelverdier observert 1 måned etter den 3. dosen. Basert på immunogenisits sammenligning kan en anta at vaksinen også har beskyttelseeffekt hos jenter 9-15 år. Immunogenitet og sikkerhet er vist hos gutter 9-15 år. Beskyttelseeffekt er ikke evaluert hos menn. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Må ikke fryses. Beskyttes mot lys. **Andre opplysninger:** Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. **Ristes godt før bruk.** Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten ispiseres visuelt for partikler og misfarging for injeksjon. Legemiddel skal kastes dersom det inneholder partikler eller er misfarget. Bruk den av de vedlagte kanylene til vaksinerings. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Sørg for at luftbobler fjernes fra sprøyten før injeksjon. Må ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel eller ufullførtmateriale skal behandles iht. lokale krav. **Pakninger og priser:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyle) 098722. Kr.1170,80. Godkjent SP.C16/08/2010. Sist endret: 17.11.2010



Keep smiling!

Uten parfyme
Uten parabener
Uten fargestoffer

Følsom barnehud fortjener den beste omsorg og pleie.

Med Bepanthen salve forebygger og pleier du tørr hud og røde barn rumpe. Bepanthen inneholder et virksomt stoff som omdannes til vitamin B5 i huden og er viktig for oppbyggingen av det ytterste hudlaget. Salven danner en beskyttende hinne uten å tette porene slik at huden får puste. Bepanthen salve er helt uten parfyme og fargestoffer og inneholder ingen parabener eller andre konserveringsmidler. Bepanthen kan også brukes til pleie av tørr hud, mindre overflatiske sår, lett solbrenthet og såre brystvorter.

Dokumentert effekt

Bepanthen kjøpes i apotek

www.bepanthen.no



Kvinner spiser grovest



Kvinner er mer opptatt av å spise grovt brød enn menn, antakelig fordi de anser dette for å være sunnest - og kanskje best. Menn foretrekker halvgrovt brød. Unge spiser mye grovt og halvgrovt, men er også den gruppen som spiser mest fine brødtyper. Det viser en undersøkelse som er utført av Statens institutt for forbruksforskning (Sifo) på oppdrag av Opplysningskontoret for brød og korn.

Her er flere resultater:

- Åtte av ti nordmenn spiser vanligvis brød til frokost og lunsj. Kun tre prosent spiser ikke brød til noen av dagens måltider.
- Vi bruker boller, vafler og kaker når vi skal kose oss og når vi ønsker å gi barna ekstra oppmerksomhet eller belønning. Barn og unge spiser mer søte bakervarer enn de andre aldersgruppene i Norge.
- Det ser ikke ut til at kritikken av karbohydratrike matvarer har ført til store endringer i folks syn på brødet ernæringsmessige verdi. Åtte av ti mener brødmat er sunt. Det var 71 prosent som mente de spiste omtrent samme mengde brød sammenlignet med for et par år siden, 10 prosent spiste mer og 16 prosent spiste mindre. Det var særlig kvinner og folk bosatt i Oslo som mente de spiste mindre brødmat.

Kilde: Statens institutt for forbruksforskning

Dalacin Pfizer

Antiinfektivum til gynekologisk bruk. ATC-nr.: G01A A10

VAGINALKREM 2%: 1 g inneholdt: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 20 mg, sorb. monostear., polysorb. 60, propylenglycol. 50 mg, acid. stearic., alcohol cetostearylic., cetylal., paraffin. liquid., alcohol benzylic. 10 mg, aqua steril. q.s. ad 1 g.
VAGITORIER 100 mg: Hver vagitorie inneholdt: Clindamycin. phosph. aeqv. clindamycin. 100 mg, adeps solid. q.s. ad 2,5 g.

Indikasjoner: Bakteriell vaginose.

Dosering: Vaginalkrem: En fylt applikator (5 g) intravaginalt hver kveld i 7 dager. Vagitorier: 1 vagitorie intravaginalt hver kveld i 3 dager.

Kontraindikasjoner: Hypersensitivitet for preparater som inneholder klindamycin, linkomycin eller hardfett (vagitorier).

Forsiktighetsregler: Før eller etter at behandlingen påbegynnes bør det tas laboratorieprøver for å teste på mulige andre infeksjoner som Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Chlamydia trachomatis og gonokokkinfeksjoner. Bruk av klindamycin intravaginalt kan gi økt vekst av ikke-følsomme organismer, spesielt sopp. Hvis betydelig eller langvarig diaré inntreffer, må legemidlet seponeres og nødvendig behandling gis. Betydelig diaré som kan opptre mange uker etter avsluttet behandling, skal behandles som om den er antibiotikarelatert. Moderat diaré avtar ved seponering av behandlingen. Samleie frarådes under behandlingen. Latekskondomer og latekspressar kan svekkes i kontakt med innholdstoffene i preparatene. Tamponger eller intimspray bør ikke anvendes under behandlingen. Sikkerhet og effekt er ikke undersøkt hos kvinner <16 år eller >65 år, gravide, ammende, kvinner med nedsatt nyre- eller leverfunksjon, kvinner med immunsvikt eller kollitt.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Preparatet anbefales ikke brukt i 1. trimester. Det er vist at bruk av klindamycin vaginalkrem hos gravide i 2. trimester og systemisk tilført klindamycinfosfat i 2. og 3. trimester ikke er assosiert med fosterskader. Vagitoriene kan derfor brukes under 2. og 3. trimester dersom det er et klart behov for det. Overgang i morsmelk: Ukjent. Preparatet bør ikke brukes under amning.

Bivirkninger: Hyppige (>1/100): Urogenitale: Vaginitt, lokal irritasjon, vaginal Candidainfeksjon. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Diaré, kvalme, forstoppelse, mavesmerter. Hud: Urticaria, pruritus, utslett. Urogenitale: Vaginal utflod, menstruasjonsforstyrrelser, smerter på applikasjonsstedet. Øvrige: Svimmelhet, hodepine, soppinfeksjoner.

Overdosering/Forgiftning: Se Giftinformasjonens anbefalinger for klindamycin J01F F01.

Egenskaper: Klassifisering: Klindamycinfosfat er en vannløselig ester av det semisyntetiske antibiotikum klindamycin. Virkningsmekanisme: Bakteriostatisk eller baktericid effekt ved å hindre bakterienes proteinsyntese. Klindamycin er vist å ha in vitro aktivitet mot følgende bakterier som er assosiert med bakteriell vaginitt: Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Mycoplasma hominis, Peptostreptococcus spp. Absorpsjon: Vaginalkrem: Ca. 4% (varierer mellom 0,6-10%) absorberes systemisk. Vagitorier: Ca. 30% (varierer mellom 6,5-70%). Oppbevaring og holdbarhet: Skal oppbevares <25°C. Pakninger og priser: Vaginalkrem: 40 g (tube m/7 engangsapplikatorer) kr 167,20. Vagitorier: 3 stk. kr 191,40.

Sist endret: 27.01.2004

E2010-1542

Pfizer AS - Postboks 3 - 1324 Lysaker
Telefon 67526100 - Telefax 67526192 - www.pfizer.no



Sopp eller bakteriell vaginose?

Kjennetegn²:

Soppinfeksjon

- Hvit, grynete utflod som ligner "cottage cheese"
- Sterk kløe, noe sårhet

Bakteriell vaginose



- Tyntflytende, **fiskeluktende utflod**
- Svie og kløe er mindre vanlig



Effektiv lokalbehandling av
bakteriell vaginose på
kun 3 dager¹
med Dalacin Vagitorier



Probiotika og antioksidanter – Hva kan vi spise

Hva kan vi spise for å ta vare på helsa og miljøet? Forvirringen er stor og økende - og det finnes ikke enkle svar.

Aret 1858 kom eventyrsamler, naturviter og gourmand P.Chr. Asbjørnsen hjem fra et studieopphold i Tyskland. Han hadde studert organisk kjemi, og blant annet lært om næringsstoffene og deres omsetning i kroppen. Asbjørnsen skrev boka Fornuftigt Madstel. Hensikten med boka var folkeopplysning om den riktige, vitenskapelig baserte matlagingen. Allmuen hadde til da spist graut uten å vite hvorfor.

Da maten mistet sin uskyld. Med viten om «stoffene» ble vårt forhold til maten forandret for alltid. Det har gått 150 år siden Asbjørnsens vitenskapelig funderte kokebok utkom. Ti tusenvis av prosesser og molekyler knyttet til

ernæring er kartlagt. Vi kan ikke se dem, men kan heller ikke se bort fra denne viten. Det er som en linse festet til øyeeplet: Fettinnholdet i godt smør, transfettsyrer i søte kjeks, juicens vitamin C -innhold. Maten grupperes og rangeres etter «stoffene». Maten har mistet sin uskyld.

Sunt og godt kosthold, liksom. Hva er mat? Hva er et kosthold? Hender det du som veileder sier til den unge familien: «Spis vanlig norsk mat, spis sunt og godt, så får du alt du trenger.» Dette er et paradoksalt utsagn. Det «vanlige norske kostholdet», altså det folk spiser, smaker sikkert godt, men det skaper jo sykdom. Er det da sunt?

En liten begrepsavklaring er viktig, en gang for alle: En gruppes kosthold er på et vis matens hva, når, hvor og med hvem. Det er måltidsrytme, høytid og hverdag, felleskap og avstand, tabu og tradisjon. Kostholdet er kultur, og kan også (men i stadig mindre grad) reflektere naturgrunnlaget som kyst, innland og breddegrad.

Begrepet «sunt» er et positivt konnotert begrep. Det har ikke noen «egentlig» betydning. Det brukes om sex, økonomi, hus, inneklime, lesevaner, drikker og tusen andre objekter

og vaner. Brukt om en matvare betyr det banalt sagt ikke annet enn at den inneholder stoffer som spiller en rolle i kroppen. «Sunn» kan også bety at vare ikke inneholder stoffer som kan virke ugunstig. Vanskelig? Begrepet sunn er som «normal»: Vagt på en effektiv måte, som filosofen Jon Hellesnes betegner det.

En gullgruve. Denne vagheten gjør «sunt» til en utømmelig gullgruve for mat- og helsekostindustrien, og for mediene. Nyere ernæringsforskning og avansert bioteknologi avdekker stadig nye prosesser og stoffer som «gjør noe der inne» og som mediene og matvareindustrien kaster seg over for å gjøre fete oppslag og god butikk på. Matindustrien griper anledningen begjærlig til å trylle fram nye produkter i firefar-gespapp: «Nå uten transfett.» «Juice med omega-3 fettsyrer og sink.»

Du kan verken se, føle eller smake kjøttets innhold av sink. Næringsstoffer må «komme til syne» gjennom ekspertene, som har kontakt med og innsikt i dette viktige og usynlige. Vitenskapsjournalisten Michael Pollan (2) sammenlikner dette med religionene: De har sitt paradisi og sitt helvete, sin smale sti til salighet og brede vei til fortapelse.



Foto: xxxxxxx

Av Vibeke Thorp

Cand.scient i ernæringsfysiologi. Hun har virket som høyskolelektor i Finnmark i 14 år og prosjektleder ved UIT i 4 år. Nå driver jeg foretaket NyFrisk!
www.vibekethorp.no

e i dag?

Ernæringsforskningen anvendt, har også begreper som «de snille/sunne» og «de slemme/usunne» næringsstoffene. Hvilke stoffer som spiller rollene, skifter med historien og den teknologiske utvikling av analysemetoder for å bestemme dem. Slemme stoffer har vært mettet fett fra sent 1960, spisset til transfettsyrer utpå 1990-tallet. Slemme stoffer av nyere dato er omega-6-fettsyrer og sukker. Snille stoffer har vært fiber, vitaminer, flerumettede fettsyrer, omega-3-fettsyrer, og nå antioksidanter.

Det offisielle ernærings-Norge har heller ikke funnet noe bedre ord enn sunn for det de vil veilede folk til – en livsstil som kan bidra til et langt og aktivt liv uten for mange plager.

Er helse utpekt som det eneste målet med å spise? Spiser vi ikke for samhold og fellesskap; for å markere identitet og forskjell, av rituelle og symbolske grunner? Er det sunt å være mange glade mennesker samlet til et stort felles måltid? Er det usunt å spise alene?

I ett jafs – hundre år med matpolitikk.

Aldri har vel tilbudet av matvarer vært større enn i dag. Vi liker å minne hverandre på at levealderen er høy, spedbarnsdødeligheten lav og viktige sykdommer tilnærmet utryddet i dagens Norge. Vi har det udelte privilegiet å bo i en velferdsstat, der det offentlig bryr seg om oss - helt ned til pålegget på brødskiva og mengden fargerike grønnsaker på tallerkenen. Det er bra, er det ikke?

Vi har lagt bak oss et hundreår med framvekst av velferdsstaten. Den radikale perioden i mellomkrigstiden forankret en skolehelsetjeneste, sikringskosten

og Oslo-frokosten. Den endte i den mer private matpakken; et (noe falmet) ikon for det norske kostholdet ennå i dag.

Etterkrigs-Norge bød på frislipp av sukker og margarin og mye deilig mat som satte sine spor i folkehelsen. Vi fikk en voldsom epidemi av hjertekarsykdommer som krevde liv, altfor unge liv.

1960- og 70-tallet ble kostholdsforskningens gyldne æra. Grunnlagsvitenskapen om spisevaner og måltidsmønstre, kvalitet og kvantitet i ulike undergrupper av befolkningen ble etablert her. Vitenskapelige metodediskusjoner pågår fremdeles.

Fram mot årtusenskiftet dreide fokuset fra riktig kosthold mot optimal ernæring. Ernæringsvitenskapen gikk dypere inn i «stoffene». Hormonene og deres sentrale rolle i næringsstoffomsetningen kom inn i debatten om det vi burde spise.

Listen over kostrelaterte plager og sykdommer blir stadig lengre.

Dr. Fedon Lindberg viste veien her. Har han fått rett til slutt?

Trygg mat har også vært et stort satsingsområde for offisiell ernæringspolitikk. Med hele verden som marked, øker også frykten for matbårne infeksjoner, rester av sprøytemidler og skepsis for fattige lands produksjonsformer.

Hvor står vi i dag? Statistikken for hjertekar-dødeligheten peker pent nedover. Ellers blir listen over kostrelaterte plager og sykdommer stadig lengre. Enkelte vil nøkternt hevde at noe skal vi jo dø av.



SØNDAGSFROKOST: Egg og bacon er en klassiker - men er det sunt? Ja, mener noen, mens andre sier nei.

Veiet – og funnet for tung. Hver femte ungdom under 15 år og den gjennomsnittlige 40-årige mannen i alle fylker er overvektige i dag. Økningen i diabetes 2 blant unge mennesker er stor

og «noe med tarm» er den hyppigste sykemeldingsgrunnen etter forkjølelsen. Muskel- og skjelettplager er også et folkehelseproblem. Et viktig moment er at muskler og skjelett er altfor lite i bruk. Totalbildet forteller om bevegelser bort fra et sunnere Norge, som visjonen het for få år siden.

Hva kan vi spise hvis vi er opptatt av helsen og av miljøet vårt? Hadde det bare vært ett enkelt svar på dette. Forvirringen er imidlertid stor og økende, ikke minst takket være mektige aktører som matvareindustrien, dagligvarekje-



Det er de med minst utdanning som spiser færrest epler.

dene, aviser og de nye sosiale mediene: Tusenvis av lavkarbo-bloggere finnes der ute. Det er nettstedet til potetens fremme og rakfisksens dyrkelse, det er raw-food bevegelser og detoxkurer. Alle – og ingen har rett.

Fett i kosten - og på kroppen. Av den rådende kostholdsdebatten å dømme, er fett det springende punktet. Fett er kilden til heftige disputer. Det er fortsatt en utbredt fettfobi i kulturen vår. Den er en rik kilde til inntjening hos oppfinnsomme matprodusenter.

Andelen fett i gjennomsnittskostholdet er redusert fra 1970-tallets vel 40 prosent til 30 prosent i dag, samtidig som vi snakker om fedmeepidemi og amerikanske tilstander i vektutviklingen hos nær sagt alle aldersgrupper og begge kjønn.

Når kompliserte vitenskapelige sammenhenger skal formes til enkle budskap, kan sentrale innsikter falle bort. Lavkarbo-trenden er vitenskapelig begrunnet i endokrinologien. Altfors mye melmat og sukker stimulerer insulinproduksjonen kontinuerlig. Insulin er et anabolt hormon som rigger til fettlagring.

Tilhengere av steinaldermat og lavkarbo-bevegelsen flesker til med mye fett av alle slag, bare fettkildene er naturlige. I de nyeste offisielle kostrådene velger en enda en gang å anbefale mindre fett i kosten, samtidig som det siver ut for den kyndige leser at fiskefett, nøtter, mandler og gode oljer er tingen.

Gradientutfordringen. Epidemien av insulinresistens, diabetes 2 og fedme er

lik over hele verden. Å koble utvikling av sykdom til mettett fett eller mangel på omega-3-fettsyrer individualiserer og tilslører viktige politiske sammenhenger. Det er internasjonal enighet om at fedmen - som alvorlig helse- og risikoproblem. Fedme er strukturelt skapt og må få politisk-økonomiske løsninger.

Slik er det også i Norge. Kroppsvekta er omvendt proporsjonal med inntekt og utdanning. Det er de med minst utdanning som spiser færrest epler. Faktisk øker eplespising i takt med antall år på skolebenken helt til atten års utdanning. De med lavest inntekt bruker oftere ferdigmatprodukter – mye billig fett og salt. De med kort skolegang og lavere inntekt ammer i mindre grad. Ungdom i Oslo øst drikker langt oftere brus enn ungdom i Oslo vest. Den gjennom snittlige levealderen er 12 år kortere for menn i Oslo øst. Disse fakta kalles gradientutfordringen. Fremdeles er det klasse, utdanning og inntekt som bestemmer risiko for sykdom.

Liten evolusjonslære. Løven lurar ikke på hva den skal spise. Den innhenter antilopen og bryter i seg mer enn en dagsrasjon når den først får tilgang. Alle arter vet hva de skal spise, får de være i sitt habitat. Selv gjærsoppen vet at overmodne søte planter er best for den, mens mange bakteriestammer foretrekker kadaver.

Homo sapiens er altetende. Hun har tenner til kjøtt og til planter. Hun har fordøyelse til både grønt og kjøtt.

Folkeslag har overlevd på utrolig ulike føder. Blod og melk, selspekk og

fisk, frø, nøtter, planter og insekter. De har bygget sine kosthold på fangst, jakt og sanking. Senere fant alteteren ut måter å plante frøene tilbake i jorda, og få hundrefold igjen for sitt strev.

Ilden, hjulet og fryseren skapte store endringer for alteteren. Men, fremdeles smakte maten av havet utenfor, jorda den kom fra - og slekta.

Hvordan kjennes det ut å være alter i dag? Det kjennes først og fremst tungt. I alle fylkene i Norge er, som nevnt, 40-åringen overvektig, og han vet ikke hva han skal spise.

Det smaker ikke bygd og hav av maten lenger, det smaker Toro eller Gilde. Hvem sin mamma smaker «mors kjøttkaker» av?

Vi er altså evolusjonært tilpasset et vell av ulike matveier, men ikke det vestlige kostholdet, slik mange spiser i dag. «Her er vi alle urfolk,» sier vitenskapsjournalist Michael Pollan i sin skarpe analyse i «Til matens forsvar».

Hvem skal tale matens sak? Er ikke mat mer enn summen av (de hittil kartlagte) næringsstoffene? Det å ta næringsstoffet ut av maten, ta maten ut av kostholdet, ta kostholdet ut av en total livsstil, gir ingen kloke svar. Når maten ikke er mer enn summen av næringsstoffene, oppheves også skillet mellom mat og matvareindustriens produkter, imitasjonene. Men, det er god næring for medie- og matvareindustriens kreative inntjening.

...men er det mat? Vi har fått nye offisielle anbefalinger for kostholdet. De er evidensbaserte, og kvantifiserer også



VANSKELIG VALG: Det er ikke lett for forbrukere i dag å vite hva man skal velge - lavkarbo, fet mat, lettmat - tilbudet er stort og informasjonen sprikende.

rådene, for første gang i ernæringspolitikken historie. En porsjon grønnsaker er hundre gram. Vi trenger 200 gram fet fisk i uka. Det anbefales 140 gram nøtter per uke.

Det første, og oppsummerende rådet lyder: «Det anbefales et kosthold som hovedsakelig er plantebasert, og som inneholder mye grønnsaker, frukt, bær, fullkorn og fisk, og begrensede mengder rødt kjøtt, salt, tilsatt sukker og energirike matvarer.» Umiddelbart kan vi vel alle gi vår tilslutning til et slikt råd. Men er dette ord som passer for et kosthold? Plantebasert? Tilsatt sukker? Energirike matvarer?

Spis mat. Mest planter. Ikke for mye.

En Æsop - forisme lyder slik: Det er bedre å spise en brødskorpe i fred, enn å innta en bankett i engstelse.

Det finnes ikke enkle svar på hva vi

skal spise, fordi vi spiser av så mange ulike grunner. Dersom vi anerkjenner mat og måltidet som en viktig del av kulturen, må vi kanskje ta av oss «linsene» som bare ser næringsstoffer, og gjenerebre maten – og gleden ved den – ved å lage den sjøl. Det er et viktig mottrekk mot den fremmedgjøring som har oppstått når matindustrien gjør det for oss. En fabrikk på Stranda kommer oss til unnsetning enda en gang: De lager nå «hjemmelaget» pizza i langpanneform, slik vi gjør når vi vil lage den sjøl. Hva slags E-stoff er «hjemmelaget»?

Jeg gjør Michael Pollans oppsummering til min egen, som foreløpig svar på det vanskelige spørsmålet om hva i all verden vi kan spise. Hans råd lyder: Spis mat – (ikke imitasjoner). Mest planter. Ikke for mye.

Litt å tygge videre på der.

Noter:

- (1) For en videre utlegning om begrepet "sunt", se mitt essay "Smaken på det sunne" i tidsskriftet MARG no 4/2008
- (2) "Til matens forsvar" av Michael Pollan, Versal forlag, 2009



Gjenreis folkehelsesøstera

Myndighetene må satse mer på den tradisjonelle folkehelsesøstera.

Vaksinasjon hadde i fjor jubileum i Norge. I 1810 ble koppevaksinasjon påbudt for norske barn, og i 1979 erklærte WHO sykdommen utryddet i verden. Norge har hatt svært stor oppslutning om barnevaksinasjonsprogrammet, og min påstand er at helsesøstrene har en stor del av æren. Et lavterskeltilbud til hele barnebefolkningen, promotert av helsesøstre som har fulgt familien fra fødsel til videregående skole, gir en helt unik mulighet for å nå ut med anbefalinger fra helsemyndighetene. Men tiden er forbi da helsedirektører sa hopp, og befolkningen lydig hoppet etter, vel vitende om hva polio, meslinger og kusma kunne medføre av invaliditet og tidlig død.

Dagens helsesøsterhverdag handler i større grad om individuelt tilpasset informasjon og vaksinerings av en mer heterogen befolkning med mange innvandrere med varierende vaksinehistorikk, samt en betydelig andel av vaksinemotstandere og -skeptikere blant foreldrene, for å nevne noen utfordringer. Vaksinasjonsdeknin-

gen går ned, og det oppstår jevnlig utbrudd av eksempelvis meslinger blant uvaksinerte grupper. Samtidig argumenter sterke krefter for en større privatisering ved å overføre barnevaksinering til fastlegene.

Folkehelsesøstera har kunnskapen og systemene som skal til for å bidra til en fortsatt høy vaksinasjonsdekning i Norge. I tillegg er hun billig – og enn ikke gratis.

Hjemmebesøk til familier med nyfødte barn har eksistert i over 50 år, og er unikt for de nordiske land. Dette har blitt betraktet som essensielt i en sårbar tid for den nybakte familien. Alle barnefamilier har utfordringer hvor en lett tilgjengelig fagperson kan bidra med hjelp og forebygge en utvikling som krever mer omfattende innsats, for eksempel knyttet til fødselsdepresjon eller amming. Dette første møtet med familien i eget hjem danner et unikt utgangspunkt for videre samarbeid. Også forskning viser at hjemmebesøk er viktig. I Norge har foreldre med nyfødt barn rett til hjemmebesøk av helsesøster. Likevel viser en ny rapport fra Helsetilsynet at mange kommuner ikke oppfyller kravet. Stadig nye oppgaver til helsestasjonene, blant annet med oppfølging av enkeltfamilier med omfattende problemer, og uten at ressursene har økt tilsvarende, har vært medvirkende til denne utviklingen. Den har også resultert i færre kontroller på helsestasjonen enn anbefalt. Paradoksalt nok skjer dette

parallelt med at liggetiden på norske barselavdelinger er redusert betraktelig, og helsesøstre er sterkt bekymret for ammeutviklingen. «... det er risiko for at barselkvinner og nyfødte som trenger det, ikke får forsvarlig hjelp landet sett under ett.» (Helsetilsynet, 14/3-11).

Folkehelsesøstera ønsker å gi tilbud om hjemmebesøk og oppfølging på helsestasjonen til alle nybakte familier, enten de har hverdagsproblemer eller større utfordringer, enten det er første eller femte barn som er født.

Skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste. Byråkrater og politikere synes samstemte i at den skal styrkes. Likevel skjer det motsatte, og tjenesten er ved enkelte skoler nede i ett minutt i uka per elev! På denne tiden skal helsesøster være tilgjengelig for elevene, samarbeide med foreldrene og skolens ansatte om et godt skolemiljø, drive helseopplysning individuelt og i grupper, for å nevne noe. Ungdom er impulsive, og når helsesøster ikke er tilgjengelig når behovet melder seg, vil de ofte ikke komme tilbake. Nedprioriteringen av skolehelsetjenesten skjer i en tid da frafallet i skolen er økende, og ungdom mer enn noen gang har utfordringer knyttet til psykisk helse, rus, seksualitet, overvekt og inaktivitet, bare for å nevne noe. Som om ikke det er nok, har tilsynet avdekket at helsestasjon for ungdom er helt fraværende i noen kommuner.

Folkehelsesøstera ønsker å være til



Foto: Kristin Henriksen

Av Kari Gulla
Høgskolen i Sør-Trøndelag

stede i skolehverdagen, i samarbeid med foreldre, lærere og elever. Men hun vil også vite at det finnes instanser å henvise til når problemene blir omfattende og krever mer spesialisert kompetanse. Derfor har hun satt foten ned når helsemyndighetene nå ønsker å gjeninnføre regelmessig veiing av elevene. Ikke fordi hun er uenig i behovet, men fordi hun mener det er uetisk å avdekke problemer uten at det følger med ressurser for nødvendig oppfølging og kompetanseoppbygging.

Samhandlingsreformen etterlyser større fokus på forebyggende helsearbeid, og da den nytilsatte helseminister Strøm-Erichsen i et intervju ble spurt om hva som var hennes hjertebar, svarte hun: «Da må jeg si folkehelsen, det er jo inn i samhandlingsreformen, det.» (Sykepleien, 1/2010).

Folkehelsesøstera har folkehelse som sin hovedoppgave, og i motsetning til for eksempel barnevernet, skal hun gi et tilbud til 100 prosent av barnefamilieene opp til 20 år. Folkehelsearbeid handler om universelle metoder som løfter hele befolkningen til et helsemessig høyere nivå. Noen vil profitere mer enn andre på dette, men siden folkehelsearbeidet «smitter», vil alle profitere noe. Helsesøster har tillit i befolkningen, hun er et lavterskeltilbud og hun er samfunnsøkonomisk lønnsom. Og hun trenger oppdatert kunnskap på dette som er hennes hovedoppgave. Folkehelsearbeidet trenger ikke bare hender, men også hoder!



PÅ JOBB: Grupper på helsestasjon er et viktig ledd i helsesøsters folkehelsearbeid.

Helsesøster har tillit i befolkningen, hun er et lavterskeltilbud og hun er samfunnsøkonomisk lønnsom.

Hvordan bli enda bedre?

LEDERSTAFETTEN

Kvalitet på ledelse er viktig for at tjenesten skal ha fokus på riktige mål. En god faglig ledelse som er forutsigbar, synlig og tydelig vil være en forutsetning for at vi kan gi et godt helsefremmende og forebyggende helsetilbud.

Brukerorientering, medvirkning og informasjon er viktige elementer i en slik ledelse. I forbindelse med samhandlingsreformen snakkes det mye om ledelse under endring og endringsprosesser. Ledelsesfunksjonens betydning vil trolig øke fordi vi stadig vil møte krav til omstilling, samhandling og mer dokumentert kvalitet i helsetjenesten.

Fagbakgrunn

Et tema hos oss og også generelt i helsetilbud, er om fagområdet bør være ledet av personer med eller uten helsefaglig bakgrunn. Det er gode eksempler på begge typer ledelse ut fra hva kommunen definerer som godt lederskap og hvilke mål en setter for tjenesten. Skal tjenesten drives så økonomisk lønnsomt som mulig eller skal en vektlegge sterke fagmiljø med satsing på ny kunnskap, tydelige mål, visjoner, forbedring og profesjonell praksis? En leder uten fagbakgrunn som helsesøster vil trolig kunne stille noen gode spørsmål til

praksis og tjenesteutøvelsen vår om forhold som vi helsesøstre tar for gitt. Om en leder uten vår fagbakgrunn har evne og villighet til å lytte til og ta på alvor tilbakemeldinger og samarbeide godt med helsesøstre, kan nok denne leder gjøre en bra jobb. Derimot, om en leder uten fagbakgrunn også er selvstyrende uten kontakt med tjenesten, som stoler på egen forståelse og tolkninger, uten personlige egenskaper for samhandling og evne til toveiskommunikasjon, vil dette kunne forårsake nedbygging og en faglig svak helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Om beslutninger og tiltak skjer på tvers av verdier og forståelse av vårt fag, vil dette føre til redusert motivasjon med det resultat at helsesøstre ønsker å slutte og føler at ledelsen ikke er i takt med tjenesten.

Jeg har tro på at en leder som har kompetanse i faget og riktig rolleforståelse, bidrar til at tjenesten blir rettet inn mot brukerens behov. Det kommer forventninger fra mange hold til en leder av tjenesten; medarbeidere, rådmann og administrasjonen i kommunen, samarbeidspartnere og andre virksomhetsledere. I tillegg vil politikere, helsejefer, kommuneoverleger, media og ikke minst brukerne ha håp og forventninger om tjenesten som leveres. Og nettopp sistnevnte gruppe, brukerne, er gruppen vi er til for og av den grunn viktig å få tilbakemelding fra.

Brukerundersøkelser

Helsedirektoratets strategidokument viser til at god kvalitet er faglig gode

tjenester og at de blir levert på en menneskelig sett god måte i et system som fremmer helhet. Bruker settes i sentrum og møtet mellom bruker og utøver vektlegges (1). Vår egen veileder (2) tar med viktigheten av brukerperspektivet og peker på at den enkeltes behov, ønsker og forståelse av egen situasjon bør legges til grunn ved utformingen av tiltak og tjenester. Det innebærer at alle foreldre, barn og unge tas på alvor og møtes med respekt og verdighet.

Brukerundersøkelser er et ledd i kvalitetsarbeidet for å sikre at tjenesten er faglig god med bruker i sentrum. Formålet er å framskaffe systematisk informasjon om brukernes erfaringer med helsetjenesten som et ledd i å overvåke og forbedre helsetjenestens praksis (3). Vi ønsker en tjeneste som involverer brukerne og som gir dem innflytelse. Den moderne brukeren har ofte mye kunnskap om rettigheter og høye forventninger og krav til helsetjenestene. Møter og samtaler er vårt viktigste virkemiddel i samhandlingen mellom oss og brukerne. Det er her vi blir satt på prøve og som sier noe om hvilken tjeneste vi tilbyr.

Mange kommuner har gjort brukerundersøkelser som de selv har laget, eller har hentet tips fra andre med variert resultat. Kvaliteten kan bli dårlig, og det er mye arbeid med å få fram resultatene. Kommunenes sentralforbund (KS) har utviklet en god brukerundersøkelse for helsestasjonen som er webbasert og ligger på bedrekommune.no (4). Det kreves innkjøp av



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

Jeg har tro på at en leder som har kompetanse i faget og riktig rolleforståelse, bidrar til at tjenesten blir rettet inn mot brukerens behov.

Foto Mark Ledingham, Tromsø kommune

■ Av Greta Jentoft

enhetsleder for Forebyggende
helsetjenester i Tromsø kommune

lisens for å kunne delta. Så langt har kun en liten del av landets kommuner gjennomført brukerundersøkelsen til KS. Tromsø kommune gjorde det for første gang i 2010. Undersøkelsen har standardiserte spørsmål som gjør at en kan sammenligne seg med andre kommuner, lære av gode eksempler og sette i gang forbedringstiltak i egen kommune. Vår kommune har for tiden fokus på omdømme i alle enheter og på alle nivå. Det var derfor viktig for oss å vite hvordan det står til i helsestasjonstjenesten. Hvilket omdømme har vi hos våre brukere?

Brugerundersøkelsen hos oss gikk over to uker hvor alle som kom til helsestasjonen, uavhengig av alder på barn, ble spurt om deltagelse. Vi valgte ut uker med normal aktivitet og anslo ut fra timebøkene hvor mange en kunne forvente kom til de forskjellige helsestasjoner. Det ble tilrettelagt for at brukerne kunne gå til en datamaskin for å svare mens de var i helsestasjonslokalene. Noen valgte å få med seg et passord for så å svare hjemmefra, mens et lite utvalg ønsket papirskjema som var tilgjengelig sammen med informasjonsbrevet. Vi fikk en god svarprosent på 72 prosent. Resultatet kom totalt sett veldig bra ut på flere viktige områder med en totalscore på 5,1. Ved gjennomgang og nærmere analyse av svarene fikk vi likevel tilbakemeldinger som vi må vurdere tiltak i forhold til. Det vil føre for langt å gå inn på alle områdene her. Likevel vil jeg dra fram et av spørsmå-



FØRST UT: Greta Jentoft deler av sin erfaring med brukerundersøkelser i lederstafetten.

lene som heter «Resultat for bruker». Her blir forskjellige områder tatt opp, som amming, kosthold, søvn, barnets generelle utvikling, veiledning i foreldrerollen og om en kan ta opp vanskelige tema på helsestasjonen. Svarene viser om det er informasjonsarbeid og veiledningsområder som bør styrkes med økt kompetanse.

Vi har brukere som har barn med særskilt behov for oppfølging og som ønsker at helsestasjonene skal samarbeide mer med andre instanser. Dette kom også fram i forbindelse med evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse; «Brukere som mottar tilbud fra flere tjenester, rapporterer om relativt lav tilfredshet med samordningen av tjenestene, informasjonsutvekslingen og avklaring av ansvarsforhold mellom tjenestene (5).» For oss betyr dette at vi må ta dette på alvor. I samarbeid med andre tjenester må vi lete etter gode verktøy og strategier for å gi en brukergruppe med et utvidet behov en bedre oppfølging. Uten en slik undersøkelse

ville vi ikke ha definert dette behovet godt nok.

Det anbefales før en går i gang med undersøkelsen, å gjennomgå veilederen til undersøkelsen. Man bør tenke igjennom en best mulig prosess, forankring i ledelsen, forberedelse, gjennomføring, analyse og oppfølging av undersøkelsen. I tillegg bør en tenke på hvordan tilbakemeldingen til brukerne skal gis, diskutere eventuelle forbedringstiltak og diskusjon om offentliggjøring av resultatene.


Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)
2. Sosial- og helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450. 12/2004
3. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekklister - lokale brukerundersøkelser. 2011
4. KS. Effektiviseringsnettverkene. Kvalitetskartlegging av kommunale tjenester. Faglig veileder for helsestasjonstjenesten 0-5 år. 2009. www.bedrekommune.no
5. Sitter, M. Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker. Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse. Sintef helse 2008.

Mange fornøyde med samlivskurs

I Harstad holder helsesøstre samlivskurs for par som er blitt foreldre for første gang.

Tekst Kirstin Kjelling, Lise Voktor, Lisbeth Buunk



GLAD I DEG: Noen er flinke til å vise sin kjærighet med en god omfavnelse - andre kan lære å bli mer oppmerksomme.
Illustrasjonsfoto: Colourbox

Høsten 2005 fikk vi som er helsesøstre i Harstad tilbud om å lære å lede samlivskurs. Tre av oss tok utfordringen og har siden holdt kurs for førstegangsforeldre. Vi er to kursledere på hvert kurs. Kurset heter «Godt samliv», og par får informasjon om kurset på foreldreforbereidende kurs og på 5-måneders konsultasjonen. Kurset er gratis og går over to kvelder à 3,5 – 4 timer, i helsestasjonens lokaler.

Fire temaer

Kurset er inndelt i fire deler, hvor vi tar opp sentrale temaer av betydning for parforholdet.

Del 1: Den store forandringen - fra par til familie.

Her setter vi søkelyset på de gode og mindre gode forandringene i forholdet. Tid, søvn og seksualitet utfordres. De oppmuntres til tenkning rundt mors- og farsrollen og hva slags valgmuligheter som finnes. Vi prøver å få samtale rundt parets arbeidsdeling i hverdagen.

Vi snakker også om forventninger til hverandre med tanke på hvilken bagasje vi har med oss fra vår egen oppvekst.

Del 2: Kommunikasjon - å holde forbindelsen.

Vi gir en kort innføring i hva kommunikasjon handler om. Bevisstgjør dem på hvordan de kommuniserer med hverandre og hvordan dette virker inn på parforholdet.

Vi gir en innføring i hva som fremmer og hva som hemmer god kommunikasjon.

De får noen konkrete kommunikasjonsverktøy som de må ta i bruk.

Del 3: Hvordan håndtere krangel og konflikt?

Her beskrives noen typiske kjennetegn og faresignaler. Vi ønsker å øke bevisstheten på at det er vanlig å reagere forskjellig i konflikter. Påpeker at det er naturlig å ha ulik virkelighetsoppfatning. Vi presenterer også tale- og lytteteknikken, et godt redskap i vanskelige samtaler. Her praktiserer vi rollespill. Det slår alltid god an og de etterlyser ofte mer rollespill. Det utløser latter og det virker som om de kjenner seg igjen.

Del 4: Kjærlighetens ABC - fornøyt og følelser

Her inviteres parene til å bli bedre kjent med seg selv og hverandre. Det løftes frem positive faktorer som bidrar til å styrke relasjonen. Vi får deltakerne til å reflektere over hvordan de ønsker å leve sammen. Vise måter kjærlighet kan uttrykkes på og lære hverandres kjærlighetsspråk. De får også informasjon om hvor og hvordan de kan få hjelp med parforholdet.

Vi guider dem gjennom disse temaene. Vi har et kort innlegg for hvert tema, deretter jobber de parvis med oppgaver. Vi setter da på bakgrunnsmusikk når

de jobber med oppgavene slik at de ikke skal lytte til de andre parene. Vi byr også på dikt og rollespill. Mellom oppgavene åpner vi for samtale i plenum. Første kurskveld presiserer vi at hver snakker for seg og at vi har moralsk taushetsplikt i gruppa.

Fornøyde deltakere

Tilbakemeldingene fra deltakerne er i all hovedsak positiv. De fleste sier de vil anbefale kurset til andre foreldre. I 2009 ble det utarbeidet et nytt kurshefte og vi lagde da et eget evalueringsskjema. Evalueringen blir gjort mot slutten av hvert kurs.

Vi har i løpet av årene som kursledere gjort oss noen erfaringer:

Antall deltakere er avgjørende for dynamikken i gruppen. Vår erfaring viser at 6 – 7 par er ideelt for å få en god gruppedynamikk. Hvis gruppen består av mindre enn fire par, kan det være vanskelig å få til diskusjoner og meningsutveksling i plenum. Det blir ofte mer samtale andre kurskveld, kanskje fordi parene da er tryggere i gruppa. Ingen er forpliktet til å si noe hvis de ikke vil.

Ikke start for tidlig. I begynnelsen var vi for ambisiøse og tilbød kurset for tidlig etter fødselen. Det viste seg å bli vanskelig med barnepass og amming og foreldrene hadde kanskje ikke nok erfaring fra foreldrerollen og den nye familiesituasjonen.

Mange er spente på kurset og noen spør i forkant om de må ha problemer i parforholdet for å få delta. Vi presiserer at dette er forebyggende og at det skal bidra til å hjelpe paret med å takle utfordringer når de kommer.

Det er givende å være kursleder for «Godt Samliv», men vi skulle gjerne hatt flere menn sammen med oss. Vi gjennomfører kursene utenom ordinær arbeidstid, med et fast honorar.

Vi registrerer at de statlige midlene er blitt redusert og at regionskontaktene er blitt borte. Vi håper likevel og kunne fortsette med dette arbeidet til beste for familien.

Regjeringen vil styrke samlivet

- Et samlivskurs for førstegangsforeldre var et politisk satsningsområde da Godt samliv ble utviklet i 2004. Det politiske grunnlaget fremgår av stortingsmelding nr. 29: «Regjeringen ønsker å bidra til at færre ekteskap og samliv skal gå i oppløsning og vil derfor styrke det forebyggende familiearbeidet. Forskning tyder på at samlivskurs kan være et viktig incentiv til å bedre kommunikasjonen og dialogen i parforholdet og til å bryte med dårlige kommunikasjonsmønstre. Den forebyggende effekten med hensyn til samlivsproblemer synes å være størst hvis samlivskurs settes inn i en tidlig fase av parforholdet».
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet fikk ansvar for å utvikle programmet.

LaH's faggruppeledere i fylkene 2011 - 2012

OSLO

Kristin Sofie Waldum
Tlf. jobb: 95 26 66 76 mob. priv: 41 22 09 77
E-post: kristin.waldum@hev.oslo.kommune.no
kwaldum@online.no

ØSTFOLD

Anne Thorild Kopperud
Tlf. jobb: 69 28 91 75 mobil: 40 85 21 10
E-post: anne.kopperud@valer-of.kommune.no
an-koppe@online.no

AKERSHUS

Torunn Stenstad
Tlf. jobb: 67 20 17 05 mobil priv: 48 21 76 35
E-post: tse@lorenskog.kommune.no

HEDMARK

Margit Nordstoga
Tlf. jobb: 62 51 03 32
E-post: margit.nordstoga@hamar.kommune.no

OPPLAND

Ive Kristin Staune Mittet
Tlf. privat: 612 62 220/93 05 29 13, mobil jobb: 91 62 36 04
E-post: ivekristin@hotmail.com,
ive.staune-mittet@oyer.kommune.no

BUSKERUD

Unn Magda Espeseth
Tlf. priv: 31 28 65 39/98 45 23 06, mobil jobb: 95 40 86 18
E-post: unnmagda.espeth@nedre-eiker.kommune.no

VESTFOLD

Nina Børnick
Tlf. privat: 92 01 84 20 jobb: 41 54 46 84
E-post: nina.bornick@sandefjord.kommune.no
helsesostervestfold@gmail.com

TELEMARK

Lillian Olsen Opedal
Tlf. priv: 35 94 44 98, tlf. jobb: 35 95 71 20/97 75 08 69
E-post: lillian.olsen.opedal@sauherad.kommune.no

AUST-AGDER

Tove Jansen
Tlf. priv: 37 03 44 28 tlf. jobb: 37 00 68 50 mob: 48 88 22 05
E-post: tove.jansen@arendal.kommune.no

VEST-AGDER

Kari Mygland Michaelsen
Tlf. priv: 37278211/41613214 tlf. jobb: 38137415/98299860
E-post: kari.mygland.michaelsen@vennesla.kommune.no

ROGALAND

Sissel Rygg Bernhardsen
Mob: 90 73 17 06
E-post: sissel.rygg.bernhardsen@stavanger.kommune.no

HORDALAND

Britt Darlington
Tlf. priv: 55 13 03 99 Tlf. jobb: 55 56 51 60
mobil: 992 47 109
E-post: britt.darlington@bergen.kommune.no
britt-dar@hotmail.com

SOGN OG FJORDANE

Solveig Heggheim
Tlf. Priv.: 57820559 Mobil: 97155860
E-post: solveig.heggheim@forde.kommune.no
solveig.heggheim@eninvest.net

MØRE OG ROMSDAL

Marit Kleven Holmeide
Mobil priv: 91680394 Tlf. jobb: 96226870
E-post: mk-holm@online.no, lahmoreromsdal@hotmail.com

SØR-TRØNDELAG

Monica Hoff Gaustad
Mobil: 90 97 38 23
E-post: monica-hoff.gaustad@trondheim.kommune.no

NORD-TRØNDELAG

Randi Eidem Solem
Tlf. jobb: 74 80 44 46/40 mobil priv: 90 17 95 28
E-post: randi.eidem.solem@stjoral.kommune.no
randi.eidem.solem@ntebb.no

NORDLAND

Marit Nostvik
Tlf. Priv.: 95 91 52 45, Tlf. jobb: 75 01 28 90
E-post: marit.nostvik@bnn.nhn.no,
marit@linseth.no

TROMS

Åsa Karlsen
Mobil: 90 93 44 07 Tlf. jobb: 77 02 71 40
E-post: asa.karlsen@harstad.kommune.no

FINNMARK

Kjerstin Møllebakken
Mobil privat: 95 15 46 70, Tlf. jobb: 78 97 76 70 /67
Mobil jobb: 95 15 46 70
E-post: kmo@svk.no

Fire blader til støtte, nytte og glede!



BAM Spedbarn



BAM Gravid



BAM Nyfødt



BAM Pappa

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

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

Vil du dele ut gratis BAM-blader, så kontakt oss:
Telefon: 23 00 81 88 E-post: postmaster@bam.no www.bam.no

bam

Smart deling av jordmortjenesten

Mange kommuner sliter med å få tilsatt jordmor i svangerskapsomsorgen. I Voss fant vi en løsning.



I 2008 slet Voss kommune med å få tilsatt jordmor på helsestasjonen, og det vi kunne tilby var 50 prosent stilling. Etter at annet rekrutteringsarbeid var prøvd ble det så tatt kontakt med Voss Sjukehus og fødeavdelingen der.

Fødeavdelingen på sin side hadde utfordringer med bemanning av sin turnus for jordmødrene, med kjente utfordringer som at jordmødrene sine ønsker om størrelse på stillingen ikke korresponderte med avdelingen sitt behov for å dekke helger med mer. Noen jordmødre hadde også en delstilling på sykehuset og en delstilling i nabo-kommuner.

Vår løsning

Etter drøftinger og leting etter gode løsninger kom vi i fellesskap fram til at beste løsningen var om jordmødrene var tilsatt på sykehuset sin fødeavdeling, og hadde del av stillingen i kommunene, som da kjøpte jordmortjeneste fra sykehuset. En samarbeidsavtale ble inngått mellom kommunene Voss, Granvin og Vaksdal på den ene siden og Voss sjukehus på den andre. Sykehuset har arbeidsgiveransvaret og utgiftene. De krever inn refusjon fra kommunene hvert kvartal. Ledende helsesøster i Voss er koordinator på vegne av alle kommunene.

Målet med samarbeidet er:

- Sikre brukerne i kommunene kontinuitet i jordmortjenesten.
- Å utvikle en god jordmortjeneste i kommunene og et godt tilbud ved fødeavdelingen.
- Kompetanseheving, samt å sikre en stabil bemanning.

KOMMENTAR

En løsning til etterfølgelse

Samarbeidet som beskrives i denne artikkelen, er helt i tråd med nasjonale anbefalinger. Nasjonalt råd for fødselsomsorg skisserte i sine innspill til St.melding 12 En gledelig begivenhet ulike modeller for samarbeid om jordmortjenesten mellom kommuner og helseforetak. Stortingsmeldingen pekte på ulike alternativ:

Ett hvor jordmortjenesten fortsatt er et kommunalt ansvar og hvor det inngås avtaler mellom kommuner og helseforetak, noe som vil underbygge det kommunale ansvar for en helhetlig oppfølging av mor og barn hvor også jordmortjenesten inngår.

Et annet alternativ er å endre ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, ved å forankre jordmortjenesten i helseforetakene og at kommunene kjøper tjenester fra foretaket. Uansett valg av modell er forpliktende samarbeidsavtaler helt nødvendig.

Det er også viktig at man ser svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i sammenheng og legger opp til en helhetlig omsorg, hvor både jordmødre, helsesøstre og fastleger har selvfulgelige og avklarte roller og oppgaver.

Av Astrid Grydeland Ersvik, leder landsgruppen av helsesøstre NSF, tidligere medlem av Nasjonalt råd for fødselsomsorg

Mye positivt

Erfaringene med samarbeidet er gode. Kvinnen møter ofte igjen jordmor fra helsestasjonen når de blir innlagt til fødsel. Dette gir trygghet for den fødende og familien, og er faglig tilfredsstillende for jordmor. Å være jordmor i en liten kommune er ofte ensomt, og det å arbeide både i kommunen og spesialisthelsetjenesten er positivt. Jordmor får opprettholdt en bred kompetanse ved en slik ordning. Videre reduserer det tallet på deltidstilsatte jordmødre og har slik mye å si for opptjening av pensjonsrettigheter.

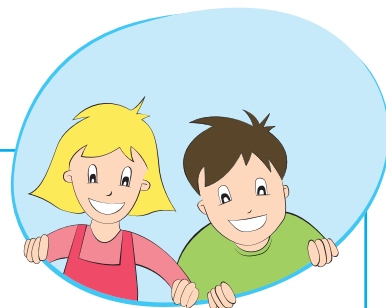
Gjennom denne praksisen får tilsatte både på helsestasjon og fødeavdeling bedre kjennskap til hverandres oppgaver og utfordringer. Det fremmer utvilsomt sammenhengene i tjenesten som vi gir.



Foto: Privat

Av Torunn Langmyhr Ringheim
tidligere ledende
helsesøster på Voss

TIL VELDIG TØRR OG IRRITERT HUD
VED ATOPISK EKSEM



LIPIKAR BALM AP

Med La Roche-Posay kildevann

Gjenoppbyggende fuktighetskrem som forebygger kløe i huden ved atopisk eksem. Lett konsistens - klær kan tas på raskt.



Som supplement til medisinsk behandling og/eller som daglig pleie.

Kan anvendes av spedbarn, barn og voksne.

0% PARFYME
PARABEN
FARGESTOFF

FINNES PÅ APOTEKET

Blir tryggere mødre

Flyktninger har stort behov for opplæring og sosial kontakt, og derfor er mor-barn-gruppen blitt et populært tiltak i Harstad.



FORNØYDE MØDRE: Utenlandske småbarnsmødre får lære om norske forhold på kurset. På bildet ser vi fra venstre: T`ya Paw og Julia, Tway Yin og John Andrew, Mya Say og Angelina, Ma Ayetun og Joakim, Akheberet og Betiel og i midten ligger Nilofer. Foto: Bente Heitmann

Som helsesøstre så vi i 2008 at det var behov for et nytt tiltak for flyktninger i Harstad. Det fødes stadig flere barn av flyktninger i kommunene, og på helsestasjonen møtte vi mange mødre som savnet et nettverk. Vi startet derfor en mor-barn-gruppe for flyktninger. Målet for gruppen var å styrke mødrene i foreldrerollen ved å ta opp aktuelle tema om barn, gi dem mulighet til å dele erfaringer og å bygge nettverk.

Viktige tema

Første mor-barn-gruppe ble arrangert i januar og februar 2009. Vi bestemte oss for å møtes en gang ukentlig, til sammen sju ganger, av en og en halv times varighet. På første møte spurte vi hver enkelt

om ønsker i forhold til tema. Ut fra disse spørsmålene og samtalen i gruppen planla vi følgende hovedtema: Amming, barn og sykdom, barn og påkledning, ernæring, foreldrerollen og førstehjelp/ulykkesforebygging. Noen av temaene ble det naturlig å fortsette med på neste møte.

Tid til lek

Rammen rundt det enkelte møte var ikke helt statisk. Barna fikk ligge på madrass på gulvet. Det ga oss mulighet til å snakke om for eksempel motorisk utvikling og at det enkelte barn utvikler seg i sitt tempo. Vi samtalte om hvordan det gikk med mødrene og barna før vi presenterte dagens tema i dialog med mødrene. Det var satt av tid til pause med litt servering. På slutten av møtene sang vi norske barnesanger sammen.

Som samlingssted for gruppen får vi bruke en leilighet som Nav flyktningeteam leier. I leiligheten får flyktningene også opplæring i vanlige tekniske hjelpemidler, matlaging, ulykkesforebygging, rengjøring og mye annet.

Tilbakemeldingen fra mødrene er positiv og mor-barn-gruppa gjennomføres nå fast en gang i året.



Av Bente Heitmann
helsesøstre for
flyktninger



Av Anne-Torill Drønen
helsesøstre for
flyktninger

■ Flyktninger i Harstad

- Harstad kommune bosetter årlig 60 flyktninger, i tillegg til familiegjenforening.
- Flyktningene følges opp av helsesøster i inntil fire år etter bosetting.

Flere laktosefrie produkter med den samme gode smaken!



NYHET!
TINE Laktosefri Yoghurt

NYHET!
TINE Laktosefri Kremfløte

NYHET!
TINE Laktosefri Lettrømme



Vi utvider vår serie av TINE Laktosefrie produkter. Samtlige produkter i serien er laktosefrie, og har den samme gode smaken som du kjenner fra før. TINE Laktosefrie produkter egner seg svært godt for de med laktoseintoleranse. Du finner produktene i de fleste dagligvarebutikkene. Les mer på tine.no/laktoseintoleranse



Stor undersøkelse av ungdoms helse

For første gang skal helse til ungdom i Tromsø og Balsfjord kartlegges nøye.



I inneværende skoleår foregår en stor kartlegging av helse til elever som går første året på videregående skole i kommunene Tromsø og Balsfjord. Helseundersøkelsen kalles Fit Futures.

Voksnes helse undersøkes i mange studier, men vi har mindre kunnskap om helse til ungdom. Selv om få ungdommer har alvorlige sykdommer, legges mye av grunnlaget for fremtidig helse i ungdomsårene. Fit Futures undersøkelsen vil bidra til at vi får økt kunnskap om hvordan sykdom kan forebygges og diagnoser kan stilles på et tidligere tidspunkt.

Informasjonen fra undersøkelsen vil kunne bli brukt til forskning på folkehelseproblemer som hjerte- og karsykdom, lungesykdom, kreft, nedsatt fruktbarhet og smerte. Det vil forskes på arbeidsførhet i skole og yrke i forhold til sykdom, helse og livsstil. En del av prosjektene vil studere samspillet mellom arv, miljø og sykdom i forhold til helse.

Fem stasjoner

Undersøkelsen gjennomføres i skoletiden ved Forskningsposten på Universitetssykehuset i Nord Norge og ved Universitetet i Tromsø. Den er organisert i fem stasjoner, som inkluderer spørreskjema, intervju, blodprøve, bakteriologisk prøve fra nese og hals, hårprøve, blodtrykk, høyde og vekt, hoft- og livvidde, DEXA helkroppsscann, følsomhetstester for varme, kulde og trykk, samt grundig tannundersøkelse.

Elevene får ikke fravær for den tiden de er borte fra skolen og får tilbud om transport til og fra sykehuset med taxi og buss. Dette har trolig bidratt til den gode oppmøteprosentsen.

■ Om undersøkelsen

- Fit Futures er en helseundersøkelse blant ungdom som går første året på videregående skole i kommunene Tromsø og Balsfjord. 1038 elever har møtt til undersøkelsen. Fit Futures er en del av den store Tromsøundersøkelsen.
- Tromsøundersøkelsen er en helseundersøkelse som har pågått i Tromsø siden 1974 og over 40 000 menn og kvinner har deltatt. Hittil har Tromsøundersøkelsen undersøkt voksne over 25 år.
- Det er 13 delstudier med i Fit Futures så langt og det forskes på følgende: Vitamin D, Diabetes, Overvekt, Fysisk aktivitet, Beintetthet, Jernstatus, Smerte, Gule stafylokoccker & hud, GenØk- genmodifisert mat, Frafall i videregående opplæring, Øresus, Tannhelse, Miljøgifter.
- Det er et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Tromsø, Folkehelseinstituttet og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Anne Sofie Furberg er prosjektleder. Les mer på www.fitfutures.no

Informasjonsmøter

Vi har hatt informasjonsmøter i hver enkelt klasse og jobbet oss fra skole til skole gjennom skoleåret. Dette har vært et svært spennende og inspirerende arbeid, særlig fordi de aller fleste som var til stede i klassen, meldte seg på umiddelbart etter vår informasjon om undersøkelsen. På informasjonsmøtet fikk elevene gjennomgang av hele undersøkelsesforløpet, post for post. Hver elev har hatt mulighet for delta på hele eller deler av undersøkelsen, men det store flertall har deltatt på alle postene. Vi er sikre på at undersøkelsen vil frambringe ny og viktig kunnskap om ungdom og helse i Norge.



Foto: UNN

Av Annelene Moberg
prosjektadministratør for Fit Futures og helsesøster i Tromsø kommune



DEN FØRSTE VAKSINEREN mot poliomyelitt startet ved Framtun skole ved Nes på Romerike, den 16. oktober 1956. Kvinnen som fikk æren av å sette den første sprøyten var helsesøster Ruth Hauge. Alle på bildet er preget av forventning og alvor - ikke minst den første eleven som skulle få vaksinen, Olav Eide. Distriktslege Øverland og sykepleierskene Borghild Henden og Signe Berg følger med.

Poliomyelitt var en av de mest fryktede sykdommer i Norge frem til poliovaksinen ble tatt i bruk. Trolig har sykdommen eksistert i 3 500 år. I Norge kan sykdommen dateres til omkring 1820. Mer enn 23 000 ble rammet av denne infeksjonssykdommen i Norge på 1900-tallet.

Kilder: Scanpix og Tidsskrift for Den norske legeforening

Nyhet: Gardasil[®], nå for kvinner opptil 45 år!



Vær med og gjør en forskjell for kvinners helse Tilby HPV-vaksinasjon!

Gardasil[®] er nå godkjent fra 9 års alder til forebygging av:*

- premaligne genitale lesjoner i livmorhalsen, vulva og vagina relatert til visse onkogene HPV-typer
- livmorhalskreft relatert til visse onkogene HPV-typer
- kjønnsvorter forårsaket av spesifikke HPV-typer

Indikasjonen for Gardasil[®] er basert på effekt av vaksinen hos kvinner fra 16 til 45 år og påvist immunogenisitet hos barn fra 9 til 15 år.*

Les mer på
www.gardasil.no og www.spmsd.no


GARDASIL[®]

* Norsk SPC 18/08/2010



Nyhet! Svanemerkede bleier for alle barn.

Libero[®]