

...Allerede i en alder af ni år, hvor jeg blev beriget med den søskende, som jeg så brændende havde ønsket mig, besluttede jeg mig for, at jeg skulle være sundhedsplejerske ...

PORTRÆT AF FORSKNINGSLEDER
ANNE BRØDSGAARD

LÆS OGSÅ

- Hverdagen med det præmature barn
- Børns Sundhed
- Anerkendelse og udvikling



Billede: Børnekunst.dk

TEMA
Anerkendelse

Sundhedsplejersken

Nr. 04 | august 2013



Fagligt Selskab for
Sundhedsplejersker

NOVAX

Effektivitet og overblik i Sundhedsplejen



NOVAX er det mest udbredte elektroniske journalsystem.

I 77 kommuner landet over giver NOVAX sundhedsplejen et stærkt arbejdsredskab .



Landsdækkende fælles database

I databasen Danmarksbørn samles data over sundhedstjenestens indsats. Det giver et stærkt kvantitativt udgangspunkt for faglige analyser og en effektiv planlægning af den fremtidige sundhedsindsats.



Journaludveksling

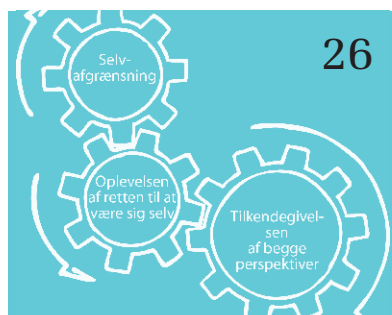
Med 77 kommuner er NOVAX det mest anvendte system i Danmark. Det betyder nem og hurtig journaludveksling ved flytning mellem kommunerne.



Sundhedsvejen.dk

Familierne har adgang til deres børns informationer på Sundhedsvejen, hvor de kan se journalnotater samt højde- og vækstkurver.

Indhold



"Jeg har altid brændt for de sårbare børn og deres familier. Folk omkring mig siger, at jeg får stjerner og hjerter i øjnene, når jeg omtaler dem."

Anne Brødsgaard

- 4 Leder
- 6 Portræt: Anne Brødsgaard
- 14 Nyt fra Sundhedsstyrelsen
- 16 Nyt fra bestyrelsen
- 18 Hverdagen – med det for tidligt fødte barn
- 22 Invitation til ERFA møde for sundhedsplejersker, der arbejder med præmature
- 24 Opslagstavlen
- 26 Tema: Anerkendelse åbner for udvikling
- 30 Sundhedsplejersker frembringer vigtig viden om børns sundhed
- 36 Kiropraktik til spædbørn
- 38 Fokus på kiropraktisk behandling af børn
- 44 Anmeldelser
- 46 Bestyrelsen

... **"KIROPRAKTISK BEHANDLING AF ET SPÆDBARN BESTÅR AF NÆNSOMME, LETTE TRYK, SOM GRADVIST ØGER BEVÆGELIGHED OG FUNKTIONSEVNE"**





SUSANNE HEDE

Formand for Fagligt Selskab
for Sundhedsplejersker

Sol over Danmark

Sommerferien er en tiltrængt pause, og netop i år har det danske sommervejr været varmt og solrigt. Det betyder, at rigtig mange børn og unge har haft mulighed for at nyde udendørs aktiviteter. Godt vejr er godt for vores velbefindende og giver energi.

Skolebørn og skolesundhedsplejersker tager fat på et nyt skoleår. Der er mange udfordringer for os, især på baggrund af stadig færre ressourcer eller færre minutter pr. barn og færre kontakter. En skolesundhedsplejerske må være skarp i observationerne og gribe chancen for positiv og hjælpsom kontakt til barnet ved enhver lejlighed. En sundhedsplejerske-studerende har skrevet sin afsluttende opgave om sundhedsplejerskens selvforståelse i skolearbejdet med de sårbare børn. Hun viser gennem opgaven, hvilken vigtig rolle sundhedsplejersken har i det tværfaglige samarbejde, selv om hun selv tvivler på sin betydning. Sundhedsplejersken deltager med anerkendelse til både barnet og forældrene som en selvfølgelig og i den tværfaglige gruppe. Desuden har hun en stor viden om børn og deres forhold, og dette er i høj grad supplerende i forhold til kolleger i skoleverdenen.

Hen over sommeren og efteråret skal mange sundhedsplejeordninger for alvor have styr på Sundhedspleje til nyfødte i barselsbesøget. Der er allerede mange

afprøvninger af organiseringen af denne opgave. Over hele landet er der stor deltagelse i denne opgave, og sundhedsplejerskerne giver for alvor dette et løft, hvilket der er god brug for og efterspørgsel efter. På DR1 har man gennem hele sommeren kunnet følge kendisser, der bliver forældre i programmet "Sådan er forældre". Et meget enkelt koncept, men hvis man lytter godt efter, fortæller de om stor usikkerhed, store omvæltninger, behov for nogen at spørge – lige når de har brug for det – disse velfungerende nybagte forældre!

En ny ph.d. fra Syddansk Universitet viser, at forældre udstyret med telemedicinsk udstyr ikke bare kunne bruge dette, da der ikke var en person til at svare på Barselgangen, når de lige præcis havde brug for det...! Tankevækkende men nok karakteristisk for forældre i 2013. Sundhedsplejerskens besøg virker og er gennemprøvet over lang tid – måske skal brug af ny teknologi udvikles på forældrenes betingelser og ikke på de professionelle, hvis det skal gavne nogen. Mere tilgængelighed og at være til disposition eller "at møde forældrene, der hvor de er", var et af budskaberne på årets Landskonference... Vi har et stykke vej at gå endnu, hvis teknologiske konsultationer skal udvikles ved hjælp af telemedicin. ♥

Susanne Heide

... "HEN OVER SOMMEREN
... OG EFTERÅRET SKAL
... MANGE SUNDHEDSPLEJE-
... ORDNINGER FOR ALVOR
... HAVE STYR PÅ SUND-
... HEDSPLEJE TIL NYFØDTE
... I BARSELSBESØGET."

NYHED!

Pinex Smelt

– ny smeltetablet til børn

- Smertestillende & febernedsættende
- Mild **jordbærsmag**
- God ved synkebesvær



Det kan være en udfordring at få børn til at tage deres medicin. Pinex smelt har en god smag af jordbær, smelter let på tungen og opløses hurtigt i munden. Det gør Pinex smelt særligt velegnet til børn.

Til børn under 6 år anbefales det, at smeltetabletten opløses i en skefuld vand før indtagelse. Pinex smelt anbefales ikke til børn under 17 kg (ca. 4 år).

Pinex smelt indeholder hverken lactose eller konserveringsmidler. Pinex fås kun på apoteket.

Find os på landskonferencen for sundhedsplejersker 7-8 maj 2012

Portræt af

*Anne Brødsgaard, Ph.d., MPH,
Sundhedsplejerske, RN*

ANNE BRØDSGAARD OG REDAKTIONEN (TEKST)
ANNE BRØDSGAARD (FOTO)





"Jeg har altid brændt for de sårbare børn og deres familier. Folk omkring mig siger, at jeg får stjerner i øjnene, når jeg omtaler dem. Det er noget, der tilsyneladende ligger dybt i mig"

Hvem er du? Hvad interesserer du dig for fagligt og privat.....?

Mit navn er Anne Brødsgaard. Jeg er født på Falster og har haft en dejlig barndom langt ude på landet. Allerede der, i en alder af ni år, hvor jeg blev beriget med den søskende, som jeg så brændende have ønsket mig, besluttede jeg mig for, at jeg skulle være sundhedsplejerske. Det gjorde jeg fordi, vi fik besøg af jordens mest fantastiske kvinde alias sundhedsplejersken. Det var et højdepunkt når hun kom, som samlede hele familien i flere generationer. Skæbnen ville at min elskede bror fem år senere blev slået ihjel af et lyn ca. 20 meter fra mig selv. I den forbindelse fik vi atter besøg af sundhedsplejersken, og bl.a. hendes besøg gjorde, at vi som familie kunne rejse os igen og leve videre med det tab og den sorg, det var. Da var jeg 14 år og blev helt klar over, at man som sundhedsplejerske virkelig kan gøre en forskel for individer og familier såvel i medgang som i modgang, var min vej til sundhedsplejerske besejlet.

I dag bor jeg i hjertet af København på det grønne Frederiksberg. Centralt til alt og alligevel med plads omkring mig. Hver anden uge bor vi hos min kæreste, når han har sin søn, og hver anden uge bor vi hos mig. Heldigvis er logistik en af mine stærke sider, så det har fungeret fint gen-

nem snart en hel del år. I min fritid holder jeg af at læse og har tidligere dyrket rigtig meget gymnastik og yoga. Desuden elsker jeg at opholde mig i naturen med mine vandrestøvler på eller rejse ud i verden og opleve skønne steder, møde spændende mennesker og andre kulturer.

Jeg har altid brændt for de sårbare børn og deres familier. Folk omkring mig siger, at jeg får stjerner og hjerter i øjnene, når jeg omtaler dem. Noget der tilsyneladende ligger virkelig dybt i mig, for min mor kan berette om, hvordan børnehavederen fortalte, at jeg som fireårig i dagligdagen påvirkede de andre børn og sørgede for, at også den blinde dreng altid havde nogle at lege med og blev inkluderet i fællesskabet. I en ung alder var jeg ansat af kommunen som ufaglært og passede en lille stjerne, som var født meget for tidligt, når hans mor var til behandling for hendes kræftsygdom, samt børn med psykisk syge forældre under observation for omsorgssvigt. Skæbner som alle har gjort dybt indtryk på mig.

Hvilket arbejde har du (haft og har du nu)? Hvor arbejder du?

Vejen til sundhedsplejerske var målrettet gennem sygeplejen med så meget, der smagte af børn og familier som muligt. Da jeg blev færdig som sygeplejerske, begyndte jeg dagen efter i neonatalafdelingen på Hvidovre Hospital. En ↘

afdeling med sårbare børn og familier i krise, en afdeling med liv og død, teknik og bløde bamses. Fagligt meget udfordrende og lærerigt, menneskeligt meget livsbekræftende og berigende.

I 1995 blev jeg som sundhedsplejerske ansat i Tårnby Kommune. Et skønt arbejde med en gruppe af sundhedsplejersker, der var lille nok til at samle og stor nok til, at der var plads til at "sprælle". Her udførte jeg i samarbejde med en dejlig kollega mit første udviklings projekt "På vej" initieret af Dansk Sygepleje Råd.

Senere fik jeg mulighed for at komme tilbage til neonatalafdelingen som sundhedskoordinator, hvor jeg bl.a. gennemførte mit første store projekt "Koordination og sammenhæng for forældre til for tidligt fødte børn", også kaldet præmaturprojektet. Efter projektets afslutning og permanentgørelse har vi yderligere udviklet det til en succesrig ordning, som har opnået international opmærksomhed og interesse. Familier med for tidligt fødte børn, som endnu ikke er modne til at selv at kunne spise, hjemsendes med sonde. De får besøg hjemme af en special-neonatal sygeplejerske, som vejleder dem bl.a. i ernæringsdelen frem til barnet spiser al sin mad selv og trives på det. Herved gives familien en helt anden mulighed for, i egne rammer og på et tidligere tidspunkt, at påbegynde den vigtige relation og familiedannelse under langt mere normale forhold end tilfældet er ved hospitalisering. I denne proces samarbejdes tæt med familiens sundhedsplejerske, hvilket resulterer i en glidende overgang og langt større sammenhæng for familierne. I dag bedriver jeg forskning bl.a. indenfor dette område, samtidig med jeg kompetenceudvikler personalet i afdelingen. Det er et fantastisk privilegium at kunne kombinere disse aktiviteter.

Grunden til at jeg kan rette min opmærksomhed mod forskningen er, at jeg er ansat som forskningsleder for de mellemlange videregående uddannelser ved børneafdelingen, Hvidovre Hospital. Denne stilling kvalificerede jeg mig til

ved at have erhvervet mig en ph.d.-grad. Afdelingen består af en akut børnemodtagelse, to sengeafsnit, et dagafsnit, et ambulatorium samt et neonatalafsnit med udgående funktion. At arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme i en hospitalssetting, med forskning og udvikling som omdrejningspunkt, det er en stor udfordring og med kæmpe potentiale for at gøre en forskel for børnene og deres familier. Netop dette udgør min enorme motivation og drivkraft hver eneste dag 24/7/365.

Hvordan fik du ideen til at tage den (dem)? Hvordan kvalificerede du dig dertil? Hvorfor netop den uddannelse (de uddannelser)?

I forbindelse med præmaturprojektet deltog jeg i Universitets Center for Sygepleje og omsorgs Forskning (UCSF)'s 1-årige forskerkursus. Her fik jeg smag for forskningen, da jeg fik øjnene op for dens mangfoldighed og dybere forståelse af dens betydning for vores praksis og de børn og familier, som skal profitere af vores faglige og menneskelige kompetencer.

Jeg blev ret klar på, at jeg måtte tilegne mig yderligere metode kompetencer og forskningsindsigt. Jeg undersøgte de mange muligheder og reflekterede over, hvad der gav mest mening personligt og arbejdsmæssigt i forhold til min faglige kontekst. Her landede jeg på Master of Public Health (MPH), fordi den var tværfaglig, international og lagde stor vægt på metoder indenfor såvel det kvantitative som det kvalitative paradigme. Her oplevede jeg nogle fantastiske medstuderende, nogle engagerede og dedikerede forskere / undervisere og mit læringsudbytte var optimalt stort. Jeg havde været så heldig at få et stipendium til studiet af daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium, med en klausul om, at min afhandling lagde sig inden for et af fire forhåndsdefinerede emner. Der var kun ét emne som kunne komme i spil i forhold til min setting og arbejdsområde, og det var fysisk aktivitet. Det blev inkorporeret

i MPH-afhandlingen: Mødres oplevelser og vurderinger af egen svær overvægt og risiko for at deres børn udvikler overvægt.

Efter afslutningen af MPH'en blev jeg anmodet om at arbejde for WHO-Europe i Nursing og Midwifery. I syv måneder arbejdede jeg således halvtid i børneafdelingen og halvtid i WHO. Det var fantastisk at arbejde internationalt og være med til at fremme sundheds- og sygeplejen og dens arbejdsbetingelser i andre trængte lande. Her var det især de øst-europæiske lande, som havde behov for stor opmærksomhed og hjælp. Men jeg var også med til at arrangere, afholde og rapportere internationale konferencer

”Grunden til at jeg kan rette min opmærksomhed mod forskningen er, at jeg er ansat som forskningsleder for de mellemlange videregående uddannelser.”

om fx. Family Health Nurse i Berlin, Tyskland og møder for Europæisk Forum for nationale sygeplejersker og jordmødre & WHO i St. Petersburg, Rusland. Blot for at nævne enkelte af mange højdepunkter. I WHO arbejder mange spændende mennesker med aktiviteter, der gør en forskel - mange med en ph.d. "i baglommen". I WHO blev jeg opfordret til at tænke i ph.d.-studie og -projekt, hvilket var den egentlige inspiration til seriøst at undersøge mine muligheder.

Min leder i Børneafdelingen, ledende oversygeplejerske Stine Fjølstervang, var fremsynet og anerkendte behovet for at få styrket metode- og forskningskompetencerne i afdelingen indenfor sundheds- og sygeplejen. Det betød at jeg i en

En god
begyndelse



I årtier har Allomin Syrnet hjulpet
børn og forældre til en god begyndelse.

www.semper.dk

Semper

periode var ansat som forskningssygeplejerske i børneafdelingen på Hvidovre Hospital og indskrevet som ph.d.-studerende ved Syddansk Universitet (SDU), Sundhedsfaglige fakultet, Klinisk Institut, Enheden for sygeplejeforskning med sygeplejeforsker (og sundhedsplejerske) Lis Wagner som hovedvejleder. Jeg forsvarede min ph.d.-afhandling: "En barndom med eller uden overvægt, mødres handlekompetence, sundhedsadfærd og relation til deres børn" i 2011. En af de mest betydningsfulde dage i mit liv, både personligt og professionelt.

Hvad bestod uddannelsen (erne) i? Hvor lang tid tog den (de)? Hvor meget tid brugte du på den (dem) – deltid, fuldtid?

Til forskel fra de fleste andre uddannelser inden for sundheds- og sygeplejen er et ph.d.-studie og -projekt ikke et forhåndsfastlagt uddannelsesforløb, som man melder sig til. Det er noget man selv må skabe. Først og fremmest skal man have en idé, som støttes af nogle kompetente vejledere. Ph.d. betyder det samme som dr. phil. nemlig 'doktor i filosofi'. Ph.d.-graden er ikke en doktorgrad i traditionel dansk forstand men en forskeruddannelse. I en række lande er doktorgraden og ph.d.-graden ikke adskilt og anvendes synonymt. I dag er der ca. 120 sygeplejersker med en ph.d.-grad i Danmark, heraf kun ganske få sundhedsplejersker, men heldigvis er flere indskrevet og undervejs, hvilket er dejligt, da fremtiden har brug for mange flere!

Min ledelse ønskede, at jeg i en ph.d. arbejdede videre med det emne, jeg havde beskæftiget mig med i min MPH-afhandling, nemlig overvægt. Så gik jeg på jagt efter nogle mennesker, som havde kompetencer indenfor forskellige felter og som kunne supplere hinanden. Således havde jeg fire vejledere (hvilket er mange), heraf to læger og to sygeplejersker. Man vælger jo hinanden, men nogle af mine valgkriterier var; tilknyttet sundheds- og sygeplejeforskningen ved et

universitet, stor international forskningskompetence, spidskompetence indenfor enten det kvalitative eller kvantitative forsknings-paradigme, en lang publikationsliste indenfor overvægts området, faciliterende position internt og menneskelige kompetencer dvs. en jeg kunne grine og/eller græde hos og med. En af mine medvejledere havde dog spidskompetence indenfor undervægt og ældre patienter. Diametral modsætning til mit forskningsområde, men det var godt dækket ind alligevel.

Så skal selve projektet designes og beskrives i en projektbeskrivelse. Det skal ske i samarbejde med de af universitet godkendte vejledere. Der skal rejses fondsmidler til løn og drift. Her var jeg meget privilegeret, idet jeg fik store dele af min løn dækket af afdelingen, men der skulle stadig rejses en masse midler. Beløbet vil afhænge af hvilke udgifter, der ligger i det projekt, man har skruet sam-

· ***”Så gik jeg på jagt efter nogle mennesker, som havde kompetencer indenfor forskellige felter og som kunne supplere hinanden.”***

men. En meget brugt model for økonomien er 3/3, således 1/3 via stipendium fra universitetet (som søges, dog uden garanti for tildeling), 1/3 fra egen afdeling (som naturligvis skal være forhandlet i hus) og 1/3 fra eksterne fonde. En anden model er, at man selv skal søge alle midler eksternt, men at arbejdspladsen giver en under-skudsgaranti (hvis det er forhandlet hjem forud for start). Det er således kun fantasien og ens evner til at rejse midler, der

afgør hvordan et ph.d.-studie og -projekt kan finansieres.

Projektet bliver ved ansøgning om indskrivning på universitetet vurderet, om det har tilstrækkelig videnskabelighed og om det realistisk kan gennemføres indenfor den estimerede treårige periode, som et ph.d. forløb normalt er. Jeg var ca. fire år om at gennemføre mit ph.d.-studie, bl.a. fordi sygeplejekonflikten i 2008 også efterfølgende fik betydelige konsekvenser for projektets gennemførelse og forløb. Det er muligt at forlænge et projekt under forudsætning af, at der rejses økonomiske midler dertil. Det er endvidere muligt at lade sig indskrive med den hensigt at være fire år om forløbet, fx. hvis man har et andet arbejde ved siden af, eller hvis man indskrives i Lund i Sverige.

Samtidig med at projektet gennemføres, finder man relevante nationale eller internationale ph.d.-kurser. Relevante ud fra egen faglige profil og relevante ud fra projektets behov. Her skal opnås kurser svarende til 30 ECTS point. Jeg tog fx. statistikkurset ved Københavns Universitet (KU), fordi det var et langt mere udbygget kursus på 15 ECTS point sammenlignet med det, som på daværende tidspunkt blev udbudt på SDU på 4 ECTS point. Da statistikkurset er et kerne kursus, skrev jeg et brev til lederen af forskerskolen og argumenterede for, at den statistik jeg havde qua min MPH, modsvarer kurset på SDU, og at mit projekt havde behov for og jeg ønskede at følge statistikkurset på KU frem for ved SDU. Det fik jeg lov til. Det er et eksempel på, hvordan man gennem hele forløbet, må finde de stier og veje, som man kompetencemæssigt får mest ud af at betrede. Der kan i øvrigt også opnås 1-2 ECST point ved at deltage på internationale kongresser med en eller flere præsentationer.

Endvidere ses det gerne, at man har opholdt sig ved en anden forskningsinstitution - gerne i udlandet. Dette med henblik på at skabe forskningsrelationer, netværk og grobund for fremtidig

international samforskning. Jeg havde et tre måneders ophold på Institut for Sygdomsforebyggelse i København for at opleve et andet forskningsmiljø, desuden trak jeg på min internationale erfaring fra WHO og var i Sydafrika til International Council of Nursing kongressen (med økonomisk støttet af faglig sammenslutning for sundhedsplejersker) og præsenterede mit projekt.

Hvordan syntes du uddannelsen var – sjov, spændende, kedelig, hård....?

Jeg ville ikke gøre det om, men hvis jeg ikke havde ph.d.'en og stod og skulle træffe valget, om jeg ville gå i gang eller ej, ville det være et klart ja, go for it. Selvom jeg i dag ved, hvad det kræver af tankevirkosomhed, energi, tid, engagement, fleksibilitet, navigation, udholdenhed, motivation og meget mere, som sådan et forløb byder på og kræver. Men jeg ville ikke være foruden den fantastiske fordybelse, indsigt, forståelse, viden, udfordring, udvikling, kompetence, netværk, muligheder og meget mere, som sådan et forløb også er. Alle de sundheds- og sygeplejersker jeg har talt med, og som har erhvervet sig en ph.d.-grad siger: "Det var hårdt, men også sjovt, spændende, berigende og absolut det hele værd".

Hvordan bruger du uddannelsen i dag? Hvilke veje åbner uddannelsen for?

Ph.d.-uddannelsen åbner flere veje, hvoraf nogle formentlig stadig er ukendte.

En mulighed er at gå universitetsvejen dvs. at blive ansat ved et universitet, først som adjunkt, siden lektor, associate professor og professor. Det giver mulighed for at forene forskning, uddannelse og undervisning på akademisk niveau, udvikle og forfine metoder og teorier.

En anden mulighed er, som jeg at være forankret i praksis (hospital eller sundhedstjeneste) og der medvirke til implementering af forskning, dvs. sikre at forskningen kommer tilbage til praksis

og bliver til gavn for (i mit tilfælde) børn og familier, bedrive ny forskning samt kompetenceudvikle personalet. For nylig har Hvidovre Hospital besluttet, at der arbejdes for at ansætte en sygeplejerske med en ph.d.-grad ved hver afdeling på hospitalet. Dette for at intensivere sygeplejeforskningen og løfte kvaliteten af sundheds- og sygeplejen i klinik praksis til gavn for patienterne og deres pårørende samt vores fag.

Jeg arbejder i dag med flere forskellige forsknings- og udviklingsprojekter forankrede i de forskellige afsnit i børneadelen indenfor både kvalitativ og kvantitativ forskning. Et af de studier, vi har fået igangsat, er et randomiseret klinisk kontrolleret studie af behandlingen af navlegranulom. Takket være det formidable gode samarbejde med sundhedsplejerskerne i hele vores optageområde kan vi formentlig afslutte dataindsamlingen halve måske hele år før estimeret. I et andet studie undersøger vi forældres opfattelse af sundhed og sygelighed, når de indgår i et projekt, hvor deres barn randomiseres til vaccination eller ej. I et tredje studie arbejder vi med hud-modhud kontakt blandt præmature børn og deres forældre. I et fjerde studie arbejder vi med familiecentreret sygepleje i eget hjem. I et projekt med fokus på inaktive og overvægtige børn har vi et samarbejde med dem, som har udviklet "Aktiv rundt i Danmark" til de danske skoler. Vi er sammen ved at udvikle et koncept, som kan anvendes til de overvægtige børn, som vi ser og har i behandling på hospitalet. Blot for at nævne nogle af de mange aktiviteter, projekter, og studier jeg aktuelt er involveret i, og flere er i støbeskeen.

Indimellem skriver jeg på nye videnskabelige artikler, som bygger på data fra mit ph.d.-studie, og som fortjener at blive publiceret. Når man selv publicerer, bliver man også forespurgt om at peer-reviewe andre forskeres manuskripter med henblik publicering i internationalt videnskabelige tidsskrifter. Sådanne aktiviteter lærer man ligeledes meget af,

Links til information om ph.d.-uddannelse:

SDU: <http://www.sdu.dk/forskning/phd>

- Enheden for sygeplejeforskning: http://www.sdu.dk/om_sdu/institutter_centre/klinisk_institut/forskning/forskningsenheder/sygeplejeforskning

AU: http://www.au.dk/fileadmin/www.au.dk/forskeruddannelse/fokuseret_talentudvikling/phdadmissionsguide.pdf

- Sygeplejevidenskab: <http://ph.au.dk/om-instituttet/sektioner/sektion-for-sygepleje/>

KU: <http://phd.ku.dk/>

Lund: <http://www.lunduniversity.lu.se/international-students/phd-studies>

så det er opgaver jeg indimellem påtager mig, hvis mine andre arbejdsopgaver og liv i øvrigt tillader det.

Desuden underviser jeg på kandidatuddannelsen i sygepleje ved Århus Universitet i Emdrup, er censor ved kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab og MPH, vejleder for sundhedsplejerskestuderende og foreløbig én kommende ph.d. studerende. Endvidere er jeg aktuelt ved at tage universitetspædagogikum, for at videreudvikle mine pædagogiske kompetencer både i forhold til undervisning, vejledning og formidling af den forskning, jeg er involveret i nu og i fremtiden. ↘

Præsentation af Anne Brødsgaard

Anne Brødsgaard

Forskningsleder for de mellemlange videregående uddannelser i børneafdelingen, Hvidovre Hospital.

anne.broedsgaard.madsen@regionh.dk, Tlf. 22913241

Uddannelser:

- Ph.d., MPH (Master of public health), Sundhedsplejerske, RN (registered nurse)

Ansættelser relevant for denne artikel:

- Forskningssygeplejerske, Børneafdelingen, Hvidovre Hospital (HVH)
- Ph.d.-studerende, Enheden for sygeplejeforskning, Klinisk Institut, Sundhedsfagligt Fakultet, Syddansk Universitet (SDU)
- Sundhedskordinator, Neonatalafdelingen, HVH
- Professional staff , Nursing & Midwifery, World Health Organization (WHO), Europe
- Sundhedsplejerske, Sundhedsplejen Tårnby kommune, Amager, København
- Sygeplejerske, Neonatalafdelingen, HVH

Underviser / vejleder:

- Sundhedsplejerskeuddannelsen, Metropol; Cand. cur, Aarhus Universitet (AU); Master of Public Health, Københavns Universitet (KU); Ph.d.-uddannelsern, KU

Eksaminator / censor:

- Folkesundhedsvidenskab, KU; Master of Public Health, KU; Cand.cur, AU

Forskningsnetværk:

- Inspirationsgruppen: Forskningsinteresserede sundhedsplejersker med akademisk baggrund
- The European Academy of Nursing Science (EANS)
- Ph.d.-netværk, SDU
- Felt forskning og Ricoeur, SDU
- Family Nursing - Familiecentreret sygepleje, SDU
- Gruppen af unge forskere, HVH

Aktuelle forsknings- og udviklingsprojekter:

- Behandling af navlegranulom, RCT (Randomized Controlled Trial)
- Familiecentreret sygepleje til præmature børn med sonde på tidligt hjemme ophold
- Hud-mod-hud kontakt til præmature børn
- Forældres opfattelse af sundhed og sygelighed, når deres barn indgår i RCT vaccinations projekt
- Inaktive og overvægtige børn
- Implementering af evidensbaseret sygepleje i børneafdelingen

Peer-reviewer internationale videnskabelige tidsskrifter:

- Pediatric Obesity; Nursing reports; Vård i Norden; Nordisk sygeplejeforskning/Nordic Nursing Research ♥

Den første modermælkserstatning til børn med koliksymptomer

Beriget med *Lactobacillus reuteri* som...

Mindsker koliksymptomer hos 95 % af børnene.^{1,*}

Reducerer tiden med gråd med 70%.^{2,*}

Giver lindring allerede inden for 7 dage.^{1,*}

Forbedrer familiens oplevede livskvalitet.^{2,*}



Kolik og koliksymptomer er almindelige spædbørnsproblemer.

I de tilfælde hvor barnet får modermælkserstatning, kan man nu anbefale NAN Comfortis. NAN Comfortis er den første modermælkserstatning, som er beriget med mælkesyre bakterien *Lactobacillus reuteri* – en aktiv bakteriekultur, der har dokumenteret lindrende effekt på kolik og koliksymptomer.¹⁻²

Din rådgivning kan gøre en stor forskel
For mere information om NAN Comfortis, besøg www.nestlebornemad.dk/sundhedspersonale

1. Savino F, et al. *Pediatrics* 2010; 126(3):e526-533.

2. Szajewska H, et al. *J Pediatr* 2013; 162(2):257-262.

* Resultater baseret på kliniske studier af *Lactobacillus reuteri*



SUNDHEDSSTYRELSEN ORIENTERER



Undersøgelse af barnet ved etablerings- besøget

På baggrund af en henvendelse fra databasen "Børns sundhed" om at vurdere kraniets furer (suturer) ved etableringsbesøget, har vi drøftet denne vurdering med Sundhedsstyrelsens sagkyndige i pædiatri og nået frem til, at sundhedsplejersker fremover udelukkende skal måle kranieomfang – med henblik på hydrocephalus – og fontaneller.

Fontanellerne lukker i ca. 18 mdr. alderen, men med ret stor individuel variation \pm 6 måneder. Suturerne lukker nogenlunde samtidig, men er vanskelige at palpere. Ved de sjældne for tidlige lukninger vil kraniet få en afvigende facon (bådskranium / tårnskranium). Har sundhedsplejersken mistanke om abnorm kraniefacon, skal der henvises til praktiserende læger, som så evt. kan henvise til pædiater for yderligere vurdering.

Børnedatabasen

Statens Serum Institut (SSI), som forestår de nationale registre om danskernes sundhedstilstand, er i gang med at behandle de data, der er indsendt fra kommunerne til den nationale børnedatabase. Det forventes, at der kommer en rapport i september 2013.

I forbindelse med behandlingen af data er det bl.a. blevet klart, at der er problemer med både indberetning af data om rygning i hjemmet og amning. For at gøre indberetning om amning bedre, har Sundhedsstyrelsen besluttet, at børn der i en periode af maks. 14 dage er blevet suppleret med modermælkserstatning fx pga manglende trivsel og derefter atter er

fuldt ammet, efterfølgende skal registreres som fuldt ammet. Dette indgår derfor nu i vejledningen om registrering af amning.

Hvad angår rygning i hjemmet vil Sundhedsstyrelsen senere tage stilling til, hvorledes denne indberetning kan optimeres. Særligt om E-cigaretter kan I på dette link læse mere om E-cigaretter:

<http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Tobak/E-cigaretter/eCigaretterNotat.ashx>

Her fremgår det bl.a., at E-cigaretter sidestilles med alm. cigaretter, og børn, der udsættes for E-cigaretter i hjemmet, udsættes derfor også for passiv rygning i hjemmet.

BLADET MILJØ OG SUNDHED

Sundhedsplejersker med særlig interesse for området miljø og sundhed har i mange år kunnet abonnere på et blad om disse emner. Fra juni måned overgår bladet til elektronisk publicering. Såfremt du ønsker at abonnere på det elektroniske blad, skal du sende en mail til læge Hilde Balling på hib@sst.dk, så vil du blive orienteret hver gang, der kommer et nyt nummer af bladet.

NYE KOLLEGER MED NY UDDANNELSE

Knap 100 nye kolleger har netop afsluttet deres uddannelse til sundhedsplejerske efter den nye uddannelse – og det med 10 i gennemsnit på begge uddannelsessteder. Stort tillykke til disse pionerer og tak til VIA og Metropol, til de ledende sundhedsplejersker og til alle praktikvejlederne for jeres engagement de sidste 1½ år for at få den nye uddannelse til at komme godt fra land.



Opdateret udgave af ”Amning – en hånd- bog for sundheds- personale”

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med Ingrid Nilsson og Mette Aaskov opdateret amnehåndbogen. Bogen indeholder information, der er en forudsætning for at kunne vejlede ensartet og kvalificeret om amning, og der er sket opdatering i stort set alle kapitler. Det anbefales derfor, at bogen først (gen)læses i sin helhed. Senere kan bogen anvendes som opslagsværk ved behov for særlig vejledning og støtte til at få amningen til at fungere. Bogen skal hjælpe sundhedspersonalet til – gennem professionel og individuel tilpasset rådgivning – at støtte forældre i at træffe de beslutninger, der er rigtige for den enkelte familie og dens trivsel.

Bogen kan bestilles hos Komiteen for Sundhedsoplysning på www.sundhedsoplysning.dk

Førstehjælp på stedet! Apotekets Sårskyl

Steril saltvandsopløsning – nem og effektiv skylning og rensning af sår. Kan spraye fra alle vinkler – også med bunden opad.

- Svier ikke
- Steril til sidste dråbe
- Uden konserveringsmidler

Vejl. udsalgspris 100 ml kr. 44,95



Apotekets egne varer

apotek





ÅRETS SUNDHEDS- PLEJERSKER 2013

METTE YDE (TEKST)
LISBET NISSEN FOTO)

Skrevet af Mette Yde, på vegne af årets sundhedsplejersker, Kirsten Lundberg, Lene Bysted, Mai-Britt Nielsen og Mette Yde, sundhedsplejersker i Kalundborg

Det var en stor ære for os at modtage prisen som Årets sundhedsplejersker

2013 og dermed få anerkendelse for vores arbejde.

I Kalundborg kommune har vi haft sorggrupper for børn og unge siden 2005. Grupperne er for børn, der har et uhelbredeligt sygt familiemedlem eller et familiemedlem, der er død.

Vi har børnene opdelt i 2 grupper i aldersgruppen 8-12 år og 12-18 år.

Vi mødes med børnene hver 2. onsdag i 2 timer.

Det er generelt nogle meget sårbare børn med et lille netværk, vi har i vores grupper.

Sammen med børnene laver vi blandt andet mindebøger, og de har billeder og mindeting med i forbindelse med, at de fortæller om den, de har mistet. De taler meget med hinanden om, hvilke tanker og følelser, de har, og ikke mindst hvor svært det er for dem at tale med andre om sorg. Vi har aktiviteter ”ud af huset”, hvor vi blandt andet besøger kirkegårde og tager børnene og de unge med ud og spise, inden vi holder sommer- og juleferie.

Vi tilbyder også at tage ud på skolerne, hvis børnene ønsker det, og taler om det at miste.

Børnene deltager gennemsnitlig i sorggrupperne i ca. 1½ år. Når de stopper, kalder vi det at ”holde pause”, for de har altid et stående tilbud om at vende tilbage til gruppen.

Kalundborg kommune har valgt at give økonomisk støtte til en af grupperne. Det betyder, at vi har måttet søge fondsmidler og firmaer til den anden gruppe. Det har medført, at vi i en periode har måttet nedlægge en af grupperne. Som følge heraf har vi valgt, at de 10.000 kr., der følger med titlen som Årets sundhedsplejersker, skal doneres til vores sorggrupper.

Nogle af de tilbagemeldinger vi får fra børnene og de unge er, at det at mødes med andre, der har de samme tanker og

følelser som en selv, er meget vigtigt. De oplever, at tale om sorgen på et dybere plan og oplever, at de ikke er de eneste, der reagerer, sådan som de gør, eller at kunne tale med andre om, hvilke blomster der skal være på kirkegården. Eller som en dreng i en af grupperne sagde: ”Det at kunne fortælle om, hvor vred jeg egentlig er på min far, fordi han hængte sig, fordi han ikke kunne betale sine regninger. Han kunne da bare have fået nogle til at hjælpe sig.”

I slutningen af april udkom der en undersøgelsesrapport fra Egmont Fonden og Mandag Morgen om ”Når sorgen rammer”. Rapporten viser blandt andet, at:

- 19 % af børn og unge, der har oplevet alvorlig sygdom eller død i familien, kun har få eller slet ingen voksne eller venner at tale med det om.
- Mange børn og unge kommer i en stresslignende tilstand med hovedpine, mavepine og søvnbesvær. Sorgen viser sig også i form af vrede, irritabilitet og koncentrationsbesvær.
- Undersøgelsen viser, at de børn og unge, der har nogle at tale om deres sorg med, klarer sig markant bedre.
- 52% af de sorgramte børn og unge siger, at et frirum fra sorgen hjælper dem.

- 37% af børnene synes ikke, deres klasselærer har været god til at tale med dem om dødsfaldet eller sygdom i familien.
- 41% af de sorgramte børn og unge fortæller også, at de nogle gange lader være med at græde foran deres forældre for ikke at gøre dem mere kede af det.

Undersøgelsen viser, at en sorggruppe giver børnene og de unge en mulighed for at blive set, hørt og forstået af engagerede voksne. At alle emner er tilladte at tale om, og at tale og lytte er vejen frem. Og midt i sorgen er der mulighed for et almindeligt børne- ugeliv med kæreste-problemer, løsrivningsproblemer, glæder over livet osv.

Undersøgelsen bekræfter det, vi oplever sammen med de børn, vi har i vores grupper. Vi er ikke i tvivl om, at det har stor betydning for børnene og de unge, at de har haft mulighed for at være i sorggruppe. Det får betydning for dem i deres voksne liv og når de selv skal være forældre.

Der er ikke noget i sorgen, der bliver for gammelt, men sorgen bliver større, hvis vi ikke taler om den. ♥

Vil du også være Kostvejleder?

Læs på nettet eller som klasseundervisning - kr. 8.900,-

Du kan også blive:

- Mindfulness Instruktør - kr. 8.900,-
- Positiv Psykologi Vejleder (NYHED) - kr. 8.900,-

Bestil vores nye 2013 brochure på www.atwork.dk





Hverdagen

– med det for tidligt fødte barn

Vi er to sundhedsplejersker i Århus Kommune, der for 3 år siden startede et gruppetilbud til forældre med præmature børn. Vores baggrund er, at vi tidligere har været sygeplejersker i flere år på neonatalafdelingen på Århus Universitetshospital Skejby. Siden er vi blevet sundhedsplejersker og har haft et ønske om at opkvalificere tilbuddet til præmature, ved at imødekomme familiernes behov for at møde andre med en for tidlig start på livet.

ELLEN WALLBERG ANDREASSON OG HEIDI SCHLOTT
SUNDHEDSPLEJERSKER I AARHUS KOMMUNE (TEKST)

Med denne artikel ønsker vi at trække de udfordringer frem, som det er vores indtryk, der ofte gør sig gældende hos familier med præmature børn. Vores indtryk er, at familierne i højere eller mindre grad, oplever udfordringer i forhold til præmaturiteten. Nogle familier dog i så lille en grad, at de kan være i tvivl om, hvorvidt det handler om præmaturitet eller bare er "normalt".

Det forældrene fortæller er, at den for tidlige fødsel giver en følelse af at være snydt for den "store" mave og den "normale" fødsel. Drømmen om at gå på barsel, den lille ny på mors mave, på vej mod brystet og sammen fra første færd, er bristet. Som en mor sagde "intet blev, som jeg havde drømt om og glædet mig til".

Mødet med neonatalafdelingen er en helt ny og fremmed verden, som forældrene bliver lukket ind i, som medfører adskillelse fra barnet og ansvaret for ens barn overtages af sygeplejersker. En mor fortæller det således "Det er så underligt, at man skal over at besøge sit barn".

En anden mor, der fødte præmaturt ved 3. barn, men til tiden ved de første to, udtrykte "at det hun havde med i bagagen fra de første to børn, ikke duede her, bl.a. kunne hun jo ikke stå og æ barnet, for at trøste".

Det er tydeligt i gruppen, at de deltagende fædre har behov for at fortælle om deres oplevelse med den for tidlige fødsel. De fortæller om det dilemma de står i, hvor de kan opleve fødslen

anderledes og mere voldsom. De skal efterlade mor på fødegang/operationsgang og følge barnet til børneafdelingen. Hvis familien har flere børn, kan fædre opleve, at de er der for lidt for mor, som måske har det svært, og at han som far sidder for lidt med deres lille barn, mens de er indlagt. De kan føle, at de som fædre skal være stærke i en ny verden. Vi oplever fædre, der bliver overraskede over deres følelsesmæssige reaktioner, og som må have hjælp fra læge eller psykolog.

Den første tid efter udskrivelse

Når familierne kommer hjem, oplever de ofte efter kort tid et skifte, fra et barn der har spist på faste klokkeslæt, har sovet meget og måske har virket rolig under indlæggelsen, til et barn der vågner op til dåd. Barnet giver mere lyd fra sig, de bliver mere selvregulerende i forhold til mad, men spiser mere uregelmæssigt og nogle kan være småtspisende og langsomt spisende. Der er mere uro hos barnet, barnets signaler kan være svære at tyde, barnet kræver mere tryk og forældrene kan opleve, at de nærmest skal lære deres barn at kende lidt på ny. Samtidig er det en periode, hvor holder de sig meget hjemme for at skærme barnet.

Forældrene kan opleve, at de kommer rigtig meget på arbejde. Mange forældre fortæller, at det har en betydning, at de venter længe på at "få noget tilbage" og på det første smil. Hvor andre forældre, med børn født til tiden, kan vente 5-6 uger på at få det første smil, skal forældrene til det præmature barn, vente de uger ekstra, som barnet er født for tidligt.

I Århus kommune tilknyttes familierne en sundhedsplejerske, som kommer på hjemmebesøg. Vi opfordrer til, at sundhedsplejersken aflægger hyppige besøg i starten, som regel en gang om ugen de første 2-4 uger og herefter efter behov. Vi tilråder, at de besøges jævnligt, da familierne har behov for den tryk, der ligger i at vide, at sundhedsplejersken kommer og ser på barnets udvikling og barnets/familiens trivsel.

Vi mener at det er vigtigt fortsat at have en tæt kontakt, også efter de første 3-4 måneder, hvor den værste uro måske har lagt sig, da der også kan være udfordringer omkring bl.a. motorik, søvn, kost og psykiske reaktioner hos forældrene.

Forældregrupper

Der bliver født ca. 350 præmature børn i Århus Kommune om året. De seneste 3 år har vi tilbudt alle familier med præmature børn, født før uge 37, deltagelse i en "lukket" forældregruppe. Grunden til at vi valgt, at det skal være en lukket gruppe er, at det giver en ro og tryk for forældrene, at de kommer til at lære hinanden og hinandens historier at kende, men uden at skulle fortælle den igen og igen. De har glæde af at følge hinanden og se børnenes små fremskridt.

Vi inviterer 12 familier pr. gruppe og mødes med dem én gang om måneden i et forløb på seks gange. Vi er som sundhedsplejersker tovholdere i gruppen, for at skabe kontinuitet og følge op på emnerne, der tages op.

Første gang vi mødes med gruppen, er samtaleemnet graviditeten, forløbet på sygehuset og den første tid. De efterfølgende gange er emnerne, motorik, mad måltider, Marte Meo (signaler og samspil) og opstart i dagtilbud. Vi afsætter altid tid til en runde, hvor familierne kan fortælle, hvad der er rørt sig og er på spil hos dem. De emner der ofte går igen er uro, tryk, søvn, mad og skyldfølelse.

Vi oplever, at nogle forældre kan være tilbageholdende i forhold til at tage imod tilbuddet, fordi de er bekymrede for, at det skal blive alt for problemorienteret og handle om senfølger.

Vi har tilrettelagt indholdet således, at det handler om hverdagen med det præmature barn, og senfølger berøres

kun i det omfang, forældrene bringer det på bane. Vi oplever, at størsteparten af børnene i grupperne er født mellem uge 30-36+6, men at forældre med børn født før uge 30, også siger "ja tak". Fælles for forældrene er, at uanset hvilken uge barnet er født i og uanset hvilken historie, de har med sig, har de glæde af hinandens historier og kan genkende hinandens oplevelse.

Udfordringer

Forældrene har det til fælles, at i kraft af den for tidlige fødsel, er der sået en bekymring for deres barns udvikling og vækst. Den første tid er der mange familier, der i højere eller mindre grad oplever, at barnet er meget uroligt. Barnet har et stort trykbehov, som gør, at det kan være svært at lægge barnet fra sig. Det er som om, at de mangler den nærhed, som er

"Barnet har et stort trykbehov, som gør, at det kan være svært at lægge barnet fra sig. Det er som om, de mangler den nærhed, som er blevet afkortet af, at de er født for tidligt"

blevet afkortet af, at de er født for tidligt. Det kan være en hård periode for forældrene, fordi det er en periode, hvor barnet har behov for at være tæt på. Dette skaber en stor afhængighed, og som mor kan man føle sig låst.

Mange mødre har god gavn af en slynge/vikle de første 2-3 måneder efter udskrivelsen, så barnet finder ro og man kan få armene fri. Efter 2-3 måneder oplever mødre, at det er som om barnet selv signalerer, at det er klar til at være mere åben i forhold til omverdenen. En mor udtaler, at da hun først havde fundet frem til, at det var det, der var løsningen, gav det for hende meget god mening, at det var der, barnet naturligt var i sin udvikling.

Mange oplever udfordringer i forbindelse med barnets søvn. Barnets svage signaler medfører, at det kan være svært at se, når barnet er træt, og nogle gange er det som om, at det er et splitsekund, der er afgørende for om barnet bliver puttet i tide, eller om det resulterer i overtræthed og megen gråd. Da barnets signaler kan være svære at aflæse, drøfter vi hvad genkendelighed, forudsigelighed, rutiner og vaner omkring hvad søvn gør for det lille barn. Hvis dette ikke er tilstrækkeligt, oplever vi, at det kan være en hjælp, at være meget opmærksom på længden af barnets vågenhedsperiode. Vi anbefaler, at barnet enten puttes før det tydeligt ses at det lille barn er træt, f.eks. 15-30 min. før man ellers ville have puttet barnet. For mange familier giver det en ro, f.eks. at vide at man kan lægge barnet efter 5 kvarters vågenhed i en periode.

Forældrene i gruppen har stor gavn af, at nogen på baggrund af barnets alder, har været igennem en fase, som de selv står midt i, hvor de både kan få gode råd, og også kan opleve, at fasen får en ende.

Mange oplever, at når de har været hjemme nogle måneder, og den værste uro er ovre, barnets søvn er blevet bedre og at de kan mærke en positiv udvikling, at der kommer en psykisk reaktion på forløbet og en bekymring. En mor fortæller at den sårbarhed og bekymring, der ofte følger med, for hende bl.a. viste sig, når barnet blev sygt. Her blev der vækket en voldsom bekymring, som hun ikke havde oplevet ved sit større barn, født til tiden. En psykolog sagde på et tidspunkt, at der er sået en bekymring, familierne har været udsat for noget "farligt", der er derfor bragt en uro ind i familien.

Reaktioner fra omgivelser

Et af de emner, der dukker op, er reaktionen fra omgivelserne. Mange forældre oplever at de møder forståelse for, at barnet har behov for at blive skærmet, mens de er indlagt. Et stykke tid efter de er kommet hjem, oplever mange at forståelse for barnets sensitivitet bliver mindre, i takt med at barnet får en "normal" størrelse. Det kan være svært for andre at forstå, at barnet kan have en fin øjenkontakt, være nysgerrig og virke til at klare

samværet fint, men hvor forældrene oplever, at det kan være overstimulation for barnet, som reagerer med uro, langvarig gråd og problemer med søvn, når gæster er gået eller i dagene efter.

Det påvirker især forældrene, hvis det er bedsteforældrene, der har svært ved at sætte sig ind i deres situation. Bedsteforældrene vil jo rigtig gerne deres børnebørn og har også en drøm og forventning om, hvordan det skal være. Derfor kan det være svært for bedsteforældrene at forstå, at forældrene skærmer barnet i forhold til mængden af kontakt. En mor fortæller om en mormor, der udtrykte, "en mormor skal da kunne passe sit barnebarn", hvor mor må sige, at "det skal du også, men der kommer til at gå lidt længere tid, før det kan lade sig gøre".

Forældrene oplever, at det er hårdt både at skulle skuffe bedsteforældrene, i forhold til samværet med barnebarnet, men også hårdt at skulle forsvare sig for at beskytte barnet mod overstimulation.

Mange nævner også at helt fremmede, f.eks. i supermarkedet, hvor der kommer en fremmed hen og kommenterer på det 4 måneder gamle barn "hun er da godt nok lille, hun må da være ny".

∴ *"Det kan være svært for bedsteforældrene at forstå, at forældrene skærmer barnet i forhold til mængden af kontakt."*

Her kan forældrene høre sig selv forklare og forsvare, hvorfor deres barn er så lille og oplever, de kommer ud i lange forklaringer. Dette vækker for nogle, følelse af skyld igen og behovet for at forsvare sammenhængen for en total fremmed.

Det vi drøfter i den forbindelse er, at forældrene kan overveje, hvem de "skylder" en forklaring og hvem de blot kan svare "ja, hun er lille" eller "hun er ikke så gammel". Der var også en mor, der på et tidspunkt fortalte, at hun havde lært at lyve, hun fortalte barnets alder på baggrund af terminen, så hun undgik yderligere spørgsmål vedrørende præmaturiteten.

Mad og måltider

Et af de emner som fylder, er børnenes spisning. Der har været fokus på mad og milliliter lige siden fødslen. Denne "kontrol" fra indlæggelsen følger forældrene og er svær at slippe.

En del af børnene er småt spisende og kan være længe om et måltid. Når de begynder på skemad, falder det sammen med udviklingen, hvor de kan begynde at behovsudsætte, således at de ikke altid er sultne straks efter søvn, som de måske har været tidligere. Det kan kræve stor tålmodighed. Nogle børn er hurtige

til at vænne sig til skemad, mens andre kan være meget længere tid om at lære at spise et måltid.

Vi snakker meget med

forældrene om nysgerrighed og nydelse omkring maden. Lade barnet smage på det æble eller lignende, som de selv sidder og spiser.

Nogle af børnene kommer i gang med grød/mos, men når de skal til at have havregrød eller noget med mere struktur i, kan forældrene opleve, at det fremprovokerer opkastningsrefleksen. Vi fortæller forældrene, at vi oplever, at når børnene er klar til mad i bidder, kommer de videre fra den meget purerede mad.

Opstart i dagtilbud

Flere forældre giver udtryk for, at de søger at finde en balance mellem barnets præmaturitet og hvad der også kunne være barnets personlighed, hvis det havde været født til tiden.

Dette kan både gøre sig gældende i de første måneder, men dukker op igen, når barnet skal i pasningstilbud. Tanker om hvorvidt, man skal orientere om barnet er født præmaturt, fylder, da de kan være bekymret for, om man ser præmaturiteten, før man ser på barnet. Vi opfordrer til, at man fortæller, at barnet er født præmatur, for at pædagoger/daglejemor har forståelse for barn og forældre, således at der er et samarbejde, der er til fordel for barnets trivsel.

I gruppen drøfter vi opstart i dagtilbud. Vi opfordrer til, at forældrene kigger på deres barn, og at de drøfter med deres egen sundhedsplejerske hvilken type pasning, der vil være mest hensigtsmæssig for barnet. Hvis det er et barn, der er meget sensitivt, anbefaler vi som regel dagpleje. Vi anbefaler, at familien tager kontakt til dagtilbudslederen, for at høre om der er dagplejere eller vuggestuer med erfaring i forhold til præmature. Vores indtryk er, at børnene kan have brug for en længere indkøringsperiode, nogle gange 2-3 måneder, før de er trygge i deres omgivelser. Ved behov, tilbyder egen sundhedsplejerske at deltage i et overgangsmøde ved start i pasningstilbud.

Vi mødes med gruppen en enkelt gang, når børnene er omkring 1½ år. Her er det vores oplevelse, at forældre har valgt det rigtige tilbud til deres barn, hvad enten det er vuggestue eller dagpleje.

Gensyn med familierne

Vi mødes med forældre og børn i gruppen ved 1½ års alderen, hvor mange fortæller, at de generelt oplever, at det går godt. Nogle fortæller, at børnene er lidt sene til at gå og sprogligt ikke



er helt aldersvarende. Men indtrykket er, at når sproget kommer med, letter det på barnets frustration, og barnet bliver mere roligt og hviler i sig selv.

En del siger, at præmaturiteten ikke længere fylder så meget i deres verden som tidligere.

Mange gør sig overvejelser i forhold til flere børn, og om de tør det. Nogle kan af omgivelserne, særligt hvis det har været et meget hårdt forløb, blive mødt med, om det da er en god idé, når det nu endelig går godt. En mor nævner, at det gør ondt når andre kommenterer, at man er egoistisk, når man overvejer at få barn nummer to. Forældrene får indtryk af, at andre tænker, at de burde være glade for, at det er gået godt med første barn, trods præmaturiteten og hvorfor så udfordre skæbnen. Men ligesom de fleste andre har forældre til for tidligt fødte børn også drømmen om flere børn.

Vi kan kun varmt anbefale at starte forældregrupper op. Vi oplever, at selvom vores tilbud ligger indenfor almindelig arbejdstid, er der altid fædre repræsenteret. Vores evalueringer viser, at forældrene generelt har stort udbytte af gruppeforløbet. ♥

Den 1-årige efteruddannelse til Småbørnskonsulent

Unikt tilbud

1-årigt uddannelsesforløb med Kari Killén som gennem-gående underviser (3x2 dage + 2x1 dag).

Margareta Brodén, May Olofsson og Susan Hart er gæsteundervisere. Hold 7 starter 27. februar 2014. Bemærk kun 20 pladser pr. hold. Læs mere på vores hjemmeside.



Toftemosegaard

Center for udvikling og forandring



Kontakt: Toftemosegaard Aps
CEO aut. psykolog Flemming Christiansen
Manderupvej 3, 4050 Skibby
Tlf. 4752 8360, Mobil. 2040 8370
Mail: post@toftemosegaard.dk
www.toftemosegaard.dk

Invitation

til det første landsdækkende ERFA møde for Sundhedsplejersker, der arbejder med præmature børn og deres familier



Mødet afholdes i Vejle onsdag den 11. september
kl.9.45-15.30:

Sted: Vejle Bibliotek, Willy Sørensen Plads, 7100 Vejle

Der vil være et oplæg af ergoterapeut Lone Stigaard Kammer om sanseintegration og der vil blive præsenteret en model (Sensory Profile), som kan afklare barnets udfordringer, samt muligheder for sundhedsfremmende tiltag. Vi skal lære af hinandens erfaringer og tilbud på landsplan ved drøftelser i mindre grupper/cafeer. Dagen er incl. frokost venligst sponsoreret af FS 10 og Mediq Danmark. (Der kommer muligvis Region TV for at profilere ERFA møde og sætte et fagligt fokus på de for tidligt fødte børn og deres familier.)

Kl.9.45-10.15 Morgenkaffe med brød

Kl.10.15-10.30 Velkomst med præsentation af dagens program og valg af referent

Kl.10.30-12.00 Oplæg med ergoterapeut med mulighed for spørgsmål

Kl.12.00-12.45 Frokost

Kl.12.45-14.45 Erfaringsudveksling i mindre grupper/cafeer om følgende emner:

Vedr: besøgsprofiler, organiseringer og tilbud til præmature familier i de forskellige kommuner – vil vi gerne, at I medbringer det på skrift (1 A4 side), så vi kan hænge det op og drøfte det på den vis.

Og så på cafe-vis kan vi drøfte:

- præmaturesundhedsplejersker's kontakt til landets neonatalafdelinger og deltagelse i netværksmøder/udskrivningssamtaler og vidensdeling
- vejledninger om amning og erstatning samt overgangskost til præmature børn
- vejledning om søvn/søvnemønster
- sanseintegration og forebyggende tilbud samt behandling
- tilbud til kriseramte forældre og hvorledes imødekommer vi disse forældres og søskendes behov for vejledning mm.

Der vil være forfriskning med frugt og vand

Kl.14.45-15.00 Kaffe/the med kage

Kl.15-15.30 Sammenfatning af erfaringsudveksling, evaluering af dagen og fremtidige landsdækkende ERFA-møder, og hvor skal det være næste gang – vi foreslår vi kan skifte mellem Jylland, Fyn og Sjælland?



Har du *råd* til trætte forældre?

Aftamed giver effektiv hjælp helt naturligt af smertefulde tilstande i munden, som fx tandfrembrud og blister.

- Kan anvendes fra 0 år
- Umiddelbar smertelindring
- Fremskynder heling
- Hæfter til mundens slimhinde
- Også til rifter og småsår i munden
- Fås som gel, spray og mundskyl



Sammenfatning kan anvendes til f.eks nationale guidelines eller faglig inspiration til anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen eller udarbejdelse af statistik. F. eks hvor mange kommuner har en organisation med præmatur sundhedsplejersker?

Desuden tænker vi, at vi kan skrive en artikel til Sygeplejersken/FS10 om sammendraget af dagen

Praktiske oplysninger:

Vi ser rigtig meget frem til et landsdækkende ERFA møde og håber på stor tilslutning på trods af de store afstande. For at optimere udbyttet af erfaringsudvekslingen vil det være en stor hjælp, hvis I forbereder en kort skriftlig præsentation af jeres tilbud til de præmature børn og deres familier.

Tilmelding til ERFA mødet skal ske til:

mette.korshoej@mediq.com

Senest mandag den 2. september

Vi glæder os til at se Jer..) ♥



Produktet købes uden recept på apoteket eller på www.navamedic.com

 Navamedic

Nye anbefalinger for barselsomsorgen.....

Tidligt hjemmebesøg 4- 5 dage efter fødslen: Er familien er udskrevet indenfor 72 timer efter fødslen og efter hjemmefødsler, tilbyder sundhedsplejersken at aflægge et tidligt hjemmebesøg

Etableringsbesøget: Har der ikke har været et hjemmebesøg på 4.-5. dag, aflægges etableringsbesøget senest 7 dage efter udskrivelsen. Hvis familien har fået et hjemmebesøg på 4.-5. dagen, fastsættes tidspunktet for etableringsbesøget ud fra en faglig vurdering og familiens ønsker og behov, dog senest når barnet er 14 dage gammelt.

- Hvordan håndteres barselstilbuddet i din kommune?
- Fremtidens sundhedspleje – udvikling og udfordringer

Deltag i debatten på facebook. Meld dig ind i gruppen, hvis du ikke allerede er medlem.

Her kan du læse om succes i Silkeborg ift. genindlæggelser.

EN HÅRD BARNDOM KAN AFHJÆLPES MED SOCIAL STØTTE

En god og personlig relation med et andet menneske kan bidrage til, at traumatiserede børn og unge undgår at gøre skade på sig selv eller udvikler en spiseforstyrrelse senere i livet. Det viser en ny undersøgelse fra SFI.

Læs mere eller download rapport:

www.sfi.dk/pressemeddelelser.

Her kan rapport også downloades som pdf fil.

Læs også rapport:
Ledelsesforhold og Kapacitet
– et øjebliksbillede
www.sundhedsleder.dk

LÆST I VIDENSKAB.DK:

Rens sutten med din mund og skån barnet for astma og eksem....

<http://videnskab.dk/kort-nyt/rens-sutten-med-munden-og-skan-dit-barn-astma-og-eksem>

Faglig Selskab har forespurgt Annette Poulsen fra Sundhedsstyrelsen vedr. oventående. Annette Poulsen oplyser, at vejledningen til forældre ikke er ændret. Det betyder, at det forsat anbefales ikke at sutte på små børns sut, men rengøre efter anbefalingerne.

VI MANGLER ANMELDERE...

Er du interesseret i at anmelde litteratur eller andet materiale? Skriv eller mail til Anette: anettebilde@fs10.dk:



Amning

Amning på cafeer og offentlige steder har været genstand for megen debat i medierne gennem de sidste måneder. Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker mener, at kvinder har ret til at færdes overalt i samfundet, også som ammende mor.

Her er et af de mere morsomme indslag fra medierne:



Sundhedsplejersken har fået ny redaktør. Anette Bilde Thoft har overtaget opgaven fra Hanne Sixhøj. Bestyrelsen vil hermed gerne takke Hanne Sixhøj for at have varetaget posten gennem de sidste to år.

Har du forslag til temaer eller andet, der er relevant for sundhedsplejersker – så tøv ikke men send en mail til: anettebilde@fs10.dk eller redaktor@fs10.dk

Nyt fra Børnerådet:

16 film skal hjælpe fagfolk med at gribe hurtigere ind

Alt for ofte hører man om udsatte børn og unge, der ikke får den hjælp, de har brug for. Nogle gange kommer hjælpen for sent, andre gange er den utilstrækkelig – eller også udebliver den helt. Det skal der laves om på, mener Børnerådet. Derfor lancerer Børnerådet 16 film, der skal hjælpe lærere, pædagoger, sundhedsplejersker og skoletandplejen, så de bliver bedre rustet til at gribe ind, når de ser børn og unge, der er udsat for omsorgssvigt.

To af filmene er lavet med og til sundhedsplejersker. I de to film fortæller sundhedsplejersker åbent om deres tilgang til arbejdet med omsorgssvigtede børn og den særlige rolle, som sundhedsplejersken kan have.

Derfor lancerer Børnerådet 16 film, der skal hjælpe lærere, pædagoger,

sundhedsplejersker og skoletandplejen, så de bliver bedre rustet til at gribe ind, når de ser børn og unge, der er udsat for omsorgssvigt.

Der er ingen kommercielle interesser i filmene. De er udarbejdet for Børnerådet af Batavia film med støtte fra Bikubenfonden, Trygfonden, De Offentlige Tandlæger og Social- og integrationsministeriet.

Se de 16 film på www.brd.dk/rettidig-omsorg/sundhedsplejersken - website: www.boerneraadet.dk

www.Sundhedsplejersken.nu

Opret dig som bruger og få adgang til ny viden mv. Du kan også tilmelde dig "nyhedsbrev" og dermed få tilsendt nyheder via mail.

Der er ligeledes mulighed for at rette oplysninger, eks. adresseskifte.

ANERKENDELSE ÅBNER FOR UDVIKLING

TEMA
Anerkendelse

PSYKOLOG ELSE MARIE BECH OG ANNETTE GROTH,
INSTITUT FOR RELATIONSPSYKOLOGI (TEKST)
ELSE MARIE BECH OG ANNETTE GROTH (FOTO)

For tiden taler vi rigtig meget om anerkendelse. Vi vil være anerkendende overfor hinanden, vi søger andres anerkendelse og vi er enige om, at anerkendelse signalerer faglighed og professionalismisme. En spørgeskemaundersøgelse fra 2009 viser, at 70 procent af landets kommuner har anerkendende pædagogik som den vigtigste pædagogiske grundpille i vuggestuer og børnehaver. (Kamp 2009) Samme tendens er gældende indenfor sundhedsplejen, hvor den anerkendende tilgang til forældrene i dialogen om barnets sundhed er meget udbredt.

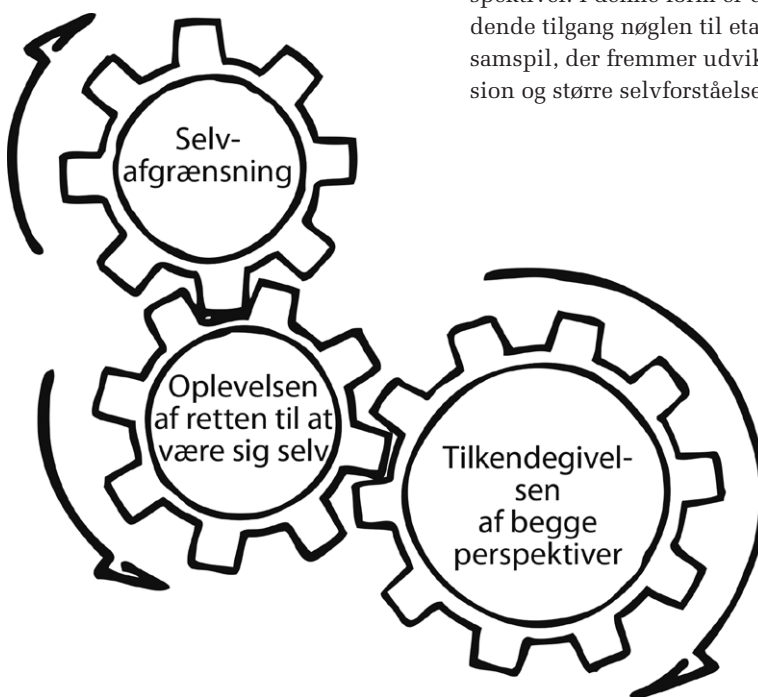
Desværre ser det ud til, at anerkendelsen er blevet defineret og omdefineret så mange gange, så den nærmest har mistet sin betydning. Betegnelsen "anerkendelse" bliver typisk anvendt som et synonym for ros og bruges ofte som en "paraply", som dækker alt det, der føles rigtigt.

På denne baggrund ser vi et stort behov for at optegne et skarpere billede af, hvad anerkendelse egentlig er, og gøre op med alle mulige praksisformer, der også har listet sig ind under denne populære

betegnelse. Vi præsenterer anerkendelsen som en relationel position, der baserer sig på tilstedeværelsen af tre interpersonelle dimensioner:

- Selvfafgrænsning
- Oplevelsen af retten til at være sig selv
- Tilkendegivelsen af begge perspektiver

Muligheden for at opleve en anerkendende interaktion afhænger derved af den professionelle evne til at afgrænse sig selv, til at give den anden oplevelsen af retten til at være sig selv, og til at lægge de relationelle møder til rette, så de kan føre til udviklingsstøttende oplevelser gennem mødet mellem forskellige perspektiver. I denne form er den anerkendende tilgang nøglen til etableringen af samspil, der fremmer udvikling, refleksion og større selvforståelse.



I det følgende vil vi gennemgå anerkendelsens tre dimensioner og illustrere dem med eksempler fra sundhedsplejen.

Selvfgrænsning

Sundhedsplejersken Hanne er på besøg hos Sara og hendes lille søn. Sara og hendes kæreste gik fra hinanden få uger før fødslen, og det er tydeligt, at Sara er ramt af stor tristhed, frustration og ensomhed over dette brud. Hanne føler noget særligt for Sara, da hun også selv har stået alene med et barn og genkender den tunge følelse af utilstrækkelighed i denne situation. Mødet med Sara bringer Hanne i kontakt med følelser, der ligger en del år tilbage, men pludselig bliver genaktiverede og helt levende. Sara fortæller grædende om kampen for at få hverdagen til at gå op, og Hanne kæmper selv med tårerne og føler, at hun må gøre noget: "Du har brug for nogen, der kan være der for dig lige nu," siger Hanne. "Kan din mor eller en god veninde flytte ind nogle dage? - Du er simpelthen nødt til at få noget hjælp og støtte.."

I denne situation bliver det rigtig svært for Hanne at lytte åbent til Sara og fornemme, hvad hun egentlig har brug for, fordi hun i stedet kommer i kontakt med sine egne følelser – og forsøger at give Sara det, som hun selv havde brug for, da hun var i en lignende situation. Med udgangspunkt i de bedste intentioner forsøger Hanne at trøste Sara på den måde, hvorpå hun selv ønskede trøst. Det bliver derfor hendes egne gamle minder og behov, hun reagerer på, og Sara vil ikke føle sig set og hørt i sin egen følelsesmæssige tilstand.

Det er langt fra sikkert, at Sara i virkeligheden har brug for, at nogen andre tager over. Måske vil det ligefrem gøre hendes følelse af afmagt større at få at vide, at hun ikke selv kan klare at varetage omsorgen for sin lille søn.

Derfor er den første og meget vigtige dimension i anerkendelsen evnen til at afgrænse sig. Det handler om at kunne bevidstgøre sig om – og tage ejerskab over – sine egne tanker, holdninger og følelser. Når der sker en sammenblanding af to personers følelser og reaktioner, bliver det uklart, hvilke tanker og følelser der hører til den enkelte, og begge parter vil stå tilbage med en forvirret selvoplevelse og en oplevelse af ikke at blive forstået.

I den anerkendende position handler det derfor om at lære at adskille, hvilke reaktioner, der er den andens og hvilke følelser, der vækkes i en selv. Når denne afgrænsning lykkes betyder det, at den anden får retten til sine egne tilstande, mens man selv får retten til sine. Ud fra denne position kan man lytte åbent, nysgerrigt og fordomsfrit til den anden, og give denne oplevelsen af at føle sig hørt og forstået i sin egen unikke situation.

Oplevelsen af retten til at være sig selv

Den anden interpersonelle dimension, der skal være til stede, for at samværet kan karakteriseres som anerkendende er, at den anden har en oplevelse af retten til at være sig selv. Vi kan også sige, at den anden er autoritet i forhold til sin egen oplevelse (Schibbye 2005). Det er derfor den andens personlige oplevelse, der er i centrum, og denne oplevelse kan man kun lære noget om ved nysgerrigt at spørge dybere ind til oplevelsen, mens

man er opmærksom på kropssprog og stemmeleje.

At give plads til den andens oplevelse kan være særligt udfordrende i en professionel relation sammenholdt med andre relationer. I en professionel relation vil der typisk være et magtforhold, hvor det er den professionelle, der har ekspertkompetencen og definitionsmagten.

“DET HANDLER OM AT KUNNE BEVIDSTGØRE SIG OM – OG TAGE EJERSKAB OVER – SINE EGNE TANKER, HOLDNINGER OG FØLELSER.”

Derfor skal man i endnu højere grad være opmærksom på at give den anden retten til sin oplevelse og forholde sig åbent og nysgerrigt her til. Det kræver en bevidst viljesbeslutning at ligestille den andens oplevelse med sin egen sideløbende med, at man stadig fastholder overblikket og ekspertkompetencerne i situationen:

Vibeke kommer ind i Linas hjem, der er rengjort og dufter af nybagte boller. Under Vibekes og Linas samtale, fortæller Lina, at hun er meget usikker på amningen, og derfor er begyndt at supplere med flaske. Da det bliver tid til, at Linas lille pige skal spise, observerer Vibeke, hvordan Lina lægger hende til. Det er tydeligt for Vibeke, at ammesituationen forløber rigtig fint, og Linas lille datter tager godt fra. Vægtøgningen er ligeledes ↘

normal. Derfor undrer Vibeke sig over, hvorfor Lina føler behov for at supplere amningen med sutteflasken.

Hvis Vibeke ikke havde været opmærksom på vigtigheden i at give Lina retten til sin oplevelse, ville det have været nærliggende at sige: "Du skal ikke være usikker omkring amningen. Den forløber rigtig fint, så læg du bare den flaske væk igen.." Denne samtale ville dog ikke have givet Lina retten til sin oplevelse, og hun ville ikke have følt sig hørt og forstået. Når man ikke føler sig forstået, er man heller ikke åben for at modtage ny viden og rådgivning.

I stedet siger Vibeke: "Såeh - du føler dig usikker omkring amningen.. Hvad bliver du særligt usikker over?" Med denne invitation til at udforske Linas oplevelse, kan de sammen reflektere over, hvorfor Lina føler, som hun gør. På denne måde vil Lina føle, at hendes oplevelse bliver taget alvorligt, og hun vil føle sig hørt og forstået. Denne bekræftelse fra Vibeke er meget vigtig for Lina, fordi den vil øge hendes følelse af selvtrillid i moderskabet.

Gennem selvrefleksion og et konstant øje for den andens oplevelse, kan den professionelle etablere relationer, hvor den anden får en bedre kontakt til sig selv. Moren vil kunne udvikle tillid til, at hendes oplevelser og tanker er gyldige, fordi de tages alvorligt af den professionelle. Det kræver, at den professionelle lytter, forstår, accepterer, tolererer og bekræfter (Schibbye 2005), før hun deler sit eget perspektiv eller vælger at give gode råd.

Tilkendegivelsen af begge perspektiver

Den tredje dimension i anerkendelsen er, at samværet først bliver udviklingsstøttende,

når begge perspektiver tilkendegives.

Når man først mærker, hvordan relationen beriges, når man lærer at tage den andens perspektiv, kan man blive så optaget af dette, at man glemmer at give sig selv til kende i samtalen. Denne situation er dog ikke hensigtsmæssig, fordi den anden nok føler sig hørt, men ikke opnår de udviklingsmuligheder, der ligger i mødet mellem to forskellige perspektiver.

Mødet mellem to menneskers perspektiver åbner op for refleksion over de forskelle og ligheder, der måtte vise sig. Mens mødet mellem enige perspektiver er nemt og bekræftende, kan det være udfordrende at give sin mening til kende, når perspektiverne er forskellige. Forskellene kan nemt skabe frustration, og det kræver øvelse at give sin mening til kende, samtidig med at der udvises åbenhed og respekt for det modsatte perspektiv. I mødet med et andet perspektiv lærer man dog meget om, hvem man selv er, og man får muligheden for at genoverveje og nuancere sine holdninger og oplevelser.

Derfor er det vigtigt at bestræbe sig på, at samværet skal være udviklingsstøttende gennem en balance mellem at forstå den andens perspektiv og samtidig introducere sit eget perspektiv på situationen.

Hvad ville der ske i ovennævnte eksempel, hvis Vibeke udforskede og rummede Linas usikkerhed uden at give sit eget perspektiv til kende? Lina ville godt nok føle sig hørt og forstået, men hun ville ikke få mulighed for at afprøve andre perspektiver, der kunne dæmpe hendes usikkerhed og hjælpe hende til en øget viden om barnets sundhed.

Linas oplevelse af at føle sig forstået er forudsætningen for, at hun bliver klar til at åbne sig for - og reflektere over Vibekes perspektiv. Derfor må Vibeke vente med at dele sine tanker om situationen, til hun

Litteratur

Kamp, M. (2009): "Det pædagogiske Danmarkskort – relationerne dominerer og læring vokser". I Børn & Unge, 24, s. 6-9

Schibbye, A. L. L. (2005): Relationer. Et dialektisk perspektiv på eksistentiel og psykodynamisk psykoterapi. Akademisk Forlag.

:"GENNEM SELVREFLEKSION OG ET KONSTANT ØJE FOR DEN ANDENS OPLEVELSE, KAN DEN PROFESSIONELLE ETABLERE RELATIONER, HVOR DEN ANDEN FÅR EN BEDRE KONTAKT TIL SIG SELV."

Præsentation

fornemmer, at Lina føler sig helt forstået. Når Vibeke fornemmer, at dette er sket, kan hun give sin egen oplevelse til kende: "Jeg oplever en lille pige, der bliver ammet rigtig fint og tager godt på i vægt, så jeg tror faktisk slet ikke, hun behøver den ekstra flaske..."

Den professionelle må bevidst vælge sin position ud fra en vurdering af, hvor den anden er, og hvad hun trænger til. Føler hun sig mødt? Er hun klar til at høre om min oplevelse, eller trænger hun først til støtte og omsorg?

Med inddragelsen af denne tredje dimension, bliver situationen pludselig udviklingsstøttende. Der bliver mulighed for at forandre sig og sammenligne sin oplevelse med andres oplevelse.

Vi har nu - ganske kort - præsenteret anerkendelsen gennem tilstedeværelsen af de tre interpersonelle forholdemåder. Ved at indtage denne anerkendende position kan man igangsætte refleksion og selvværd hos forældrene, der sætter dem i stand til at udvikle tillid til deres egne oplevelser og vurderinger. Denne situation er meget befordrende for etableringen af en sund og stærk relation til barnet, der tager udgangspunkt i forældrenes tro på, at de netop har det, der skal til, for at give deres barn en god og tryk opvækst.

Denne beskrivelse af anerkendelsens dimensioner er hentet fra bogen: "Relationspsykologi - i praksis" (Rønsholdt, Groot, Godrim og Bech 2013), hvor du kan læse meget mere om anerkendelse og om andre relationelle temaer, der vil berige din evne til at etablere udviklingsstøttende relationer. ♥



Annette Groot

Annette er seniorpartner i Institut for Relationspsykologi, og er uddannet specialist i psykoterapi og klinisk psykologi. Hun arbejder både indenfor det specialpædagogiske og psykologiske område og har også bred erfaring med afholdelse af foredrag, uddannelser og kursusforløb for forskellige faggrupper i forbindelse med fælles kommunale – og enkelte institutioners udviklingsprojekter.

Annettes tilgang til arbejdsfeltet tager altid afsæt i den relations- og ressourceorienterede tilgang.



Else Marie Bech

Else arbejder ligeledes ved Institut for Relationspsykologi, hvor hun har ansvar for instituttets kommunikationsopgaver og derudover har klienter i terapi.

Else er uddannet psykolog, og har specialiseret sig særligt indenfor udviklingspsykologiske områder. Hun har stor erfaring med formidling af faglige emner, og har skrevet mange artikler om psykologiske og pædagogiske fagområder. Hun er desuden forfatter til flere børnebøger, der formidler barndommens temaer og udfordringer i en letforståelig form.

Elses tilgang til både kommunikation og terapi funderer sig på den relationspsykologiske teori.

Sundhedsplejersker frembringer vigtig viden om børns sundhed

BJØRN HOLSTEIN. MAG. SCIENT. SOC., PROFESSOR
VED STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED VED
SYDDANSK UNIVERSITET (TEKST)
COLOURBOX (FOTO)

Omkring 14 % af alle spædbørn viser udtalte tegn på mistrivsel, fx at de er triste, urolige, ukoncentrerede, mangler øjenkontakt, er kontaktsøgende eller alt for stille. I otte til ti-månedersalderen viser ca. 8 % af alle børn tegn på alvorlige udviklingsforstyrrelser. De er fx mærket af uro og gråd, pirrelighed, tristhed samt manglende evne til at skelne mellem forældre og andre. Disse børn er i alvorlig fare for også at mistrives ved skolestart. Hvor ved man det fra? Fra offentlig statistik? Nej, der er ingen offentlig statistik om, hvordan børn har det. Man ved det fra sundhedsplejerskerne.

Sundhedsfremme for børn er højt prioriteret i sundhedspolitikken. Derfor er der mærkeligt, at der eksisterer så lidt statistik om børns sundhed. De fleste nationale og regionale sundhedsprofilundersøgelser inkluderer ikke børn, og offentlig statistik er ikke til megen hjælp. Her kan man finde objektive data om fx dødsfald og indlæggelser, men ingen oplysninger om, hvordan børnene har det.

Sundhedsplejersker, som ser næsten alle børn med jævne mellemrum, har en enestående mulighed for at frembringe vigtig viden om børns sundhed, trivsel og udvikling. Det kræver systematik: at alle sundhedsplejersker noterer oplysninger om nøjagtigt de samme temaer for alle børn. Og det kræver kvalitetssikring: at sundhedsplejerskernes observationer og journaler er guidede af den bedst opnåelige viden.

Sådan arbejder sundhedsplejerskerne i 14 kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rødovre og Tårnby. De har sluttet sig sammen i Databasen Børns Sundhed, som hvert år opsamler systematiske og kvalitetssikrede data om alle 0-1-årige og alle indskolingsbørn.

Ny sundhedsprofil

Der er et nært samarbejde mellem Region Hovedstaden og Databasen Børns Sundhed. Region Hovedstaden udgav i

foråret 2013 Danmarks første børnesundhedsprofil med udgangspunkt i Databasen Børns Sundhed. Her kan man bl.a. læse, at amning nu er på det højeste niveau i 70 år. Man kan også læse, at seks ud af ti overvægtige spædbørn også er overvægtige, når de starter i skolen. Og at hvert tiende indskolingsbarn kan ikke gribe en bold. Og en masse andet. Sundhedsprofilen bygger på sundhedsplejerskernes journaler om 5400 spædbørn og 4800 indskolingsbørn. Blandt de vigtigste konklusioner er:

- De fleste børn trives og er sunde.
- Social ulighed i sundhed findes også blandt små børn.
- Der er store gevinster ved tidlig indsats.
- Overvægt i de første leveår mangedobler risikoen for overvægt ved skolestart.
- Hvert femte barn har uhensigtsmæssige mad- og måltidsvaner ved skolestart.
- Hvert sjette spædbarn og hvert fjerde indskolingsbarn er passive rygere. Forældrene er oftest lavtuddannede eller eneforsørgere.



Hvordan erstatter man noget så grundlæggende som modermælk, når man er nødt til det?

- ✓ Galaktooligosakkarider (GOS)
- ✓ Økologisk

HiPP's modermælkserstatning Baby Combiotik 1 og tilskudsblending Baby Combiotik 2 indeholder galaktooligosakkarider (GOS) - fibre, som stimulerer væksten af både mælkesyrebakterier^{1,3} og bifidobakterier^{1,2,3}. GOS udvindes af laktose og giver en konsistens på barnets afføring som ligner den hos børn der får brystmælk¹.

Se www.hipp.dk/nutrition for at få flere oplysninger.



¹ Ben XM et al. Chin Med J 2004; 117(6): 927-931

² Fanaro S et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 48(1):82-88

³ Ben XM et al. World J Gastroenterol 2008 Nov 14; 14(42):6564-8

- Mindst en ud af syv nybagte mødre oplever en efterfødselsreaktion. Sådanne efterfødselsreaktioner øger risikoen for trivselsproblemer hos børnene helt frem til indskolingsalderen.

Sundhedsprofilen for børn peger på nogle konkrete temaer, hvor der er viden og personale til at skabe forbedringer for børns sundhed, fx:

- Styrket indsats for børns motoriske udvikling
- Styrket indsats for at beskytte børn mod passiv rygning
- Styrket forebyggelse af overvægt i barndommen
- Styrket indsats for at hjælpe mødre med efterfødselsreaktion
- Styrket indsats for at hjælpe forældre, hvis børn mistrives og har problemer med en alderssvarende udvikling.

De fire temabokse viser eksempler på den viden, man kan få ud af sundhedsplejerskernes journaler.

Den nye viden bliver brugt i praksis

Mange af de deltagende kommuner bruger aktivt den viden, der kommer ud af Databasen Børns Sundhed. Data giver et godt grundlag for faglige diskussioner, udvikling af sundhedsplejen, prioriteringer og omlægning af sundhedsplejen, styrket sundhedsfremmende indsats for børn og børnefamilier. Der kommer årligt fire rapporter fra databasen:

- 1) en årsberetning om 0-1-årige, hvor de deltagende kommuner får statistiske oplysninger om kommunens egne børn sammenlignet med de andre kommuner,
- 2) en årsberetning om indskolingsbørn, igen med mulighed for at sammenligne sig med de andre kommuner,
- 3) en temarapport om 0-1-årige med dyberegående analyser af et udvalgt tema: i 2011 amning, i 2012 mors psykiske

tilstand, og i 2013 søvnproblemer. Også her kan kommunerne se analyser om egne børn,

- 4) en temarapport om indskolingsbørn med dyberegående analyse af et udvalgt tema: i 2011 motorik, i 2012 overvægt, og i 2013 trivsel ved skolestart (under udarbejdelse).

Alle rapporter er skrevet af en forskergruppe på Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet, men det er de ledende sundhedsplejersker, som bestemmer temaerne og bestiller rapporterne.

Fakta om Databasen Børns Sundhed

Databasen Børns Sundhed blev etableret i 2002 af kommunerne i det tidligere Københavns Amt. Region Hovedstaden er fortsat en aktiv medspiller, og de deltagende kommuner er for tiden: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rødovre og Tårnby. Formålet med databasen er 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af sundhedsplejen og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale. Sundhedsplejerskerne har en ensartet praksis for indsamling af data, hvilket giver en systematisk dokumentation af børns sundhed og sundhedsplejerskernes ydelser. Siden 2007 er databasen suppleret med data fra sundhedsplejerskernes undersøgelser af indskolingsbørn. Databasen rummer i dag data om mere end 60.000 børn i aldersgruppen 0-1-år og mere end 20.000 indskolingsbørn.

Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat Styregruppe. Formanden er altid en ledende sundheds-

plejerske, for tiden Lene Møller fra Rødovre kommune (e-mail: cn12268@rk.dk).

Databasen er fysisk placeret på Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet. Databasen er finansieret af de deltagende kommuner, som for tiden betaler ca. 40 kr. per spædbarn og ca. 20 kr. per indskolingsbarn, og som til gengæld får en årlig sundhedsprofil for kommunens 0-1-årige, en årlig sundhedsprofil for kommunens indskolingsbørn, og derudover to temarapporter med mere indgående behandling af et udvalgt tema.

Alle kommuner er velkomne til at deltage i samarbejdet. Det kræver, at sundhedsplejerskerne aflægger fire besøg i første leveår (etableringsbesøg kort efter fødslen, 2-3-måneders-alderen, 4-6-måneders-alderen og 8-10-måneders-alderen), og at man leverer data efter de forskrifter, som sundhedsplejerskerne i de deltagende kommuner har udarbejdet. ♥

Fakta om sundhedsprofilen

Rapporten er frit tilgængelig på internetadressen:

www.si-folkesundhed.dk/upload/sundhed_blandt_b%C3%B8rn_i_region_hovedstaden.pdf

Fuldstændig reference: Sanne Ellegaard Jørgensen, Signe Boe Rayce, Carina Brixval, Anne Maj Denbæk, Maria Svendsen og Bjørn E. Holstein. Sundhed blandt børn i Region Hovedstaden: data fra sundhedsplejen om graviditet, spædbørn og indskolingsbørn. Hillerød: Region Hovedstaden, 2013.



Temaboks 1:

Udviklings- og trivselsproblemer er almindelige hos spædbørn

Sundhedsplejerskerne er urolige for trivslen hos hvert syvende spædbarn. Grundene kan være at barnet er trist, uroligt, ukoncentreret, mangler øjenkontakt, er kontaktsøgende eller for stille. I 14,3 % af journalerne var der bemærkninger om sådanne tegn på mistrivsel.

Sundhedsplejerskerne observerer også barnets signaler, reaktioner og kommunikation. Manglende signaler og reaktioner kan være tegn på mistrivsel eller at barnet lider af en udviklingsforstyrrelse. I otte- til ti måneders alderen er der 8,5 % af børnene, hvor sundhedsplejersken noterer, at der var grund til at være urolig. Vurderingen inddrager også forhold som døgnrytme, søvn, uro og gråd, pirrelighed, tristhed samt manglende evne til at skelne mellem forældre og andre.

Der er hjælp at hente: Sundhedsplejersken kan ofte råde bod på problemerne gennem oplysning af forældrene, eventuelt i forbindelse med en række ekstra besøg. Sundhedsplejersken opfordrer forældrene til at søge hjælp hos læge, hvis hun skønner, at det er nødvendigt.

Snup-Let 2

Selen

Fleksibel og luftig
barnevognssele

Snup-Let 2 er en dejlig let og luftig sele uden generende ekstra stof. Selen kan bruges til alle barnevogne, combivogne, tvillingevogne og krybber. Barnet kan både sidde og ligge uden at ændre på fastgørelsen. Praktisk lomme til karabinhagerne beskytter under vask. Selen er regulerbar i størrelsen fra 6 - 36 måneder.

Fås i børne- og
babyudstysforretninger
over hele landet.

www.thornprodukterne.dk



Thorn
produkterne
- ET HJERTE FOR BØRN!

Snup-Let 2
Selen

♥ Barnet sidder og ligger i én og samme fastgørelse

♥ Let og luftig sele

♥ Åbnes helt med to klik

♥ Nem regulering



Temaboks 2:

De fleste spædbørn ammes, men der er plads til forbedringer

Amning har positive virkninger for både mor og barn. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at barnet ammes uden tilskud af anden føde i fire måneder. Ikke mindre end 61,3 % af børnene bliver ammet fuldt ved fire måneders alderen, 12 % ved tolv måneders alderen. Det er historisk højt, den højeste forekomst der er målt herhjemme i 70 år.

Men der er brug for en ekstra indsats i nogle befolkningsgrupper med lav amme frekvens. Det er for eksempel for tidligt fødte børn, børn der ikke bliver lagt til brystet inden for de første timer efter fødslen, børn der uden medicinsk begrundelse får modermælksersatning på hospitalet, børn af lavtuddannede mødre, og børn hvis mødre lider af en efterfødselsreaktion.

Der er mange faggrupper, som kan hjælpe mødrene til at sikre et godt ammeforløb, og som prioriterer at gøre en indsats. Det gælder fx jordemødre, sundhedsplejersker og almen praktiserende læger.

Temaboks 3:

Mange kvinder oplever efterfødselsreaktioner

Efterfødselsreaktioner kan spænde fra den såkaldte maternity blues, på dansk ofte kaldet tudeturen, til egentlig fødselsdepression. Tudeturen er en kortvarig reaktion, som opleves af ca. hver anden mor. Fødselsreaktion kan være langvarig, og det er den hyppigste komplikation til graviditet og fødsel.

Sundhedsplejersker stiller ikke diagnoser, men de noterer i journalen, hvis der er grund til at være bekymret for en efterfødselsreaktion. Det gjorde de hos 12,7 % af de besøgte mødre, når barnet var fire til seks måneder gammelt, endnu flere hvis man også registrerer på andre tidspunkter. Det er vigtigt at hjælpe disse mødre, fordi der er øget risiko for trivselsproblemer hos børnene i de kommende måneder. Problemerne kan spores helt til indskolingsalderen, hvor børn af mødre med efterfødselsreaktion havde større risiko for problemer med jævnaldrende.



Temaboks 4:

Hvert tiende indskolingsbarn kan ikke gribe en bold

Motoriske problemer kan give mistrivsel og problemer i skolen. Derfor er det vigtigt at vurdere motoriske problemer ved skolestart. Sundhedsplejerskerne vurderer børnene på en systematisk måde. De ser blandt andet på håndgreb, balance, gang, om barnet kan hoppe, stå på ét ben, løbe gadedrengeløb, kaste og gribe en bold. Hvert tiende barn havde tydelige motoriske problemer ved skolestart, defineret som mindst tre problemer.

Der er forskelle på piger og drenge. Det er især drenge, som har problemer med balance, at stå på ét ben og gadedrengeløb, mens piger mere end drenge har problemer med håndgreb og at gribe en bold.

I langt de fleste tilfælde kan man gøre noget ved de motoriske problemer. Øvelse og træning hjælper; leg og idræt i børneinstitutioner og skoler hjælper. For børn med alvorlige problemer er der hjælp at hente, fx hos børnefysioterapeuter.

DEKLARERET I SAMARBEJDE MED



Astma-Allergi
Danmark



ALLERGI ER ET VOKSENDE PROBLEM. DERFOR ER NEUTRAL VASK NEUTRALT

Hver dag bliver huden udsat for parfume og andre unødvendige tilsætningsstoffer, eksempelvis fra vaskepulver. Det kan føre til kontaktallergi og irritation på huden – og børn er desværre specielt udsatte. Det vil Neutral ikke finde sig i. Derfor indeholder Neutral's serie af vaskemidler og hudplejeprodukter ikke parfume og unødvendige tilsætningsstoffer. Få mere at vide om Neutral og om, hvordan du kan reducere risikoen for allergi på neutral.dk



Neutral[®]
en holdning til følsom hud



”Undervisningen var relevant og som sagt en stor øjenåbner for mange af os.”

KIROPRAKTIK TIL SPÆDBØRN

– med nakkelåsninger, skæve kranier og kolik, samt behandling af større børn med hovedpine-problemer.

SUNDHEDSPLEJERSKE TINA GAARDEN GEERTSEN, SUNDHEDSPLEJERSKE OG SUSANNE LYNGE ROSING, KIROPRAKTOR, M.S.A ADVANCED CHIOPRACTIC PAEDIATRICS (TEKST)
COLORBOX, TINA GAARDEN GEERTSEN OG SUSANNE LYNGE ROSING (FOTO)

I vores daglige arbejde som sundhedsplejersker møder vi en del spædbørn med låsning i nakken, som kan resultere i skæve kranier, hvis det ikke bliver behandlet i tide. Vi møder også familier med spædbørn, der græder meget og virker irritable, uden at vi altid lige kan pejle os ind på, hvad årsagen præcis er. Ligeledes møder vi skolebørn, som har problemer med hovedpine og som dagligt tager store mængder panodil, for at kunne klare skoledagen.

I januar måned 2013 var der i pressen udmeldinger om, at læger direkte fraråder at sundhedsplejersker henviser spædbørn med kolik og skrige ture til behandling hos kiropraktor, med den begrundelse, at behandlingen ofte ingen effekt har, og at der ikke er forsket tilstrækkeligt på området. Denne udmelding gav anledning til en del debat i sundhedsplejen i Hjørring Kommune og vi oplevede lidt af et dilemma, fordi de fleste af os har mødt forældre som glædesstrålende fortæller om, at selv ganske få behandlinger hos en kiropraktor, ofte har haft god effekt på spædbarnet, og det har givet meget mere ro i familien, både i forhold til nedsat gråd og irritabilitet hos spædbarnet, men også positiv effekt i forhold til forebyggelse af begyndende skævt kranie.

Nordjyske Stiftstidende bragte i december 2012 en artikel, der beskrev en række fordele ved tidlig kiropraktisk behandling af helt små børn. Artiklen tog udgangspunkt i kiropraktor Susanne Lynge Rosings mangeårige erfaring med kiropraktisk behandling af spædbørn samt hendes forskning i forhold til kiropraktisk behandling børn i alderen 7-18 år specifikt med hovedpineproblemer. Et problem som i følge kiropraktoren ofte ikke tages tilstrækkeligt alvorligt.

Avisartiklen vakte vores nysgerrighed i sundhedsplejen i Hjørring kommune, fordi den var yderst relevant i forhold til de lægelige udmeldinger i pressen i januar måned, der gik på, at det ikke kan anbefales, at sundhedsplejersker opfordrer forældre at søge kiropraktor, hvis barnet har skrigeture og koliksmarter. Artiklen og debatten medførte, at vi i sundhedsplejen besluttede os for at undersøge nærmere, hvad kiropraktisk behandling til spædbørn præcis går ud på. Vi tog kontakt til Susanne Lynge Rosing, jf. ovenstående, for at få opkvalificeret vores viden i forhold til kiropraktisk behandling af spædbørn samt lidt større børn.

Susanne har suppleret sin kiropratoruddannelse med en master (MSA) indenfor kiropraktik til børn. Hun har endvidere undervisnings erfaring og tilbød at komme til Hjørring og undervise hele sundhedsplejegruppen. Det var en stor øjenåbner for mange af os.

Susanne viste os på en barneplastisk rygsøjle og efterfølgende på et 2 mdr. gl. spædbarn, hvordan hun med små lette tryk med god effekt behandler et spædbarn med låsning i nakken.

Vi fik undervisning i forhold til de mange nervebaner, som udspringer fra nakkehvirvlerne og hele vejen ned langs rygsøjlen, og som påvirker de forskellige organer i kroppen. Vi så også, hvor lidt der skal til, for at der kan komme forskydninger i nakkehvirvlerne, som bl.a. kan resultere i gråd og irritabilitet hos spædbarnet og senere tydelig skævhed i kraniet.

Undervisningen var relevant og som sagt en stor øjenåbner for mange af os. Det har medvirket til, at vi nu reagerer langt tidligere i forløbet, når vi har en formodning om, at der er en låsning i nakken hos spædbarnet. På den måde kan vi som sundhedsplejersker være med til at forebygge en del ubehag og skæve kranier hos mange børn.

Den følgende artikel tager udgangspunkt i Susanne Lynge Rosings forskning i forhold til børn i alderen 7-18 år, som lider af hovedpine-problemer, samt Susannes mangeårige erfaringer med kiropraktisk behandling til spædbørn med skæve kranier og låsning i nakken, spædbørn med koliksmarter og skrigeture samt børn med Kiss Kidds. Artiklen vil sætte fokus på, hvornår det er relevant, at sundhedsplejersken reagerer, og anbefaler at barnet vurderes af en kiropraktor, eksempelvis efter et akut

kejsersnit, hvor spædbarnet ofte kan have fået alvorlige vred i nakken i forbindelse med fødslen. Dette kan resultere i låsning og forskydning i nakkehvirvlerne, som kan være direkte årsag til gråd og irritabilitet hos spædbarnet. ♥



Susanne Lynge Rosing og
venstre Tina Geertsen.

Har dit spædbarn udviklet en asymmetrisk hovedform?



STARband
Hovedformskorrigerende Ortose

Asymmetrisk hovedform afhjælpes ofte med øvelser på maven, fysioterapi m.m. I tilfælde hvor en mere harmonisk form ikke opnås inden 4-månedersalderen anbefales STARband™ – Hovedformskorrigerende Ortose. Ortoosen benyttes 23 timer i døgnet i en periode, hvor den varsomt og sikkert guider babyens hoved til en mere ensartet form.

Behandling med den innovative ortose ordineres enten efter henvisning til en speciallæge, eller ved henvendelse direkte til bandageriets tilknyttede speciallæge Hanne Hove, der er ekspert i kranie- og ansigtsmisdannelser.

Bandagist Jan Nielsen – En verden fuld af muligheder

Kontakt os for information eller se www.bjn.dk
– Vi vil så gerne dele vores viden!



Bandagist Jan Nielsen A/S • 33 11 85 57 • klinik@bjn.dk • www.bjn.dk



Fokus på kiropraktisk behandling af børn

KIROPRAKTOR SUSANNE LYNGE ROSING,
MASTERS OF SCIENCE I KIROPRAKTISK
PÆDIATRI FRA BOURNEMOUTH
UNIVERSITY/AECC, 2012 (TEKST)
COLOURBOX, SUSANNE LYNGE ROSING
(FOTO)

Der er i disse år stor opmærksomhed omkring udgifterne til rygproblemer, og hvorledes disse belaster den offentlige økonomi, både på grund af behandling og sygemelding. Der er derfor fokus på en øget indsats for at fremme tidlig behandling og forebyggelse af problemer i bevægeapparatet. Der blev ifølge Danmarks statistik født ca. 63.500 børn i år 2010 og heraf blev 11.972 børn i alderen 0-2 år behandlet hos kiropraktor. Dette udgør ca. 10,7 % af en årgang. Kiropraktorerne spiller derfor en rolle ved tidligt at diagnosticere og behandle problemer i bevægeapparatet og dermed afhjælpe, at selv mindre problemer i bevægeapparatet "vokser med" barnet. Hvis man ser på en

voksen rygsøjle, så er dens facon, funktion og problemer oftest bygget op af det, den har været igennem. Det vil sige de fald, slag, løft og "arbejdsstillinger" den har været udsat for kan efterlade skævheder, anspændte muskler og potentielle rygproblemer.

Man kan godt sige, at den første store begivenhed for en rygsøjle er fødslen. Fra at have ligget foldet sammen i livmoderen skal rygsøjle og nakke i løbet af en fødsel igennem en rotation og udretning, som ikke altid forløber uproblematisk. Herefter udsættes rygsøjle og nakke for adskillige fald og slag i opvæksten (fald ned ad klatrestativer/trampoliner/vælte på cykel/falde på rulleskøjter/uheld på kælkebakker/fald af hest/trafikulykker/få bold i

hovedet og almindelige uheld). Barnets ryg skal også holde til at bære skoletasken i mange år og sidde i timevis i skolen, udover at nogle børn sidder 2-4 timer ved computer/TV/mobiltelefon dagligt.

Når barnet er færdigudvokset afspejler den færdige/voksne rygsøjle ofte, hvad man som barn har været udsat for og belastet sin ryg med. Årsagen til rygproblemer i voksenlivet kan altså være grundlagt i barndommen.

• **”Man kan godt sige, at den første store begivenhed for en rygsøjle er fødslen.”**

Kiropraktorens funktion

En kiropraktor går ind og undersøger bevægelighed og funktionsevne i rygsøjle, nakke og bækken. Formålet med undersøgelsen er at opdage eventuelle fejlstillinger i bevægeapparatet, hvor der kan være tale om nedsat funktion af et eller flere led. Man kalder i daglig tale et led med nedsat bevægelighed for fastlåst. Den kiropraktiske behandling har til formål at korrigere disse fejlstillinger og dermed øge bevægelighed og funktion samt fjerne smerter og/eller ubehag. Behandlingen tilpasses patientens alder, størrelse og problem.

Spædbørn

En kiropraktisk anamnese af spædbarnet vil inkludere detaljer om graviditet og fødsel. Den inkluderer også viden om amning/kost, fordøjelse, motoriske evner, søvn, trivsel og tidligere behandling.

Undersøgelsen tilrettelægges efter barnets alder, men inkluderer vurdering af reflekser, motorik, vejrtrækning,

kontakt, fordøjelse og bevægelsesmønster. Rygsøjle, nakke, bækken og ekstremiteter undersøges for bevægelighed og har til formål at opdage områder med begrænset funktion. Kiropraktisk behandling af et spædbarn består af nænsomme, lette tryk som gradvist øger bevægelighed og funktionsevne. Behandlingen er almindeligvis smertefri og ikke forbundet med gener eller ubehag for barnet. Kiropraktisk behandling er en effektiv og sikker behandlingsform, også til spædbørn.

Hvis barnet har begrænset bevægelighed i et eller flere led vanskeliggøres udviklingen af symmetrisk muskulatur, og skævheder kan ses i bevægelsesmønstre. Ved at rette disse små fejlstillinger forbedrer man barnets mulighed for at fortsætte sin motoriske udvikling uden hæmninger. Den rigtige motoriske udvikling betinges jo blandt andet af, at barnet kan ligge på maven og løfte hovedet, trille, vende sig og senere kravle og gå.

Flade og skæve kranier

Som kiropraktor arbejder jeg med spædbørn hver eneste dag. Jeg observerer, at når barnet har en fejlstilling i nakken, som begrænser rotation af hovedet, så kan det bevirke, at barnet opbygger en ”favoritside”, det vil sige begynder at ligge med hovedet mest til den ene side. Dette medfører, at kraniet begynder at tilpasse sig og herved bliver barnets baghoved fladt i den ene side (plagiocephali). Denne skævhed besværliggør ret hurtigt barnets mulighed for at dreje hovedet og ligge på ”den høje” side af baghovedet. En fejlstilling i nakken kan også påvirke amningen ved det ene bryst, da et barn med et nakkeproblem kan være generet af at ligge med hovedet i visse stillinger. ↘



En del spædbørn bliver henvist til kiropraktor, hvis sundhedsplejersken og/eller forældre bliver opmærksomme på, at barnet ikke er så god til at løfte hovedet, når det ligger på maven. Da denne "mavetræning" er essentiel for styrkelse af ryg og nakkemuskelatur, udformning af korrekt lænd- og nakke holdning og forberedende til at lære at kravle, kan jeg som kiropraktor bidrage ved at behandle de områder i ryg og/eller nakke, som begrænser den naturlige bevægelighed.

Disse led er ligeledes centrale for udviklingen af barnets motorik og kroppens sansfunktioner. Fejlstillinger kan derfor være med til at forstyrre normal bevægelses udvikling, så barnet er senere til at nå de udviklingsmæssige milepæle.

Tegn på potentielle problemer i ryg og/eller nakke hos spædbarnet, som man bør være opmærksom på:

- Asymmetrisk hovedfacon, skævt eller fladt baghoved (håret kan være slidt af, hvis barnet gnider baghovedet=irritation)

- Barnet ligger i C-kurve med kroppen ("banan facon")
- Barnet ligger med hovedet meget bagover
- Trøstesløs gråd
- Kolik
- Amme og spise problemer
- Forstoppelse
- Dårlig søvn, vågner brat
- Utilfreds
- Vil ikke ligge på maven
- Svært ved at holde hovedet i midten (efter 3 mdr. gammel)

De fleste børn lærer at gå og stå, selvom de springer over de vigtige stadier med at ligge på maven og frit løfte hovedet, krybe og kravle. De ubehandlede fejlstillinger i ryg og/eller nakke kan senere forårsage problemer for barnet og kan komme til udtryk på forskellig vis.

Tegn på potentielle problemer i ryg og/eller nakke hos børn, som man bør være opmærksom på:

- Skæv hovedstilling
- Forkert rygholdning
- Klager over smerter, ømhed, træthed i ryg og/eller nakke
- Hovedpine
- Dårlig koordination (problemer med grov og fin motorik)
- Skæv fodstilling (en fod drejer indad eller udad i forhold til den anden)
- Balance problemer (kan ses som besvær med at gå på trapper, kaste, gribe, bruge blyant, orientering i rum, opfattelse af tal, lære at cykle og hyppige fald)
- Hyperaktivitet og rastløshed – kan opfattes som "voldsomme" børn
- Søvnforstyrrelser
- Koncentrationsbesvær (kan ses som læse- og skrive vanskeligheder)
- Diffus hovedpine/tung i hovedet/irritation
- ADHD-lignende problemer

Kiss-kidd børn

Nogle af disse problemstillinger bruges nu under betegnelsen KISS-KIDD. Et barn med KISS KIDD kan have gavn af, at få rettet de oprindelige fejlstillinger i nakke og ryg, og min erfaring med disse børn er, at når den kiropraktiske behandling forbedrer ledfunktionen, så får børnene også lettere ved at udføre sansemotorisk træning og udvikling i andre sammenhænge.

Problemer med at kravle

Jeg arbejder også med småbørn, som ikke kravler til tiden og/eller i stedet humper på numsen, skubber sig frem med det ene ben eller blot sidder uden at ville kravle. I den sammenhæng er det vigtigt at undersøge, om barnet efter i måneder at have ligget og siddet kan have en fastlåsning



i lænden eller et af sacroiliac leddene. Ofte bæres børn på armen af en forælder, hvor forælderen holder barnet i det ene

• **”De fleste børn lærer at gå og stå, selvom de springer over de vigtige stadier med at ligge på maven og frit løfte hovedet, krybe og kravle.”**

bøjede ben. Dette kan også medvirke til en skæv belastning af bækkenet, hvis barnet bæres i samme side, hvilket jeg

ofte ser. Disse led skal være symmetriske og frit bevægelige for at benene kan bøjes op og kravlebevægelsen udføres ensartet. Ofte finder jeg, at det er relativt let at rette og ofte får barnet kun ganske få behandlinger. Når barnet mærker, at det ikke længere er begrænset i denne funktion, begynder det ofte ret hurtigt at kravle og dermed selv træne det.

Grædende spædbørn og ”kolik”

Jeg behandler en del spædbørn, som kommer her på grund af gråd og irritabilitet. Førhen kaldte man et spædbarn, der græd utrøsteligt for et kolikbarn. Jeg finder, at der er stor forskel på spædbørn, som græder og virker irritable. I klassisk forstand kan man efter min opfattelse kalde det kolik, hvis barnet græder utrøsteligt i op til 3-4 timer ved aftenstid, sover godt både nat og dag, spiser fint (kan sagtens

være amme barn) og tager fint på. I det hele taget et på andre måder sundt og rask barn. En anden kategori af grædende spædbørn kan græde i perioder i løbet af hele dagen, der kan være problemer med søvn, amning, tegn på hovedpine (lyd og lys følsom, forkvalmet), fordøjelsesbesvær, kontaktproblemer og andre tegn på dårlig trivsel. Et engelsk udtryk for disse er ”cry babies”. Min erfaring er, at kolikbørn som regel er ret ukomplicerede tilfælde at behandle, hvor cry babies er lidt mere komplicerede og nogle gange involverer ændringer af flere ting, såsom behandling af eventuelle fejlstillinger i nakke og ryg sammen med ændring af kost/hjælp til amning, vejledning (sundhedsplejersken) og nogle gange udredning hos lægen.

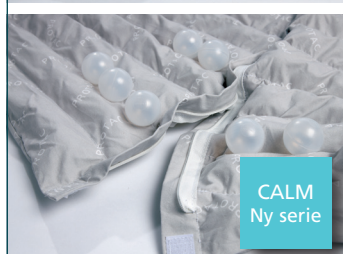
Der har været en udtalelse i Ugeskrift for læger, hvor to læger på baggrund ↘



CLASSIC
Ny demens- og smertedyne



FLEXIBLE
Ny serie



CALM
Ny serie

NYHEDER Protac Kugledynen™

– nu i tre serier: Classic, Flexible og Calm

Protac Kugledynen™ Classic

Classic-serien er vores velkendte Protac Kugledynen med en ny type plastikkulde, der reducerer lyden til et minimum. En nyhed er demens- og smertedyne med indhold af granulat. Dynen kan deles i to og vaskes i almindelig vaskemaskine.

Protac Kugledynen™ Flexible

Flexible-serien svarer til Classic, men som noget nyt er dynen inddelt i lommer med udtagelige kugleposer. Designet gør det muligt at sammensætte en individuel kugledyne. De løse poser og betræk kan vaskes i almindelig vaskemaskine.

Protac Kugledynen™ Calm

Calm er en ny serie af rolige og mindre bevægelige kugledyner. Dynen er syet i kanaler, så kuglerne ligger i lange rækker. Voksedyne deles to og vaskes i almindelig vaskemaskine. Sammenrullet fylder dynen kun som en weekendtaske og er let at transportere.

Protacs produkter er CE-mærkede.

PROTAC®
INTEGRATING SENSES

Om de nye Kugledyner

- Protac har øget fleksibiliteten til gavn for den enkelte bruger
- Nye specialfremstillede plastikkulde reducerer lyden til et minimum
- De nye dyner kan vaskes i en almindelig vaskemaskine

Protac Kugledynen er et anerkendt hjælpemiddel mod søvnforstyrrelser, samt motorisk og psykisk uro hos børn, voksne og ældre. Protac Kugledynens virkning er videnskabeligt dokumenteret gennem forskning.

Tilmeld dig
nyhedsbrev på
www.protac.dk
eller scan
QR-koden



af gennemgang af eksisterende forskning op til 2012 frarådede kiropraktisk behandling for kolik på grund af manglende evidens. Evidens baseret praksis betyder, at man behandler ud fra 3 faktorer: hvad forskningen siger, hvad den kliniske erfaring siger og hvad patientens behov/tilstand er.

I 2012 blev studiet: "Efficacy of chiropractic manual therapy on infant colic: a pragmatic single-blinded, randomized controlled trial" (Miller, J., Newell, D., Bolton, J. J. Manipulative Physiol Ther: 35:600-607) publiceret. Dette studie har undersøgt spædbørn under 8 uger gamle, hvor børnene i gennemsnit græd

• **”Forebyggelse af problemer i bevægeapparatet som voksen bør derfor have stor fokus allerede i barndommen.”**

mere end 5 timer om dagen ved studiets start. De blev inddelt i 3 grupper: en gruppe fik behandling med forældrenes vidende, mens de andre to grupper fik hhv. behandling og ingen behandling uden at forældrene vidste, om barnet fik behandling eller ej (forældreblinding). I studiet blev der behandlet i op til 10 dage, og der blev ført ”gråddagbog”. Resultaterne viste en statistisk significant større forbedring hos de behandlede børn end de ikke-behandlede. Oddsene for at rapportere forbedring var 40 gange større hos forældre til de behandlede børn end de ubehandlede. Resultaterne var næsten

ens i de behandlede grupper, altså uafhængigt af forældrenes blinding.

Dette forskningsprojekt fra 2012 har specifikt spurgt om bivirkninger, uden at finde nogen. Det har ligeledes tilstræbt at tage højde for tidligere studiers varierende metodologi. Denne nyeste forskning er desværre ikke medtaget i den gennemgang, de to læger har lavet. Jeg synes, at denne nyeste forskning understøtter min kliniske erfaring med kolikbørn, og dermed måske også de observationer sundhedsplejersker gør i det daglige arbejde.

Små fald og ulykker

En anden gruppe af børn, som er almindelig i kiropraktorpraksis er børn, som efter et uheld klager over ondt i ryg eller nakke. Disse uheld er i høj grad aldersrelaterede, hvor de mindre børn falder ned fra gynger, klatretårne, heste og trampoliner. De ældre børn og teenagere er oftere kommet til skade i en sportsgren eller i trafikken. De uheld, som forældre og børn henvender sig med, er som regel ikke ulykker, hvor der er behov for skadestuebesøg eller indlæggelser. Jeg mener, at disse fald og slag bør tages seriøst, da jeg ofte i mit daglige arbejde finder, at barnet efterfølgende kan begynde at have problemer med ryggen eller nakken. Det er heller ikke ualmindeligt, at voksne patienter med mere kroniske problemer kan datere oprindelsen af et ryg- og/eller nakkeproblem tilbage til et fald af en hest eller til en skade i trafikken, som barn eller ung. Forebyggelse af problemer i bevægeapparatet som voksen bør derfor have stor fokus allerede i barndommen.

Hovedpine hos børn og unge et stigende problem

Det skønnes, at op mod 70-80 % af alle børn mellem 7-18 år har oplevet at have hovedpine. Før 12-års alderen er hoved-

pine lige så almindeligt hos drenge som hos piger, men efter 12-års alderen er der langt flere piger, som lider af hovedpine. En række faktorer øger barnets risiko for at udvikle hovedpine. Flere studier viser, at børn med migræne har haft større forekomst af spiseproblemer som nyfødte, og at mavepine er almindeligt hos op til 50 % af børn med hovedpine. Forekomsten af astma, mellemørebetændelse og fødevarerallergi har vist sig at være mere almindeligt hos disse børn end hos kontrolgrupper af børn, som ikke lider af hovedpine. Ligeledes ses en højere forekomst af hovedpine i gruppen af børn med ADHD og andre adfærdsbeskrivende diagnoser. Op mod 70 % af alle børn med hovedpine har et nært familiemedlem, som også lider af hovedpine, men det er uvist, hvorvidt dette relaterer til genetik, adfærd og/eller levevis.

Afhandling om børn og hovedpine

I forbindelse med min Masters of Science afhandling undersøgte jeg i et studie af den demografiske profil af 44 børn mellem 7-18 år, som henvendte sig på klinikken med hovedpine. Jeg undersøgte ligeledes hvordan disse børn oplevede eventuelle ændringer af intensitet, hyppighed og antal af hovedpiner. I studiet fik hvert enkelt barn behandling efter individuelle behov, altså varierede både antal behandlinger og områder af rygsøjle behandlet fra barn til barn. En gruppe målte ændringer i en hovedpine-dagbog og en gruppe udfyldte et evalueringsskema ved afslutning af behandlingsforløb. Gennemsnitligt antal behandlinger var 5,75. Over 80 % rapporterede forbedring med nedsat hyppighed, styrke og antal af hovedpiner. Ingen rapporterede forværring. Da dette studie ikke havde en kontrolgruppe kan det ikke bruges til at vise effekten af kiropraktisk behandling på børns

hovedpine generelt, det giver kun information om den gruppe der blev undersøgt.

Computer og mindre ulykker

Man ved, at siddestillinger ved computer med nakken foroverbøjet er forbundet med smerter i nakke, skuldre og ryg, også hos børn helt ned til 8-9 års alderen. Der er ligeledes flere studier, som peger på, at nakkesmerter og nedsat bevægelighed i nakken er forbundet med udvikling af hovedpiner hos børn. I mit studie oplyste hovedparten af deltagerne, at de brugte 2-4 timer ved computer dagligt, uanset alder. Over halvdelen oplyste desuden, at nakkesmerter kunne fremprovokere deres hovedpine. Og meget aktuelt oplyste 74 %, at hovedpine var den mest almindelige årsag til sygefravær i skolen.

Betydningen af en tidligere mild eller moderat nakkeskade bliver ofte overset i

en almindelig anamnese i primærsektoren, og sammenhængen mellem en nakkeskade og barnets senere udvikling af hovedpine undersøges sjældent. På dette felt er der relativt begrænset forskning generelt. I mit studie angav 2/3 af deltagerne, at have oplevet mindst et hoved/nakke trauma tidligere. Som kiropraktor opfordrer jeg til, at man begynder at rette opmærksomheden på, at der kan være en sammenhæng. Jeg mener, at børns fald og slag med hoved og/eller nakke bør tages alvorligt, også selvom indlæggelse ikke er påkrævet. Jeg undersøger dagligt børn, som er faldet eller kommet til skade, hvor jeg med relativt få behandlinger kan rette en fejlstilling i ryg og /eller nakke og dermed forhåbentligt være med til at mindske risikoen for en senere udvikling af hovedpine. På dette felt bør fremtidig forskning intensiveres. ♥

Kontakt

Kiropraktor Susanne Lyng kan kontaktes via Kiropraktisk Center og Børneklínik, Brønderslev Vivaldisvej 6, 9700 Brønderslev,

TLF: 98.822544

Mail: sl@kiropraktiskcenter.dk

MAM Manuel Brystpumpe

Enkel, bekvem og individuelt tilpasset

MAM Manuel Brystpumpe er let at anvende og rengøre, idet den kun består af fire dele. Tragten har indbyggede puder, og kan drejes 360°. Det gør det muligt altid at kunne pumpe mælk ud, hvilket bidrager til, at risikoen for mælkeophobning mindskes, og at mælkeproduktionen holdes i gang.

Brystpumpen passer til MAM's populære sutteflaske MAM Anti-Colic, som takket være den ventilerede bund giver en ideel mælkestrøm og mindsker kolik hos 8 ud af 10 børn*. Flasken har desuden en silkeblød sut, som gør det let at skifte mellem amning og flaske.

Brystpumpen fås hos udvalgte apoteker og butikker med babyudstyr samt i Bilka.

Bestil en brystpumpe gratis på bvc@bambino-mam.se. Har du spørgsmål, er du velkommen til at ringe til vores sygeplejerske Carina Gunnarsson på telefon +800 545 180 70.

Bestil en gratis prøve!

*Medicinsk studie 2011/markedsundersøgelse 2010, testet af 204 mødre.

REGULERBAR PUMPESTYRKE

Indstillingshjulet gør det nemt at indstille sugestyrken på pumpen fra svag til kraftig. Med regulerbar pumpestyrke er det lettere at finde en bekvem måde at pumpe på.

MAM

mambaby.com

BLØD OG BEHAGELIG

Der er puder indbygget i tragten, som giver en behagelig følelse, og som gør, at tragten sidder bedre fast på brystet.

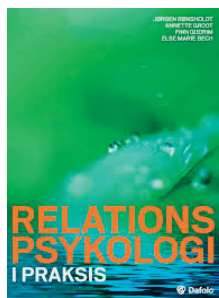
LET AT BRUGE OG MONTERE

Brystpumpen monteres og adskilles i fire enkle trin. Den er let at håndtere og rengøre, idet den kun består af fire dele – forbindelsesrør, pumpe og håndtag (én del), silikoneventil og tragt.

BPA FREE



Anmeldelser



RELATIONSPSYKOLOGI

Forfattere: Jørgen Rønsholdt, Annette Groth, Finn Godrim og Else Marie Bech

Forlag: Dafolo

ISBN: 978-87-7281-891-7

Bogen henvender sig primært til sundhedsprofessionelle, der arbejder med børn men også forældre, der ønsker viden og forståelse omkring relationernes betydning for barnets udvikling kan anvende bogen.

Som titlen indikerer, omhandler denne bog menneskets relationelle grundlag, med afsæt i praksis. Forfatterne rejser følgende spørgsmål: Hvad har vi mennesker brug for, hvis vi skal trives og udvikles? Hvorfor er vores fællesskaber så vigtige? Hvilken retning fører hjertet os i?

.....De relationelle skabeloner ligger dybt i hukommelsen, fordi de er etableret langt tidligere end tilegnelsen af sproget og derfor befinder sig i før sproglige områder i hjernen. Samtidig er de tidlige generaliserede erfaringer uløseligt forbundet med vores selvoplevelse....

Temaet i bogen er altså en dialektisk relationsforståelse, hvor fokus er relationernes betydning for menneskets udvikling / individets samspil med omgivelserne. Omdrejningspunkter i denne forbindelse er: relationer, at arbejde relationelt, anerkendende og ressourcefokuseret samt nødvendigheden af refleksion.

Gennem bogen gennemgås 4 relationspsykologiske principper, der tilsammen kaldes RARRT (Relationel, Anerkendende, Ressourcefokuseret og Reflekterende teori). Vi definerer og udvikler os gennem relationer til andre mennesker, udvikler os gennem anerkendelse. En vigtig del her er spejlneuroner og deres betydning i forbindelse med at "læse" andres mentale tilstande.

Bogen er velskrevet, let læselig og bygger på anerkendte udviklingspsykologiske teorier. Principperne, der behandles i bogen er grundprincipper i sundhedsplejerskernes arbejde, hvilket gør bogen anvendelig og relevant for alle sundhedsplejersker, uanset om man arbejder med små- eller skolebørn. Bogen er skrevet meget praksisnært og vedkommende, bl.a. fordi den er spækket med cases, reflekterende spørgsmål og øvelser. Den kan derfor varmt anbefales til alle, der arbejder med mennesker – herunder også sundhedsplejersker.

"HVAD HAR VI MENNESKER BRUG FOR, HVIS VI SKAL TRIVES OG UDVIKLES? HVORFOR ER VORES FÆLLESSKABER SÅ VIGTIGE?"



FERTILITET OG SUNDHED.

Forfatter: Lone Schmidt og Anja Pinborg (Red.). Munksgaard.

Denne bog har godt en snes bidragsydere fra den medicinske verden. Formålet er at sætte reproduktiv sundhed på dagsordenen. Reproductiv sundhed defineres som mulighed for at have et tilfredsstillende sexliv og evne og frihed til at reproducere sig.

I 2010 blev ca. 10 % af fødselsårgangen undfanget ved fertilitetsbehandling. I sundhedsplejen møder vi de dyrebare børn, som

har været længe undervejs, og deres forældre der ofte har skrammer på sjælen, som følge af den lange periode med usikkerhed som infertilitet og fertilitetsbehandling har medført. Et af kapitlerne beskriver de psykosociale konsekvenser af ufrivillig barnløshed og fertilitetsbehandling. Flere af kapitlerne berører det intra-

uterine miljøets betydning for barnets fremtidige sundhed. Bogens formål er som nævnt at sætte fokus på reproduktiv sundhed. Der peges på flere årsagssammenhænge, som har betydning for infertilitet og også på, hvor der kan sættes ind med forebyggelse, så målet om reproduktiv sundhed kan opfyldes.



FØDSELSDEPRESSION – DER ER HJÆLP AT FÅ!

Forfatter: Janni Ammnitsbøll, Lise Gullestrup, Kirsten Lindved, Svend Aage Madsen, Poul Videbech og Merethe Vinter
Forlag: Frydenlund
Antal sider: 263 sider

Der er mange spørgsmål og ikke mindst fordomme, når det drejer sig om fødselsdepression. Forfatterens mål med denne bog er at bekæmpe uvidenhed og fordomme samt hjælpe den sygdomsramte og de pårørende med at forstå, hvad en fødselsdepression er. Bogens målgruppe er derfor bred. Den henvender sig primært til depressionsramte,

men også fagpersonale og studerende på sundheds- og terapeut uddannelser kan få glæde af den.

I bogens første del fortæller nogle af Danmarks førende eksperter på området om fødselsdepression, mulige årsager, behandlingsmuligheder mm. Anden del består af personlige beretninger. Temaer i bogen er:

Hvad er fødselsdepression. Hvorfor udvikler nogle kvinder en depression?. Årsager? Hyppighed. Tudeturen. Fødselsdepression og parforhold. Langvarige konsekvenser for barnet. Mænd og fødselsdepressioner. En jordmoders erfaringer. Familiens psykiske trivsel ud fra en sundhedsplejerskes erfaring. Forebyggelse. Behandling.

Bogen kan varmt anbefales til alle sundhedsplejersker. Det er en bog, som alle sundhedsplejersker burde have som opslagsværk på kontoret. Den er velskrevet, og de personlige beretninger gør den til nærværende og levende læsning.



GRAVID?

- ✓ GraviOmega med DHA, der bidrager til normal udvikling af hjerne og syn hos fosteret!*
- ✓ GraviOmega – under graviditet og mens du ammer
- ✓ Kapsler med de langkædede omega-3 fedtsyrer fra fisk (EPA og DHA)
- ✓ 300 mg DHA og EPA pr. daglig dosis - heraf hovedparten DHA
- ✓ Små og lette at sluge

* Mors indtag af DHA bidrager til normal udvikling af hjernen og øjnene hos fosteret og hos spædbørn, der ammes.




SPØRG PÅ APOTEKET



FOR YDERLIGERE INFORMATIONS MATERIALER, kontakt os på tlf. 3969 2111

Pfizer Consumer Healthcare/Pfizer ApS • www.multi-tabs.dk
 Det er vigtigt at få en afbalanceret og varieret kost og føre en sund livsstil.
 Kosttilskud bør ikke træde i stedet for en varieret kost



UDGIVER

Fagligt Selskab for
Sundhedsplejersker

ANSVARSHAVENDE REDAKTØR

Anette Bilde Thoft

NÆSTE DEADLINE

D. 20. september 2013

AFLEVERING TIL MATERIALE TIL SUNDHEDSPLEJERSKEN

Indlæg sendes til redaktør Anette Bilde Thoft. Tekster modtages på e-mail eller CD (vedlæg print). Billeder i passende opløsning vedhæftes separat.

UDKOMMER

Sundhedsplejersken udkommer 6 gange årligt i lige måneder.

ANNONCER

Media Partners
Hanne Kjærgaard, tlf. 2967 1436
eller hanne@media-partners.dk

LAYOUT OG GRAFISK PRODUKTION

Mediegruppen
Porschevej 12
7100 Vejle
Tlf. 7584 1200

OPLAG

1.900 eksemplarer

ISSN NR.

09069577

Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse af teksterne eller dele heraf er ikke tilladt ifølge gældende lov om ophavsret uden udgiverens tilladelse.

Der gøres opmærksom på, at Sundhedsplejersken bl.a. lægger op til debat, og at det Faglige Selskab derfor ikke nødvendigvis deler den opfattelse, der gives udtryk for i bladet.

BESTYRELSEN



FORMAND

SUSANNE HEDE

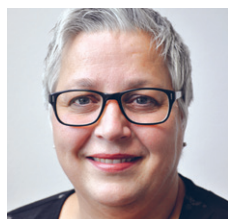
G. C. Amdrupsvej 12, 8200 Århus
Tlf. 8616 7136
Mobil 4081 7136 / 4081 7136
susannehede@fs10.dk



NÆSTFORMAND

CHRISTINA LOUISE LINDHARDT

Sadolinsgade 78,
5230 Odense M
Tlf. 6038 1531 / 2186 0870
christinalindhardt@fs10.dk



KASSERER OG MEDLEMSANSVARLIG

LISBET NISSEN

H.P. Hanssens vej 17,
6100 Haderslev
Mobil 2016 2861
lisbetnissen@fs10.dk



ANSVARSHAVENDE REDAKTØR

ANETTE BILDE THOFT

anettebilde@fs10.dk
Snedkergyden 8
9000 Aalborg
Mobil: 5338 6599
anettebilde@fs10.dk



BENEDICTE ENGSTRUP BLOM

benedicteengstrup@fs10.dk



KLARA THORSEN

klarathorsen@fs10.dk



MARIA MADSEN

Tlf. 2883 0005
mariamadsen@fs10.dk

ANSVARLIG FOR LITTERATURANMELDELSER

ANETTE BILDE THOFT

anettebilde@fs10.dk

Til børn med komælksallergi

Når **smag og duft** gør en forskel for barnets ernæring



- Veltolereret og effektiv¹
- Indeholder prebiotika²
- Efterligner modermælken³

Nutricia støtter WHO's anbefaling om, at modermælk er den bedste ernæring for barnet.

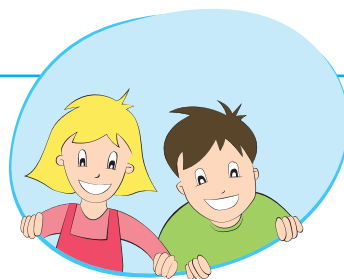
Til forældre der vil vide mere
www.komælksallergi.dk

For yderligere information om Pepticate kan du kontakte vores kundeservice på 7021 0709 eller se www.nutricia.dk

NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition

Reference: 1. Giampietro PG, Kjellman N-IM, Oldaues G, et al. (2001). Hypoallergenicity of an extensively hydrolysed whey formula. *Pediatr Allergy Immunol* 12: 83–86.
2. Arslanoglu S, Moro G, Schmitt J, et al (2008). Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations and infections during the first two years of life. *J Nutr* 138: 1091–95. 3. Jensen RG (ed) *Handbook of Milk Composition*. New York: Academic Press, 1995.

TIL MEGET TØR/IRRITERET HUD
VED ATOPISK EKSEM



LIPIKAR BALM AP

Med La Roche-Posay kildevand

Genopbyggende fugtighedscreme som reducerer kløe ved atopisk eksem.

Let konsistens - kom hurtigt i tøjet.

Som supplement til medicinsk behandling og/eller som daglig pleje.

Kan anvendes af spædbørn og småbørn.

FORHANDLES
PÅ APOTEKET

UDEN PARFUME • UDEN PARABEN • UDEN FARVESTOF



DANMARK

PP

Sorteret
Magasinpost SMP

ID nr. 46443