Sundhedsplejersken

nr. 4 | august 2007 | 29. årgang

Lus

Værdier i Skole-
sundhedsplejen

Skolebørn

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker | www.sundhedsplejersken.info

Indhold

5 **Leder.**

Tilbage efter ferien ...
og tilbage til kernen i faget!

6 **Opslagstavlen.**

9 **Nyt fra bestyrelsen.**

- En opfordring til at www.sundhedsplejersken.info bruges som supplement og i samspil med den kommunale sundhedsplejeordnings hjemmeside
- Brochuren "Fremtidens Sundhedspleje"s indhold debatteres

TEMA : SKOLEBØRN

13 **Den Historiske tråd.**

- Lusetanterne for 100 år siden.

Da skolesygeplejerskeordningen var i sin vorden.

18 **Lus.**

- Der var engang ...

Efter sommerferien afholdes lusedag den 17. August læs baggrundsartiklen for dette initiativ.

22 **Skolebørn i bevægelse.**

- Get Moving ! Kampagnen for motion og bevægelse for teenagere

24 **Forebyggelse af sexsygdomme.**

- Husk Kondom! Kampagne for forebyggelse af sexsygdomme, særligt Klamydia

26 **Kvalificering til Sundhedspædagogisk værdirefleksion.**

- Værdier i Skolesundhedsplejen
- Sundhedssamtalen – i zig zag kurs

Karen Wistoft har netop afleveret sin Ph.d.: "Kvalificering til Sundhedspædagogisk værdirefleksion" og skriver om sine fund og resultater i en artikelserie til Sundhedsplejerskens læsere.
De to første bringes her

39 **"Du betemmer"-metoden.**

- "Du Bestemmer" i SKOLEN

Sidste del af Lise Dalsgaards artikelserie denne gang om sundhedsfremmende samtaler med skolebørn.

44 **Nyt fra Sundhedsstyrelsen.**

Annette Poulsen orienterer om sidste nyt

47 **Danmark rundt.**

- Fars Legestue

Læs om legestuen på Nørrebro som har eksisteret i over 11 år

51 **Faglitteratur.**

Læs vurderingerne fra litteraturanmeldergruppen:

- "Der er bare ikke rigtig nogen" – en antologi om ensomhed blandt unge
- Sundhed i bevægelse

Tilbage efter ferien … og tilbage til kernen i faget!

Kontoret ligner sig selv, og alt er ved det gamle. Ved nærmere eftersyn er alt måske ikke helt ved det gamle. Min kontorstol har holdt flyttedag, jeg har fået 4 nye kollegaer, og jeg skal arbejde i et nyt distrikt.

Mon familierne er anderledes? De er meget unge og mange af dem er fortsat studerende. De bor i små kollegielejligheder, men når man bliver forældre er der grundlæggende behov, som ligner eller er de samme, som ses hos nybagte forældre i de store villaer på fedet.

Det er noget af dette vores fag – sundhedsplejen – bygger på. Et spil mellem ligheder og forskelligheder, generaliseringer og individuelle temaer. De store strukturelle forandringer der er sket med sundhedsplejeordningerne landet over betyder forandringer på mange fronter. Det er især organisatoriske forandringer, som betyder at kontorstolene og kollegaerne er flyttet rundt. Det er også harmoniseringer mellem serviceniveauet i de gamle kommuner og serviceniveauet i de nye større kommuner, som ændrer opgaver og muligheder.

Sundhedsplejen har gennem 70 år tilpasset sig samfundets forandringer og nye familietypers behov for ydelser. Der har gennem alle årene været balance mellem gamle kendte metoder og kerneydelser, som er skabt og genskabt traditionerne i faget overfor pionererne, der som ildsjæle har udforsket og afprøvet nye metoder og udviklet faget.

I dag står faget som et ikon i en tid med konstant forandringer. Selv i de helt unge familier kan synet af bismervægten fremkalde en kommentar. En ung far sagde i sidste uge til Magnus på 3 år: "Sådan en vægt brugte de også, da jeg var en dreng. Det kan du spørge farmor om." Hans lillesøster blev vejet og målt og han var meget stolt over at kunne hjælpe til.

Forældrenes forventninger er mange, bl.a.:

Mødregrupper, sådan hedder det stadig, men i mange kommuner findes der særlige udgaver af mødregrupper. Ung mor grupper, etniske grupper, tvillingegrupper, grupper kun for 1. gangs mødre eller kun for flergangs mødre, grupper for adoptivforældre, fædregrupper… en lang række differentierede gruppetilbud er en realitet i de lidt større kommuner. Det er ikke kun resultatet af besparelser, men i ligeså høj grad en forventning fra mødrene og sundhedsplejerskerne, som bygger på mødrenes ønsker om at være sammen med ligestillede.

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker vil gerne arbejde for at tydeliggøre og fremhæve kerneydelserne i faget. Således ser vi fortsat metoder som hjemmebesøget, mødregrupper, screening af børns udvikling gennem hele opvæksten, samt sundhedssamtalen i skolen, som essentielle ydelser, der er det særlige bidrag til forebyggelse og sundhedsfremme for børn og unge, som vores faggruppe bidrager med. Parallelt med dette har vi ambitioner om at være med til at skabe en faglig og udviklende debat om disse samt give plads til præsentation af nye ideer og metoder, som kan betyde udvikling.

Susanne Hede
4. august 2007

Indmeldelse i Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Tilmeld dig via DSR's hjemmeside www.dsr.dk/fs10 under "indmeldelser/udmeldelser"

Konferencer og møder:

Konference "Når livet gør ondt" – Cutting og selvskadende adfærd
Den 25.09.07, Mødecenter Odense
Den henvender sig til alle, der arbejder med unge.
Se mere på www.delud.dk under aktuelle tilbud.

NFSU- nordisk forening for spædbarns udvikling
Høstmøde 2007 den 2. og 3. november i København
Ny forskning og viden vil blive præsenteret og drøftet.
Formandskabet for 2007 og frem til 2008 bliver varetaget af Danmark, og det vil således være Danmark, der er værtsland for det årlige Høstmøde
På WWW.NFSU.NU kan du orienterer dig om foreningen og de arrangementer der planlægges i Norden

Sygeplejehistorisk Konference den 28 -29.September 2007 i Kolding
Se mere på dsr.dk/dshs

Sygeplejefagdagen 2008
Tirsdag den 22. januar 2008 i Odense Congress Center

Call for abstracts
Dansk Sygeplejeråd inviterer sygeplejersker til at indsende abstracts, der illustrerer udviklings eller forskningsprojekter.
Formular findes på www.dsr.dk / Sygeplejefagdag 2008.
Frist for indsendelse af abstract: 1. september 2007.

Karin Paludan Perssons fond

Fondens formål er at yde støtte fortrinsvis til videreuddannelse eller rekreation for sundhedsplejersker, men kan dog også bevilges til andet formål, f.eks. anvendes til socialt arbejde for børn i sådanne hjem, som sundhedsplejerskerne måtte have kontakt med.

Samlet beløb til uddeling: Ca. kr. 86.000 i alt i 2007!!

Ansøgningsfrist: 28. September 2007 se http://www.dsr.dk/PortalPage.aspx?MenuItemID=95

Sundhedsstyrelsens Årsstatistik – Spar tid!

Så er det atter ved at være ved de tider, hvor sundhedsstyrelsens årsstatistik skal udarbejdes. Hører du til en af dem, der stadig selv skal føre den manuelt, er det fortsat muligt at bestille en excel-fil hos undertegnede, der gør arbejdet for dig.

Det er stort set umuligt at forholde sig til 12 måneder på en gang inden for hvert felt, der spørges til. Derfor er materialet udformet sådan, at alle én måneds oplysninger føres ind på excel-arket og så fremdeles, og når alle månederne er indtastet, får man årsstatistikken forærende, da data er blevet indtastet på et regneark. Når hver sundhedsplejerske har fået lavet sin årsstatistik, kan alle sundhedsplejerskernes årsdata samles i et ark, der igen lægges sammen for en, og kommunens årstatistik er lavet, så snart data er indtastet.

Henvendelse til Inge Nandrup-Bus,
Tel: 22 24 98 10 eller på
Mail inge-nb@post.tele.dk

Deadline!

for indlæg til det næste nummer af sundhedsplejersken er den 5. september 2007

Kommende bestyrelsesmøde:
den 7. september 2007

Til
Deres Kongelige Højheder
Kronprinsesse Mary og Kronprins Frederik

De hjerteligste lykønskninger med
Hendes Højhed Prinsesse
Isabella Henrietta Ingrid Margrethe
og de bedste ønsker
for en barndom med sundhed og trivsel.
ønskes af
Faglig Selskab for Sundhedsplejersker

Efterlysning!

Er der nogen kommuner, der kan anbefale en god pjece til Forebyggelse af ulykker specifikt rettet mod de mindste børn?? Den skal bruges til at udlevere i Boel besøget/ det afsluttende besøg.
På et tidspunkt kunne man af Århus Kommune købe en rigtig god en, med lidt førstehjælp bag i pjecen. Men den er under revidering, og det vides ikke hvornår, eller om den kommer igen.

Venlig hilsen
Sundhedsplejerskerne i Kerteminde Kommune,
Sundhedsplejen@kerteminde.dk

Børns Sikkerhed

Brochuren "Børns Sikkerhed" er udgivet af Sikkerhedsstyrelsen. Den bygger på et skelet fra den hedengangne Forbrugerinformation, som bl.a Frederiksborg Amts Sundhedsplejersker har benyttet. Denne er nu nyrevideret og opdateret.
Brochuren kan bestilles gratis på vores hjemmeside http://www.sik.dk/global/publikationer_og_blanketter/Materialebestilling/soeg_materiale/boerns_sikkerhed.html
Hvis man ikke vil bestille på nettet, er man meget velkommen til at kontakte os på tlf. 3373 2000 – eller mail sik@sik.dk – husk at påføre sit navn og adresse.

Dorthe G. Rasmussen
Kommunikationskonsulent
Sikkerhedsstyrelsen

30 års jubilæum !

3 af Vejen kommunes sundhedsplejersker kunne fejre 30 års jubilæum: Sundhedsplejerske Birgitte Lautrup-Nielsen, Sundhedsplejerske Inge Schneider Nielsen og Sundhedsplejerske Monika Krebs Nielsen.

Deres mange års erfaring giver ekspertens ro og de er stadig meget initativrige og åbne for ny viden, metoder og udfordringer, til gavn for såvel børnefamilier som kollegaer."
Denne hyldest er tilsendt fra Sundhedsplejerskerne i Vejen Kommune

www.sundhedsplejersken.info

Af **Linda Rolsted,** webredaktør

Sundhedsplejerskernes FÆLLES landsdækkende hjemmeside

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker vil gerne, at sundhedsplejerskernes fælles hjemmeside bruges som supplement til den enkelte sundhedsplejeordnings egen hjemmeside samt de øvrige medier, der har stof af interesse for sundhedsplejersker og vores brugere.
Hjemmesideredaktionen vil gerne opbygge et tæt samarbejde med sundhedsplejeordningerne i landets kommuner, således at alle bidrager med relevant stof – det kan både være forældrerettet informationsmateriale og inspirationsmateriale til kolleger. Hjemmesiden er nu mere tydeligt end tidligere opdelt i medlemsnettet "For medlemmer", som kun kan åbnes af medlemmer, og den åbne del "Indlæg om...", der kan ses af alle. Når I sender stof, kan vi efter aftale med jer placere det på den relevante del af hjemmesiden. Redaktionen vil desuden meget gerne have kontakt til interesserede sundhedsplejersker, som vil holde øje med aktualitet på de enkelte emner og gøre os opmærksomme på, når noget bliver for gammelt eller der er nyt at lægge på siden. På denne måde kan hjemmesiden blive mere og mere brugbar.

Vores hjemmeside har i forbindelse med ændringen af design og opbygning også fået gennemrevideret

boganmeldelsesdelen. Her er megen inspiration at hente! Overvej gerne om du har lyst til at anmelde en bog, til gavn for kolleger og familier – se hvordan du melder dig under "Indlæg/boganmeldelser".

Du vil opdage, at der efterhånden dukker reklamer op på vores hjemmeside. Indtægterne bruges til vedligeholdelse og forbedringer på hjemmesiden. Reklamerne vil på hjemmesiden, som det gælder i "Sundhedsplejersken", blive vurderet mht. relevans og lødighed.

Kontaktpersoner i sundhedsplejeordningerne samt interesserede til at holde øje med aktualitet på hjemmesiden må meget gerne kontakte webredaktøren på: lindarolsted@fs10.dk.

Fremtidens sundhedspleje

Den nye pjece om Fremtidens Sundhedspleje er spændende læsning. Der er mange gode anbefalinger især indenfor 0 – 6 års alderen. Det nye tiltag med at videreudvikle sundhedsplejen til også at omfatte ungdomsuddannelserne er da et spændende, men nok også et noget ambitiøst bud.

Vi har i vores kommune med undren læst det afsnit, der omhandler Sundhedstjenesten i skolen. Her går anbefalingerne efter vores bedste skøn på, at sundhedsplejersken skal koncentrere sig om forebyggelse af de store folkesygdomme, forebyggelse af misbrug samt om en styrkelse af seksualundervisningen. Dette sker tilsyneladende på bekostning af, den årlige/regelmæssige funktionsundersøgelse. I det hele taget er undervisningen optimeret på bekostning af de individuelle kontakter med børnene. Denne holdning kan man jo være enig eller uenig i. Vi er uenige med anbefalingerne. Vi er i hvert tilfælde uenige i, at man ikke anbefaler et "både – og" i stedet for et "enten – eller".

Det kan så undre og forvirre, at det eksempel der bruges i teksten, netop er taget fra den årlige samtale, der giver alle børn lige adgang til at snakke alene med en sundhedsplejerske. Det er en unik ordning, der tilgodeser alle elever. Det er efter vores mening netop i den individuelle kontakt, vi er unikke. Her bliver også de svageste elever tilgodeset.

Vi er bestemt ikke imod at udvikle sundhedsplejen. Men vi er imod, at der satses på nye aldersgrupper, på bekostning af det, vi anser som et af vores kerneområder. Måske er det ikke det, der er ment, men det er sådan vi forstår det. Og man må gå ud fra, at mange politikere vil forstå det på samme måde. Og det er bekymrende.

På vegne af Sundhedsplejerskerne i Kerteminde kommune, Eva Lundberg
Sundhedsplejen@kerteminde.dk

Svar:

Faglig Selskab for Sundhedsplejerskers bestyrelse

Utydelighed i teksten kan give misforståelser

"Fremtidens Sundhedspleje" skal forstås, som et ide-katalog til udviklingsområder indenfor faget. Derfor kommer det let til at fremstå, som om udviklingsområderne er selve indholdet i sundhedsplejersken opgaver i skolen. Dette er en misforståelse, som kan være fremkommet af utydelige signaler i teksten, og er under alle omstændigheder ikke intentionen.

Det er Bestyrelsens holdning, at en sundhedspædagogisk indsats ikke kan erstatte den individuelle kontakt til skolebørnene. Vi mener, at der skal være et både og, altså at Sundhedssamtalen er essentiel i det arbejde sundhedsplejersken udfører i skolen. Den kan, når ressourcerne tillader det, suppleres med en sundhedspædagogisk indsats. Det er der ofte god mening i, da et budskab kan formidles på samme tid til en gruppe børn, men dette kan ikke stå alene.

Vi støtter os bl.a. til anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen, som omtaler screening, samt Sundhedssamtalen. Desuden støtter vi os til forskning, som viser, at især børn med særlige behov har gavn af en individuel samtale (Borup,2000).

Bestyrelsen arbejder for tydeliggørelse og fremhævelse af sundhedsplejerskens kerneydelser – som bør være til diskussion og under konstant udvikling uden at miste essensen. Her tænker vi f. eks. på hjemmebesøg, sundhedssamtale, screening, ammevejledning og telefonvejledning.

På Bestyrelsens vegne Susanne Hede

Historien om LUSETANTERNE

I december 1909 havde en skolepige et brev med til sin lærerinde. I brevet stod bl.a.:

"... Med det samme vil jeg spørge Frøken: *Hvorfor sendte De Charlotte ned til Lægen og sagde at hun havde Utøj da De aldrig har set noget Utøj i hendes Hoved. Hun bliver vasket og kæmmet hver Aften inden hun gaar i Seng. Vore Børn lider hverken Nød eller bliver forsømt i nogen Retning som De siger. Altid er De saa ond ved Charlotte og alle holder ellers saa meget af hende, da hun er en meget god Pige, men De gør hende saa ked af at gaa i skole og det er jo ikke Meningen. At hun somme Tider har lidt Kirtler holder vi saa rent, at vores Læge aldrig har noget at udsætte paa det, da hun er blevet behandlet som hun skal har vi jo nemt faaet Bugt med det det trænger hun ikke til. De maa være lidt retfærdig da hun ellers er saa bedrøvet over at gaa hos Dem ..."*

Denne mor var ikke ene om at reagere, efter at Københavns Kommune i 1909 havde besluttet at ansætte to sygeplejersker til at forestå hårplejen i de københavnske friskolers pigeafdelinger. Hårpleje var en pæn omskrivning af aflusning, og de to sygeplejersker var således blevet ansat til aflusning af elever fra den socialt dårligst stillede del af den københavnske befolkning. I de kommunale betalingsskoler mente man ikke, at problemet var nær så påtrængende, og drengene – der næsten alle var karseklippede eller kronragede – kom slet ikke i betragtning.

Men hvad var årsagerne til opkomsten af en sådan ordning, og hvorfor tog elever og forældre sådan på vej?

Anledning

Med bakteriologiens udvikling opstod angsten for, at disse dyr kunne overføre smitsomme sygdomme, og medicinere og hygiejnikere satte gamle hæderkronede husråd til lusenes bekæmpelse under lup. Urteafkog og aflusning inden for familien skulle erstattes af professionelle behandlingmål.

Lus opfattedes i familierne som en naturlig ting, som man søgte at bekæmpe så godt man kunne. At have lus blev ikke forbundet med samme traume af urenlighed eller usædelighed som i de mere velstående kredse i byen. Det var faktisk en udbredt tro, at een gang lus var et værn for eftertiden! At der fandtes en viden i den brede befolkning om, hvordan luseplagen skulle kommes til livs, vid-

ner de mange forældres reaktioner og erindringer fra datiden om. Sabadille-eddike – et udtræk af sabadille-liljens frø – havde ry for at være lusedræbende. For læger og sygeplejersker var dette ikke effektivt nok. Håret skulle først gnides ind i en blanding af lige dele olie og petroleum. Helst skulle denne blanding blive siddende i håret natten over. Næste dag skulle håret "kæmmes" med en særlig "lusekam"vædet i desinficerende væske, f.eks. eddike. Behandlingen burde gentages mindst tre dage i træk.

I mange arbejderfamilier var der ikke megen tid hverken morgen, middag eller aften. Højst kunne det blive til en gang imellem med kammen eller eddiken. Varmt vand var heller ikke sådan lige for hånden. Kropslusene var det endnu vanskeligere at komme til livs. Det krævede foruden almindelig personlig hygiejne, at tøjet blev vasket og desinficeret. Og det fordrede, at familiens medlemmer ejede skiftetøj, hvilket langt fra var sikkert.

Årsager

En ting var, at der kunne argumenteres lægeligt for, at hovedlusene burde fjernes. Det var – og er – ikke rart at have lus. De bed, og gik der rigtig lang tid, førend barnet kom under behandling, kunne hovedbunden være fyldt med sår og håret filtret af sekret og skorper.

Kropslusene opgav man på forhånd at gøre noget ved. Skolen havde ikke økonomisk mulighed for at give børnene rent tøj – derimod fik alle børn fra slutningen af 1880'erne et bad hver fjortende dag. Man tog det i det hele taget ikke så nøje med kropslusene i skolerne, *selvom* disse i modsætning til hovedlusene kunne overføre tyfussmitte fra et barn til et andet. Pigerne i kommunens friskoler benyttede de samme gymnastikdragter, der sjældent blev renset. Efter sammenlægningen af fri- og betalingsskolerne i København i 1918 forventede skolen, at pigerne *havde* gymnastiktøj med hjemmefra.

Selvom der kunne argumenteres lægeligt for, at hoved lusene skulle fjernes, og *selvom* det *var* lettere at fjerne disse end kropslusene, så *var* det ikke de eneste to forklaringer på, at det pludselig *var* blevet så magtpåliggende at få hovedlusene fjernet.

Der *var* sandsynligvis to andre forklaringer herpå.

For det *første var* lus et symbol på urenlighed, og dermed også på moralsk forfald. Aflusning af pigerne skulle tjene som en lektion i hygiejne og borgerlige renlighedsidealer. Det var nemlig en udbredt opfattelse blandt datidens skolepolitikere og skolehygiejnikere, at familierne i de lavere sociale lag ikke længere magtede at sørge for elementær barneomsorg eller opdragelse. Udearbejde, sygdom, for mange fødsler og fattigdom mente man *var* hovedårsagerne hertil.

I konsekvens heraf mente man, at skolen burde overtage familiens opdrageransvar, og sørge for de fattigste børns elementære fysiske *behov* og sundhed samt lære dem de borgerlige dyder og livsværdier at kende. Disse to formål kunne fint forenes i initiativer som skolebespisning og skolebade – begge fra slutningen af 1880'erne – og i indførelse af en skolesygeplejeordning i 1909.

For det *andet var* intentionen i datidens skolelovgivning, at den offentlige elementære skole skulle *være* skole for alle, uanset klasse eller køn. Denne intention lå bag udformningen af Folkeskoleloven i 1899. Den gamle standsdelte skole, som bedst kendtes fra byerne, hvor selv de offentlige skoler havde *været* delt i en betalings- og en friskole, skulle forsvinde. Fra 1915 *var* der i København en offentlig skole, – Folkeskolen.

Bagsiden af medaljen *var*, at børn fra forskellige sociale lag kom i kontakt med hinanden, og for forældre fra mere *vel*stående miljøer *var* det en gru at

Historien er Udvalgt og bearbejdet fra artikel "De fattigste elever blev stemplet ved Lusetanternes besøg" skrevet af NING DE CONINCK-SMITH fra Bogen "BARNDOM", der blev udgivet i forbindelse med Sundhedsplejens 50 års jubilæum (red.)

skulle se i øjnene, at barnet måske kom hjem en dag og havde fået lus. For at gøre skolen mere attraktiv for disse befolknings-grupper måtte lusene altså *væk*.

Mange familier kæmpede hårdt for at *leve* op til det borgerlige familieideal- både *ved* indret-ningen af lejligheden (stadsestue) og i opretholdelse af renlighed. Ingen skulle komme og fortælle en sådan arbejder, at hans kone ikke *var* properheden selv. I mere fattige familier er det – som beskrevet indledningsvis – sandsynligt, at man havde en anden holdning til lus og til, hvad man kunne gøre *ved* det.

De første lusetanter

Allerede de første skolelæger, som blev ansat i 1897, havde henledt den københavnske skoledirektions opmærksomhed på "Iuseproblematikken". Den kendte skolehygiejniker, skolelæge *Axel Hertel lavede* sin egen private statistik i år 1900 *over* samtlige piger i Sjællandsgade friskole på Nørrebro. Han fandt, at ca. halvdelen havde lus eller æg efter lus. I 1907 lavede han en ny undersøgelse på Sjællandsgade skole og udvidede den med pigerne fra betalingsskolen i Prinsesse Charlottesgade. Han fandt at 47 procent af pigerne havde æg efter lus – og at problemet *var* størst i friskolen. Herefter indstillede han til den københavnske skoledirektion og magistrat, at man efter udenlandsk – dvs. især tysk – forbillede ansatte to skolesygeplejersker, der udelukkende skulle tage sig af pigerne i friskolen.

Ikke alle i Borgerrepræsentationen var lige begejstrede for ideen. Fine borgerinder som fru *Knudsen* mente, at dette burde være hjemmets *opgave*. Hun foretrak at præmiere "ærlige Koner", som holdt deres børn rene. I tråd hermed udtalte et andet kvindeligt medlem af Borgerrepræsentationen, at de urenlige forældre burde meldes til fattigvæsenet, "som de heldigvis er saa ængstelige for.", men de besindige gik af med sejren.

Arbejderfamiliens levevilkår *var* af en sådan art, at der hverken *var* tid eller overskud til at rense pigernes hår. Og tit stod det så galt til, at kun professionelle *var* i stand til at foretage den fornødne rensning.

"Naar Børnene er saa medtagne, er det faktisk saa vanskeligt at rense dem, at det aldeles ikke nytter blot at give Mødrene en Anvisning og de fornødne Medikamenter. Der maa en uddannet eller særlig kyndig Person til at gøre dette Arbejde."

"Ordet lusetante stammede oprindelig fra Tyskland, men det blev hurtigt udbredt i de københavnske skoler"

Endelig måtte man jo gøre sig klart, at rensning af pigernes hår vænnede dem til renlighed, og det kom jo senere både læger, sygeplejersker, lærerpersonalet og borgerskabet selv "som benyttede Morgenpiger, unge Piger fra Friskolen paa 12-14 Aar, maaske yngre ...:" til gode.(3)

Et hårdt arbejde

Ordet lusetante stammede oprindelig fra Tyskland, men det blev hurtigt udbredt i de københavnske skoler. Og det *var* da heller ikke unge, uerfarne sygeplejersker, der blev ansat. Kvinderne skulle *være* enlige, mellem 30 og 40 år10 år senere blev alderen sat ned til mellem 25 og 35 – og have erfaring i pasning af syge børn.

Det *var* ifølge skoleoverlæge *Poul Hertz* en "*Stilling, som krævede Menneskekundskab og Livserfaring, og i hvilken der skulle arbejdes paa egen Haand*".

Arbejdet var erkendt som *værende* hårdt. Sygeplejerskerne skulle behandle mellem 25 og 35 piger om dagen. Arbejdet foregik hyppigst i mørke og uhumske lokaler i skolens kælder, som brændekælderen, inspektørens vaskekælder eller skolens baderum.

Alt sammen forhold der *var* medvirkende til at

udbrede opfattelsen af lusetantens arbejde som uhyggeligt og ækelt.

Pigerne lod sig sjældent behandle frivilligt. Det *sved* i sår og rifter i hovedbunden og pigerne bed, skreg og forsøgte at *rive* sig løs. Forældrene *var* heller ikke blege for at møde op på skolen og skælde skolesygeplejersken ud.

Emmy Steen var den ene af de to første sygeplejersker, der blev ansat i 1909, og i 1913 *gav* hun følgende beskrivelse af arbejdet de første år:

"... De Vanskeligheder, der kom, havde jeg slet ikke tænkt mig; thi det var Manglen paa Lokaler og Manglen på Forstaaelse fra skolernes Side. Nærmest havde jeg tænkt mig, at vi blev moddtagne som – ja noget i Retning af en Slags frelsende Engle, der befriede Børnene fra et Onde, og derved frelste Lærerinderne for Ubehageligheden af det. Nej tværtimod – vi blev ofte modtaget som ubehagelige Gæster, for hvem der hverken var Husrum eller Hjærterum. Paa enkelte Skoler opstod der næsten Panik, naar vi viste os; det var, som om det var os, der bragte Elendigheden med; jeg maatte uvilkaarlig tænke paa fjendtlige Tropper, der overfaldt vaabenløse Modstandere ...

Det første Aar kom de rystende og grædende til sygeplejersken og frygtede for, at Haaret blev klippet af dem, ja, undertiden tænkte de smaa, at vi tog Hovedet med; men allerede inden de gik fra os, var de glade og havde følt den Velvære, vi hjalp dem til."

Antallet af skolesygeplejersker blev udvidet fra to til tre allerede i 1910 og fra tre til fem i 1920/21 ved omlægning af skolelægeordningen i København. Sygeplejerskernes arbejdsopgaver blev nu forøget, idet de udover hårplejen også skulle gå ind i en direkte behandling af børnene: småskrammer, sår og mindre infektioner. Man havde nemlig konstateret, at børnene sjældent kom på kommunens poliklinikker, som skolelægerne henviste dem til. Forældrene havde simpelt hen ikke tid til at følge dem derhen.

Problemets omfang

Der findes *desværre* intet officielt materiale fra læger, sygeplejersker eller skoledirektion *ved*rørende skolesygeplejens første år. Vi ved altså ikke, *hvor* mange piger der havde lus, *hvor* mange der blev behandlet i hjemmet, eller *hvor* mange der blev behandlet på skolerne.

Meget tyder imidlertid på, at ca. 15-20 procent af pigerne i kommunens skoler havde lus, og at dette tal holdt sig med nogle udsving indtil begyndelsen af 1930'erne.

I de første år ordningen eksisterede blev der fra skolens side lagt en meget formynderisk holdning for dagen. Man regnede ikke med familiens indsats. Det var ganske en stor skam at blive udpeget foran hele klassen vidner erindringslitteraturen om og de *ovenfor* citerede *breve* mere end antyder, at lærerinden kunne bruge denne lejlighed til at straffe *elever*, hun i forvejen ikke brød sig om.

Efter at betalingsskolen *var* blevet slået sammen med friskolen i 1915 gik det ikke længere an at forholde sig så formynderisk til problemet. Forældre tilhørende småborgerskabet eller den bedrestillede del af arbejderklassen fandt sig ikke i hvad som helst fra skolens side. Man gik derfor *over* til et system, *hvor* forældrene blev varslet mindst en uge inden sygeplejerskens komme. Dermed fik de en chance for *selv* at påbegynde en behandling. Skolen skulle så blot kontrollere, at de fortsatte hermed. Til gengæld skred man nu hårdere ind *overfor* forældre, der fortsat *var* "Iigegyldige". Hidtil havde det eneste sanktionsmiddel været bødestraf, men disse bøder vurderedes af sagkundskaben som "*Iatterlig lave*" og ineffektive. I stedet kom børnene til at bøde: sygeplejerske og læge kunne nemlig i fællesskab beslutte at klippe barnet – og først bagefter meddele det til forældrene. Tidligere *var* forældrenes tilladelse en betingelse.

Reelt *var* det vistnok meget få, der blev klippet, men truslen *var* der. Man nøjedes med at studse håret og *evt*. klippe det de steder, hvor det *var* sværest at komme til! Men i en tid, hvor en piges pryd *var* hendes lange hår, kan det ikke undre, at pigerne pjækkede fra skole, når skolesygeplejersken *var* i farvandet.

Af **Kim Søholt Larsen**, biolog

Der var engang ...

Trods overskriften så er denne artikel ikke er et eventyr. Den handler nemlig om hovedlus eller mere præcist om, hvad der er sket i lusenes verden det seneste ti til femten år.

De fleste som beskæftiger sig professionelt med børn har bemærket, at der snakkes utroligt meget om lus. Det er positivt på den måde, at det har betydet en større åbenhed omkring lus. Men omvendt afspejler det jo også, at lus i dag har udviklet sig til et helt almindeligt problem for stort set alle børnefamilier. Ja faktisk er lusene blevet så stort et problem at man oplever nogle forældre, der simpelt hen har givet op overfor luseplagen. Det er typisk forældre der oplever, at stort set lige meget hvad de gør, så kommer lusene bare igen og igen. Sammenligner man situationen i dag med hvordan det var, da nutidens forældre var børn, ja så viser det sig, at tidligere var lus stort set ikke noget som børnefamilier havde erfaringer med. Det betyder, at mange af nutidens forældre ikke oplevede selv at have lus og står derfor relativt fremmedgjorte overfor lusene, når lusene dukker op hos deres egne børn. En nyere australsk undersøgelse viste f.eks., at kun 16 % af forældrene faktisk var i stand til at finde ud af, om deres børn havde lus eller ej. Og mener man at situationen i Danmark måske ikke er helt så gal, så viser tal f.eks. fra 2005 at 46 % af børnene i "den lusepligtige alder" – det vil sige fra 3 – 10 år – havde haft lus inden for et år. Der er således i dag et massivt behov for, at primært forældrene, men også fagfolk som sundhedsplejersker og apoteks- og Matas personale bliver opdaterede med såvel generel viden om lus som viden om de nyeste lusmidler og bekæmpelsesstrategier

Kim Søholt Larsen er Cand. Scient. & PhD med speciale i blodsugende insekter på mennesker og dyr. Arbejder med forskning, produktudvikling og formidling inden for dette område. Kontakt: kim@ksl.dk.

Øget samarbejde om lus

Når man taler om lus er information og koordineret indsats kodeordene. Igennem de mange år hvor lus ikke var et større problem, var der heller ikke megen ordentlig information at hente, når der var behov for det. Og – den information, der faktisk forelå, var i de fleste tilfælde ikke fagligt korrekt både hvad angår lusenes biologi og information om lusemidlerne. I begyndelsen af 90'erne tog Skadedyrlaboratoriet så initiativ til at få denne information opdateret. Det skete på baggrund af et øget antal henvendelser til laboratoriet omkring problemer med hovedlus. Skadedyrlaboratoriet udarbejdede bl.a. en ny vejledning om lus. Denne vejledning, der er blevet en slags standardvejledning i Danmark, når det gælder information om lus, kan ses på www.dpil.dk. Vejledningen, der ellers løbende er blevet opdateret, mangler dog for øjeblikket information om den nye type lusemidler med silikoneolier. I løbet af 90érne skete der i samarbejde med lægemiddelindustrien også en opdatering af lusemidlernes indlægssedler ligesom der blev etableret et øget samarbejde om lus med apotekerne og Matas. Beklageligvis nåede en del af denne information af forskellige grunde ikke videre ud til den kommunale sundhedspleje. Det er måske derfor, at man faktisk den dag i dag kan se meget, meget

forskellige anbefalinger i de forskellige kommuner om, hvad der er vigtigt og rigtigt om lus.

Også på det internationale plan er der sket meget på luseområdet de seneste år. I 1995 blev det første fælles nordiske lusemøde afholdt, et initiativ som er blevet fulgt op af flere nordiske møder, senest i 2006. Det næste nordiske lusemøde forventes afholdt primo 2008 og vil i modsætning til tidligere møder, være åbent for alle interesserede. De fælles nordiske møder har bl.a. medført en harmonisering af produktinformation og af den generelle information om lus. På verdensplan afholdes der nu også internationale lusekongresser. Her fremlægges de seneste forskningsresultater ligesom der udveksles erfaringer med bekæmpelses strategier og midler/metoder. Disse møder arrangeres af The International Society of Phthirapterists (ISOP). I dette regi har en international ekspertgruppe bl.a. udarbejdet internationale retningslinjer for bekæmpelse af lus. Information omkring tidligere og kommende ISOP-møder og aktiviteter samt oplysninger om den nyeste luseforskning kan ses på www.phthiraptera.org.

Også på andre områder er der et øget samarbejde for at få kål på lusene. Igennem en årrække har der været afholdt "Store Lusedag" 31. januar, hvor alle forældre blev opfordret til at tjekke deres børn for lus. Dette initiativ bliver i år fulgt op af "**Lusekrigen**", der afholdes den første fredag efter skolestart. Dette er i år **fredag den 17. august**. Tidspunktet er valgt, fordi man erfaringsmæssigt oplever masser af lus, når børnene starter i skole og børnehaver efter sommerferien. Faktisk benævnes august til oktober i fagkredse som "Store lusesæson", mens man umiddelbart efter juleferien kan opleve "Lille lusesæson". Sådanne lusedage organiseres typisk som et samarbejde mellem sundhedsplejen og børnehaver, skoler og SFO.

Ny viden

Resistens har gennem mange år været nævnt i forbindelse med lus. Helt tilbage i 1994 kom de første tilbagemeldinger om svigt af lusemidler her i Danmark. Mistanken om resistens var der, men det var først i 2005 med Skadedyrlaboratoriets undersøgelse, at der påvistes resistente lus. Denne undersøgelse varslede for alvor introduktionen af andre behandlingsmetoder. Kæmning blev et populært alternativt til de gængse lusemidler Prioderm og Nix. En videnskabelig undersøgelse fra samme år viste dog, at "Bug Buster" metoden ikke var tilstrækkelig effektiv. Fire kæmninger på 14 dage gjorde kun 57 % af de behandlede fri for lus. Bl.a. dette resultat

er grundlaget for, at det nu anbefales at kæmme mindst hver anden eller hver dag, hvis man vil anvende kæmning som bekæmpelsesmetode. I efteråret 2006 blev lusemidlet Hedrin så introduceret på det danske marked og det blev på bare 3 måneder landets mest solgte lusemiddel. Hedrin tilhører en ny type af lusemidler, der indeholder silikoneolier. Denne type af lusemidler virker fysisk på lusene og ikke på lusenes nervesystem, som det gælder for de traditionelle lusemidler med insektgiftene. Dette betyder igen, at midlet dræber lusene uanset om lusene er resistente eller ej.

Brug af tættekammen, den ældst kendte måde at bekæmpe lus på, er stadig også den mest effektive metode til at finde lusene på. En undersøgelse fra sidste år viste, at en god moderne tættekam finder lus næsten 5 gange så effektivt, som hvis man bruger fingrene til at lede efter lusene. Anvendelsen af balsam ved kæmning er også kommet til inden for det seneste tiår. Kæmning med balsam ved gør det både lettere at få kammen gennem håret og ligesom effektiviteten af kæmningen øges væsentligt. De der har set lus filmet, mens de kravler rundt i hår ved at lusene bevæger sig hurtigt og adræt rundt i tørt hår – det kan de ikke i hår vædet med balsam.

Den traditionelle tættekam har også undergået en forvandling. Pressen har mest fokuseret på nye opfindelser som tættekamme med strøm på eller som påmonteres en støvsuger. For begge disse typer af apparater gælder, at der ikke er nogen dokumentation for, at det er en effektiv behandling mod lus. Ved udformningen af en moderne tættekam, er der et par hovedregler. En afgørende faktor har vist sig at være afstanden mellem tænderne og tændernes udformning. En kam, der effektivt skal kunne kæmme både de voksne lus og de små lusenymfer ud af håret, skal have en afstand på ca. 0,2 mm mellem kammens tænder. Kamme med tættere tænder, dvs. en tandafstand på kun ca. 0,15 mm, er beregnet til at fjerne luseæg. Kantede tænder er generelt bedre end runde eller ovale tænder, ligesom kammens tænder bør være afrundede i spidsen for ikke at ridse eller genere hovedbunden. Da en kæmning kan tage lang tid – specielt når det drejer sig om langt og kraftigt hår – skal kammen også være behagelig at holde på. Derfor har moderne tættekamme i plast, i modsætning til den klassiske plast tættekam, kun tænder på den ene side. De seneste år er der kommet tættekamme med klinisk dokumentation.

Med hensyn til lusenes biologi er der også blevet aflivet en del myter. De har kort sagt alle vist at hovedlus kun lever på mennesker og at de smitter ved fysisk kontakt. Det betyder, at rengøring, vask eller frysning af tøj, legetøj, møbler og bamser med mere ikke spiller nogen rolle i forbindelse med lus. Det er derfor vigtigt, at man koncentrerer sin indsats helt og holdent om, hvad der måtte være i håret. Men husk – man skal stadig rengøre kamme og børster.

Af **Just Bech Justesen**, projektleder

GetMoving 2007

Sundhedsstyrelsen har hvert år siden 2003 gennemført en landsdækkende kampagne om fysisk aktivitet. I år er kampagnen målrettet 11 – 13 årige børn og unge samt deres forældre. Vi ved, at der sker et markant fald i aktivitetsniveau i disse år for denne målgruppe

Sundhedsstyrelsen lancerer en massemediekampagne primært i uge 41 med fokus på anbefalingen om, at børn og unge skal bevæge sig mindst 60 minutter om dagen og sekundært, at voksne skal bevæge sig mindst 30 minutter om dagen. Budskabet vil blive lanceret via TV-spots og som annoncer i dagspressen.

I forbindelse med kampagnen samarbejder Sundhedsstyrelsen med 5 partnere: Danske Gymnastik og Idrætsforeninger (DGI), Skov og Naturstyrelsen, Videnscenter for Sundhedsfremme ved CVU Sønderjylland, Kræftens Bekæmpelse og Danmarks Idræts Forbund (DIF). Parterne vil tilbyde lokale motionsaktiviteter og andre tiltag i og omkring kampagne-ugen. Eksempler på tiltag er: Mountainbikeruter, Teenvolley, Idrætscross, Gør eleverne eksperter på sundhed og bevægelsespolitikker. Se www.60minutter.dk for en mere uddybende beskrivelse af samarbejdspartnernes tiltag.

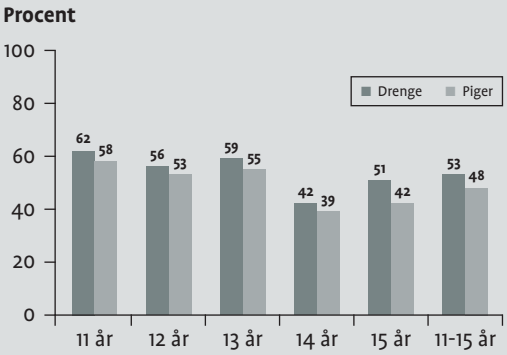
I forbindelse med kampagnen udsender Sundhedsstyrelsen en kampagnepakke til alle tilmeldte kommuner og skoler. Kampagnepakken består af følgende elementer:

- Inspirationskatalog til 6. – 7. klasses skolelærere. Inspirationskataloget udarbejdes i samarbejde med ovenstående 5 partnere. Inspirationskataloget giver kommuner, skolelærere (ikke kun idrætslærere), skoleledelser og skolebestyrelser viden, inspiration, kompetencer og redskaber til at arbejde med fysisk aktivitet i skolernes 6. og 7. klasse, herunder kroppen som transportmiddel, på tværs af fagområder.

- Inspirationshæfte til kommuner og skolebestyrelsen. Sundhedsstyrelsen udarbejder et inspirationshæfte, der kan hjælpe kommuner og skoler med at udvikle og realisere bevægelsespolitikker.
- Sundhedsstyrelsen udvikler en ekstern hjemmeside (www.getmoving.dk) m.m. til uge 41. Målgruppen for www.getmoving.dk er de 11 – 13 årige.

Sundhedsstyrelsen samarbejder med landets 98 kommuner og KL. Kommunens opgave er at sætte særlig fokus på sundhed og fysisk aktivitet i forbindelse med kampagnen. Det kan f.eks. være ved at gøre opmærksom på de tilbud og muligheder for bevægelse, der findes i kommunen til målgruppen.

Andelen af 11-15-årige der bruger mere end en time om dagen på at cykle, gå, lege, dyrke sport osv. Sammenholdt med aler og køn. 2005 (n=1805)



Af **Jan Fouchard**, Afdelingslæge, projektleder Sundhedsstyrelsen

Husk Kondom!

– Vær aktiv i din kommunes deltagelse i efterårets kampagne

Sundhedsstyrelsen lancerer i efteråret oplysningskampagnen: "Husk Kondom".

En aktiv medvirken fra kommunerne, private organisationer, undervisningsinstitutioner og andre aktører er essentiel for en succesfuld kampagne, og det er derfor håbet, at mange har lyst til at deltage i kampagnen. Man deltager i kampagnen ved at afholde en eller flere aktiviteter i kampagne ugerne 37 og 38.

Information om kampagnen

TV-spots, en interaktiv hjemmeside og andre centrale kampagneelementer vil sætte fokus på, at brug af kondom beskytter mod sexsygdomme og uønsket graviditet og samtidig nedbringer forekomsten af alvorlige og ressourcekrævende komplikationer såsom: Underlivsbetændelse, kroniske underlivssmerter, barnløshed, graviditet uden for livmoderen, lungebetændelse hos nyfødte, livmoderhalskræft og kroniske infektioner. Hvis kampagnens budskab skal sætte sig spor i borgernes vaner og adfærd, er det afgørende, at den suppleres med lokale aktiviteter.

Tidspunktet for kampagnen er midten af september (uge 37 og 38), og målgruppen er unge mænd og kvinder i alderen 16-25 år. Kampagnen er opbygget ud fra Cen/Lok metoden, hvilket betyder at Sundhedsstyrelsen har mulighed for at skabe den fornødne opmærksomhed via nationale medier, mens kommunerne får mulighed for at sætte denne opmærksomhed ind i en lokal kontekst.

Hvad indebærer det at være med?

I deltager i kampagnen ved at gennemføre lokale oplysningsaktiviteter f.eks. besøg på ungdomsuddannelser, ung-til-ung arrangementer eller stande på festivaler. Aktivitetsniveauet er helt op til jeres lyst og muligheder, og I kan evt. koble eksisterende oplysningsaktiviteter op på kampagnen eller involvere andre organisationer.

I kan finde gode idéer og læse mere på www.seksuelsundhed.dk som vil være omdrejningspunktet for kampagnen. I vil også kunne finde et opdateret idekatalog der. Hjemmesiden indeholder tillige en kommuneoversigt, hvor alle aktiviteter i de enkelte kommuner beskrives. Ikke alle kommuner har tilmeldt sig endnu. Tjek på om din kommune er med,- hvis ikke, overvej hvilke initiativer du kan tage, så vi får alle med.

Når I tilmelder jer kampagnen vil den kommunale kontaktperson i august måned modtage en materialekasse med forskellige foldere, kondomer, "Husk Kondom" t-shirts, sjove gimmicks og plakater. Det vil være muligt at bestille flere materialer samt rekvirere råd og vejledning til lokale aktiviteter hos foreningen Sex & Samfund, der står for koordinering og servicering af de lokale aktiviteter.

For at sikre god koordination og servicering af kommunerne, bedes alle kommuner udpege en kommunal kontaktperson, som er overordnet ansvarlig for kampagnen i kommunen. Registrer venligst oplysningerne om kommunens kontaktperson hurtigst muligt under tilmelding på www.seksuelsundhed.dk eller send en mail til mo@sexogsamfund.dk.

I kampagneperioden vil et nyt site: www.huskkondom.dk give oplysning til de unge om sexsygdomme og uønsket graviditet samt henvise til mere information og personlig vejledning hos diverse organisationer.

Alle henvendelser om de lokale kampagner bedes rettet til mo@sexogsamfund.dk

Af Karen Wistoft

Artikel nr. 1 af 3

Værdier i skolesundhedsplejen

Mange kommuner er lige nu i gang med at diskutere sundhedsplejens prioriteringer. Dermed stilles også sundhedsplejerskernes faglighed, værdier og selvforståelse til diskussion. Det overordnede spørgsmål er, hvilken ydelsesprofil og hvilke nye samarbejdsrelationer og sundhedsorganiseringer – sundhedsteams – der ønskes. En række centrale spørgsmål knytter sig til skoleområdet. Her føler sundhedsplejerskerne sig ofte ikke tilstrækkeligt "klædt på" i forhold til at samarbejde om etableringen af pædagogiske tilbud til børn og unge – primært i forhold til lærerne men også i forhold til den kommunale tandpleje og de kommunale læger. Sundhedsplejerskers arbejde med børn og unge involverer forskellige værdier, der kan relateres til sygdom, helbred, livskvalitet, handling, deltagelse, omsorg m.m. Værdierne giver ofte anledning til sammenstød og konflikter mellem sundhedsplejen og omverdenen. Denne artikel er den første i en serie af fire artikler, der beskriver værdier i skolesundhedsplejen. Med blik for såvel sundhedsplejerskernes som børnenes værdier – fra en kritisk pædagogisk synsvinkel – lægger artiklen op til en diskussion om de såkaldte 'funktionelle værdikonflikter' mellem tværfaglige samarbejdspartnere, der bringes i næste nummer af Sundhedsplejersken.

Dilemmaer og paradokser i skolearbejdet

Et netop afsluttet treårigt pædagogisk udviklingsarbejde: "Skolesundhedsplejen ved en skillevej" med deltagelse af sundhedsplejersker fra Københavns kommune har vist, at sundhedsplejerskerne oplever en værdikonflikt, når de på den ene side arbejder på et pædagogisk grundlag, hvor børnene skal respekteres og involveres i diskussionen af, hvad sundhed er, mens de på den anden side er del af en tradition, hvor sund levevis opfattes som entydig og uden for diskussion. Kort fortalt har udviklingsarbejdet drejet sig om sundhedsplejerskers syn på deres pædagogiske ydelse i skolen – om de værdier, der sættes på spil i skolearbejdet, og om hvordan de pædagogiske mål og værdier harmonerer med de sundhedsfaglige, sociale og politiske. Denne tilgang har stillet de involverede sundhedsplejersker over for nye udfordringer. Der er tradition for, at forebyggelse og sundheds-/sygeplejefaglighed bliver set i sammenhæng, mens sundhedsfremme appellerer til pædagogisk kompetence. Den centrale udfordring har været at afprøve, hvad det vil sige at arbejde pædagogisk og skabe rammer for børn og unges deltagelse og handling, uden at sundhedsplejerskerne oplever, at deres faglighed bliver tilsidesat (Jensen *et al.*, 2006; Wistoft *et al.*, 2005).

Når sundhedsplejerskerne beskriver og diskutere deres oplevede værdier og værdikonflikter i skolen, er de optaget af en række sundhedspædagogiske idealer såsom handlekompetence, medbestemmelse og deltagelse. De er optaget af at få afklaret disse begreber og diskuterer, hvorvidt idealerne kan styrkes ved udarbejdelsen af et fælles professionelt værdigrundlag, og hvordan sundhedsplejen kan udvikle, præcisere og synliggøre det værdigrundlag, der reelt og ideelt set skal arbejdes på. De sætter fokus på børn og unges egne værdier og opfattelser af bl.a. sundhed samt forventninger fra lærere og forældre.

Udviklingsarbejdet har vist, at sundhedsplejer-

skerne opfatter deres arbejde som "*underlagt*" overordnede politiske værdier vedtaget i forvaltningen. Problemet er, at de ikke selv arbejder ud fra dem. Det begrunder de med, at det er umuligt at udmønte værdier fra en anden kontekst i deres egen. De politiske værdier er *for* forskellige fra sundhedsplejens egne. Sundhedsplejerskerne påpeger, at kommunens værdier er bundet til en serviceorienteret værdilogik, der ikke imødekommer deres egne faglige værdisæt. Det viser sig desuden, at de oplever, at deres uddannelsesmæssige baggrund inden for sundhedsvidenskab og biomedicin "*blokerer*" for intentioner om at arbejde pædagogisk værdireflekteret. Sundhedsplejerskerne diskuterer, hvordan både pædagogiske og personlige værdier kolliderer med deres skolepraksis, der sædvanligvis er præget af risiko- og årsagstænkning i relation til profylakse og social kontrol.

Sundhedsplejerskernes mest umiddelbare reaktion er at udtrykke deres værdier i form af *oplevelser*. Værdierne knyttes an til følelser, oplevelser og resurser. Sundhedsplejerskerne giver udtryk for, de kan *mærke* deres værdier og italesætter dem som følelsesmæssige størrelser, f.eks. som: trofasthed, åbenhed, tillid, ærlighed, oprigtighed, ansvarlighed, loyalitet, anerkendelse. Særlig følelsesdimensionen står i kontrast til konkrete saglige dimensioner, der er centrale i forebyggelsesarbejdet, f.eks. børnenes højde, vægt, hørelse, syn, bevægelse, kost osv. Sundhedsplejerskerne siger, at de "*føler sig frem*", når det gælder værdifulde arbejdsopgaver, men de diskuterer ikke umiddelbart hverken værdier i forhold til bestemte opgaver eller i forhold til deres viden og faglighed. Mens de anser værdier for at være positive sider af oplevelser eller relationer, associerer de primært en værdikonflikt som kilde til problematiske situationer eller dilemmaer i deres arbejde. Således ser de en værdi som positiv resurse i ikke-konfliktfyldte sammenhænge, mens de ser en værdikonflikt som noget negativt – som kilde til eller grundlag for problemer. De betragter ikke umiddelbart værdikonflikter som eksempelvis udviklingsmuligheder eller åbninger for nye tilgange i sundhedsarbejdet.

På den ene side opfatter sundhedsplejerskerne værdier som *motiverende resurser* i sundhedsarbejdet

f.eks. i form af: fællesskab, arbejdsglæde, humor, opbakning, fælles holdninger og intentioner. På den anden side opfatter de værdierne som *resursekrævende* at arbejde med. Når de fokuserer på deres konkrete arbejde i skolen, diskuterer de, hvordan værdier må *"provokeres frem fra usynlige steder"*, og at det *"koster noget"* at arbejde med værdierne. Dette paradoks fremgår af følgende udsagn:

- *"Mødet med andres værdier gør, at man får fokus på sine egne værdier, og så må jeg måske revurdere mine egne, det er hårdt arbejde!"*
- *"Værdier er en kilde et godt arbejde, men hvis mine værdier kommer for meget på spil, så lukker jeg mig"*
- *"Værdier betyder, at jeg kan være med i fællesskabet, men jeg bliver provokeret af at arbejde med de politisk fastlagte værdier – som dem i forvaltningen. Det er latterligt på et eller andet plan"*

Sundhedsplejerskerne sætter ikke den følelsesmæssige og oplevelsesorienterede tilgang til værdier i relation til den konkrete faglige og vidensmæssige dimension, der ofte er central i forebyggelsesarbejdet. De betragter værdier og faglighed/viden som to forskellige ting. Alligevel mener en del af sundhedsplejerskerne, at diskussioner om værdier har stor betydning for skolesundhedsplejen, og de vurderer diskussioner om værdier som *"uhyre vigtige"* og *"meningsfulde"* for skolearbejdet. Det er relevant at reflektere over værdier, men det fremstår også som noget nyt og udfordrende i forhold til det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i skolen. Ud over at det både er berigende og krævende at arbejde med værdier, opfatter sundhedsplejerskerne værdier som latente størrelser, der er uden for kontrol. Dette, at værdierne er uden for styring og kontrol, gør dem vanskelige at planlægge ud fra, og de mener derfor, at det er umuligt at arbejde profylaktisk med værdier. Man kan hverken forudsige eller fastholde værdier, og derfor kan man ikke bruge børnenes værdier til at planlægge noget for børnene. Det individuelle værdiarbejde betragtes især som vanskeligt at udføre, når det gælder konkrete forebyggelsesopgaver, mens sundhedsplejerskerne mener, at værdiarbejdet er helt nødvendigt set i et sundhedsfremmeperspektiv. Denne forskel er uddybet i min ph.d.-afhandling (Wistoft, 2007).

"Man kan hverken forudsige eller fastholde værdier, og derfor kan man ikke bruge børnenes værdier til at planlægge noget for børnene"

Af Karen Wistoft

Artikel nr. 2 af 3

Sundhedssamtalen

– i zig zag kurs …

Sundhedsplejerskerne afgør selv, hvad der er god og dårlig sundhedspædagogik, men refererer i vid udstrækning til børnenes og de unges forventninger til sundhedssamtalerne i skolen. Børnenes interesser, problemer og blikke udgør således et arbejdsvilkår, som sundhedsplejerskerne ikke kan se bort fra. Sundhedssamtalen er en helt central aktivitet, der er rammesat og påvirket fra forskellig side. For det første er der fra Sundhedsstyrelsen og samfundsmæssig side fokus på, at samtalen retter sig mod opsporing og forebyggelse af sundhedsudviklingsrelaterede problemer hos børnene (Sundhedsstyrelsen, 2002). For det andet er der forventningerne fra børnene om, at samtalen er "et godt sted at være", at sundhedsplejersken er interesseret, og at de kan få fortrolighed. Børnene forventer, at de gennem sundhedssamtalen kan få hjælp til at løse individuelle følelsesmæssige eller kropslige problemer, problemer med deres kammerater eller med de voksne. Hertil kommer, som et tredje vilkår, læreres og forældres forventninger til sundhedssamtalen.

Det står klart, at sundhedsplejerskerne primært føler sig forpligtede af de politiske krav, og derfor *styrer* de samtalen og bestemmer form og indhold. Overvejende betragtes sundhedssamtalen ikke som en pædagogisk aktivitet, og der reflekteres ikke over læring, undervisning eller kompetenceudvikling. Min fortolkning er, at sundhedsplejerskerne ser et forandringspotentiale i børnene, men ikke bruger det pædagogisk sundhedsfremmende. Sundhedssamtalen anvendes primært som redskab til opsporing af problemer og forebyggelse, dårlig trivsel eller sygdom. Desuden bruges samtalen lindrende og helbredende i forhold til f.eks. tab eller anden følelsesmæssig smerte hos børnene. Sundhedssamtalen er dermed også bundet op på intentioner om at kunne yde børnene hjælp, omsorg og psykologisk støtte. Det står i faktisk modsætning til, at sundhedsplejerskerne oplever, at den begrænsede tid, der er til rådighed for sundhedssamtalerne nærmest umuliggør, at sundhedssamtalen reelt kan bruges til andet end en form for konsultation og overvågning. Der er et klart ønske blandt sundhedsplejerskerne om at videreudvikle sundhedssamtalen, så den bliver mere end "blot en positiv snak". Sundhedssamtalen drejer sig i de fleste tilfælde om kontrol, omsorg, trøst, snak om, hvordan barnet har det osv., og samtalerne er som sådan ikke dialogiserede, men sundhedsplejerskerne mener, at samtalen rummer gode muligheder for at reflektere sundhedspædagogisk over sundhedsfremme og forebyggelse og derved arbejde med børnenes egne tanker, problemer og værdier. De iagttager, hvordan børn og unge trives med forandring og italesætter forandring som "*et moderne samfundsvilkår*". Forandring er i sundhedsplejerskernes øjne noget værdifuldt, der skaber engagement fra børnenes side. De betragter dermed børnene som potentielle "*forandringsagenter*", og de er interesserede i at udnytte denne iagttagelse positivt og konstruktivt i sundhedssamtalerne.

Den sundhedssamtale, "systemet" ønsker, er en samtale, der kan afdække og opspore vanskeligheder. Børnene skal derfor undersøges, så man kan konstatere, om de udvikler sig normalt, og skride ind, hvis deres normale udvikling er truet. Sundhedsplejerskerne diskuterer forskellige måder at

praktisere sundhedssamtalerne på, men også at sundhedssamtalen generelt, på trods af disse indbyrdes forskelle, altid er determineret af ydre krav om et specifikt indhold, dvs. bestemte emner til bestemte klassetrin. Da sundhedssamtalen determineres af disse forskellige ydre forventninger til samtalens indhold og form, er det vanskeligt eller umuligt for sundhedsplejerskerne at gennemføre sundhedssamtalen udelukkende med udgangspunkt i deres *faglige* overvejelser. De tvinges af omstændighederne til at gå på akkord med sundhedspædagogiske intentioner om deltagelse, medbestemmelse og dialog, og de gennemfører sundhedssamtalen i zig zag kurs, fordi de tager hensyn til de forskellige forventninger, de møder. Derfor bliver sundhedssamtalen en aktivitet, der er formet af vilkåret: "*så godt det kan lade sig gøre på de givne betingelser*". Det er ikke længere tilstrækkeligt, at sundhedssamtalen opleves som god. Sundhedsplejerskerne giver udtryk for, at de ønsker at bryde med den eksisterende samtalenorm og bruge sundhedssamtalen til noget andet og pædagogisk, hvor børnenes egne værdier og opfattelse af sundhed kommer i centrum. De udtrykker desuden et behov for at afklare og diskutere, for hvem samtalen har hvilken værdi, og rejser spørgsmålet om, hvilke kompetencer det implicerer at arbejde pædagogisk med værdier.

Børnenes syn på sundhedssamtalen

Et fokusgruppeinterview med seks børn fra en syvende klasse drejer sig om børnenes syn på deres sundhedsplejerske og hendes tilgange til deres sundhed. Børnene skelner ikke mellem at være til skolesundhedsplejerske og deltage i en sundhedssamtale. De har med andre ord ikke erfaringer med andet end samtaler med sundhedsplejersken. Børnene betragter sundhedssamtalen som en del af de

funktionsundersøgelser, højde- og vægtmålinger, sundhedsplejersken foretager. De beskriver sundhedsplejersken som en interesseret person, der er god at snakke om alt muligt med – også om, hvordan man har det uden for skolen. På et spørgsmål om, hvad der er godt ved at være til samtale hos sundhedsplejersken, svarer børnene:

- *"Det er sjovt at blive målt – at blive høre-testet og få målt syn – sjovt at vide, hvor meget jeg vejer, og hvor meget jeg kan høre og se"*
- *"Man kan også stille spørgsmål om alt muligt. Og det er godt, at der bliver spurgt om, hvordan man har det hjemme"*
- *"Sundhedsplejersken snakker med mig om, hvordan jeg har det, for jeg har haft nogle problemer derhjemme – men det er en rigtig god sundhedsplejerske, og jeg kan godt lide at vide, hvor meget jeg vejer og måler, og hun er meget god at snakke med, når hun altså bare ikke siger tingene til min klasselærer"*
- *"Hun sørger for, at jeg tilpasser mig – hvis jeg er uvenner, hjælper hun mig med, hvad jeg kan gøre for at blive gode venner med dem"*
- *"Det er rart at snakke om menstruation"*
- *"Da jeg var ked af det, da græd jeg, og hun hjalp mig"*

På et spørgsmål om, hvad der er dårligt ved sundhedssamtalen, svarer børnene med eksempler fra situationer, de har oplevet som svære:

- *"Det er ikke sjovt at blive vejet – fordi de andre skal høre det"*
- *"At det var for store grupper, når vi skulle derop og snakke om menstruation – hvis der er noget, man synes er pinligt at spørge om, er det bedre hvis det kun er ens veninde der hører det"*
- *"Drenge må ikke komme med en ven – derfor må jeg ikke komme op med nogle af mine bedste venner"*
- *"Og det dårlige det er, at hun misforstod, hvad jeg sagde og sagde tingene til min klasselærer – det synes jeg, ikke hun skulle, fordi jeg ikke ville have at min lærer skulle vide noget"*
- *"Hun sladrer om, hvad man sagt, til læreren"*
- *" Vi vil helst have en mand, fordi det er bedst, hvis vi vil snakke om os selv"*

Citaterne understreger, at børnene oplever sig blottede eller udstillet negativt, når de deltager i samtaler i for store grupper eller uden deres kammerater hos sundhedsplejersken.

Et andet problem handler om børnenes skuffelse, når de oplever, at den fortrolighed, de viser sundhedsplejersken, bliver brudt, ved at hun fortæller noget af det, de har sagt, videre til lærerne eller forældrene.

Endelig er der drenge, der fremhæver, at de ville have nemmere ved at snakke med sundhedsplejersken, hvis det var en mand.

Der er stor forskel på, hvordan en sundhedsplejerske arbejder, og hvordan en lærer arbejder, mener børnene. Læreren kender dem bedre end sundhedsplejersken, men til gengæld oplever de, at de kan være mere ærlige sammen med sundhedsplejersken. De føler, at læreren har en viden om deres evner, kompetencer, kammeratskaber og familieforhold, hvilket læreren ikke altid bruger til deres fordel. En pige udtrykker det som: "*læreren har altid noget på mig*".

Til sammenligning med sundhedsplejersken føler de sig i højere grad kontrolleret og opdraget af læreren. En dreng siger: "*sundhedsplejersken skælder ikke ud, heller ikke selv om man vejer for meget*". Børnene opfatter ikke sundhedssamtalen som noget, der har med forebyggelse at gøre. De mener, at forebyggelse er noget tandlægerne tager sig af – noget med at børste tænder. Flere af børnene sammenligner sundhedsplejersken med en psykolog, fordi sundhedsplejersken, ligesom psykologen, spørger om, hvordan man har det og hvorfor. En dreng, der selv har gået til skolepsykolog, siger: "*Sundhedsplejersken er en slags sundhedspsykolog. Hun starter med at snakke om, hvordan man har det. Hvis man har det svært, snakker vi om det, ellers snakker vi om lidt af hvert*".

Ifølge disse børn har sundhedssamtalerne ændret sig. I dag snakker de med sundhedsplejersken om alt muligt, der har med dem selv at gøre, mens de husker den sundhedsplejerske, de havde på de første klassetrin, som en, der udelukkende tjekkede, overhørte og målte dem. Sådan fortæller børnene om forskellen på deres nye og gamle sundhedsplejerske:

- *"Den nye sundhedsplejerske snakker ikke så meget om sundhed – altså om mad og motion, og hvad der er sundt for kroppen. Men det gjorde den anden – da vi var små. – da vi gik i 3. klasse: Hun lagde mig på en seng, og jeg skulle se på en tavle. Hun brugte en pegepind til at pege på de ting, jeg skule svare på. Så lå jeg der og så på en tavle med alle mulige slags billeder. Man skulle fortælle hende, hvilken slags mælk man drak…"*
- *"Den nye sundhedsplejerske snakker faktisk slet ikke om mad… – hun snakker om hæfter. Og så snakker hun jo om, hvordan vi har det, om menstruation og sådan … Hun kan faktisk snakke med os om alt"*

På et spørgsmål om, hvad det vil sige at være sund, svarer børnene:

- *"At være sund har noget at gøre med, hvordan man har det – også økonomisk, og hvordan man har det med sin krop"*
- *"At man tænker på, hvad man indtager, og man dyrker noget motion – men ikke for meget, så man får anoreksi"*
- *"At have det godt med sin familie"*
- *"At være glad og tilfreds"*
- *"Sundhed har noget at gøre med, hvordan man har det. Hvordan ens krop har det indeni. Der er to måder at være sund på: den ene måde er at være totalt clean. Den anden måde er have det godt indeni. Man kan godt være begge ting på samme tid"*

Børnene har på mange måder et positivt og bredt sundhedsbegreb, der inkluderer mange forskellige værdier, hvilket ikke udelukker deres opmærksomhed på sygdomme og risikofaktorer. Pigerne er f.eks. meget optaget af anoreksi, fordi en pige i klassen har haft det. De vil vide, om det smitter, og hvad de kan gøre for ikke at få det osv. Både drengene og pigerne opfatter sundhed som at have det godt krops- og humørmæssigt. Sundhed er også ting, de ønsker fortrolighed omkring. Sundhed er gaver, frisk luft, venner, god mad og fitness. Sundhed er for alle – ikke kun for de dygtige, rige eller smarte.

Sundhedsplejerskens ideologiske opfattelse af sundhed

Ovenstående udsagn fra børnene er diskuteret med sundhedsplejerskerne i udviklingsprojektet – nærmere bestemt, hvordan børnenes værdier og forventninger får betydning for deres selvforståelse og håndtering af sundhedspædagogiske opgaver. Sundhedsplejerskerne mener, at børnenes værdier og forventninger er vigtige arbejdsredskaber, men samtidig at de er svære at håndtere eksplicit i skolesundhedsplejen. Sundhedsplejerskerne sætter ikke ord på børnenes værdier, men diskuterer enkeltsituationer, hvor de har oplevet noget med børnene, de fortolker som noget værdifuldt. Deres egen motivation eller parathed er afgørende for, om de kan få øje på børnenes værdier og bruge dem i deres praksis. En sundhedsplejerske udtrykker det således: *"Det gælder om at finde værdierne, eller provokere dem til at lade sig se. De er svære at få øje på. Når jeg mærker, at jeg er harmonisk inde i mig selv, så ser jeg dem"*.

Som den første og mest generelle konklusion i forhold til værdier og børn sætter sundhedsplejerskerne i daglig tale ikke ord på børnenes værdier, og det er vanskeligt at få øje på deciderede værdikonflikter i forhold til børnene. Sundhedsplejerskerne diskuterer i stedet forskellige dilemmaer, som de selv har været involverede i med børn og forældre. Eksempelvis en mor, der konsulterer sundhedsplejersken både med og uden sin teenagedatter for at få sundhedsplejersken til at løse op for den konflikt mellem mor og datter, der udspringer af, at

moren mener, at datteren skal tabe sig. En mulig fortolkning er, at det er for følelsesmæssigt krævende at tale om problemer og konflikter i forhold til børnene. Sundhedsplejerskerne oplever det *"lidt for privat"* at tale om de værdikonflikter, der måtte være. På ét punkt er der dog i en vis forstand tale om værdisammenstød – eller forskellige opfattelser – mellem sundhedsplejerskerne og børnene. Sundhedsplejerskerne oplever, at mange børn vurderer de screeninger, som udføres, positivt. Imidlertid giver sundhedsplejerskerne udtryk for, at den store interesse for disse screeninger er et problem, da de selv vurderer de andre, mere sundhedsfremmende aktiviteter som vigtigere. Mange oplever ligefrem veje-, måle- og screeningsopgaver som en hindring for de problemløsnings- og sundhedsfremmende opgaver, de helst vil prioritere – som en sundhedsplejerske udtrykker det i et interview: *"Vi vil gerne tage os af problemerne, men skal måle, veje, lave sundhedssamtaler, førend vi kan prioriterer det, vi ser som er vigtigst i vores arbejde"*.

Den værdi og glæde, børnene udtrykker i forhold til at vide, hvor meget de måler eller vejer, ikke vurderes tilsvarende positivt af sundhedsplejerskerne, som ønsker at fokusere på tanker og følelser som de vigtigste af børnenes resurser. Mange sundhedsplejersker mener, at tanker og følelser udgør børnenes vigtigste sundhedsmæssige drivkraft, og at det derfor er vigtigt at skabe tid til at tale med børnene om, hvad de føler og tænker. Sundhedsplejerskerne skelner ikke mellem kønnene og ikke mellem, hvordan drenge og piger responderer på sundhedssamtalerne. Synspunktet er, at både piger og drenge skal kunne mærke deres krop og turde *"stå ved den, som den er – uden at behøve mål for det"*. Alle børnene bør opbygge kropslig selvtillid uden sammenligninger, normalkurver og standardmål. Dette synspunkt kan illustreres med disse to citater:

- *"Mange børn er glade for at vide, hvad de vejer og hvor høje de er, hvordan de vokser, så det kommer til at fylde alt for meget. Hvem de selv er, det kommer til at fylde rigtig lidt"*
- *"Den eneste ressource børnene har, det er hvad de selv tænker, hvad de føler, hvem de er, og hvordan deres liv virker på dem. Så derfor skal det fylde meget mere, hvis man vil fremme deres sundhed"*
- *Når børn og forældre primært opfatter sundhedsplejersken som én, der vejer og måler, oplever sundhedsplejerskerne en devaluering af deres arbejde. De ønsker at arbejde med børnenes kropsbevidsthed, dvs. et intellektuelt og følelsesmæssigt anliggende frem for for screenings og tests, der viser børnene noget om deres mål, hørelse og syn.*

Pointen er, at sundhedsplejerskernes tilgang til børnenes sundhed ideologisk set svarer til deres egen opfattelse af sundhed. Deres opdragelse, tidligere frigørelse og politiske kamp for de kvindelige værdier: ikke-konkurrence, ikke-standarder, ikke-kommercielle kropsbilleder osv. præger deres opfattelse af, hvad sundhed er for børn, og hvad en god sundhedssamtale skal dreje sig om. Betydningen af, at barnet kender sig selv, sine følelser, sit liv og sin omverdens påvirkning, bliver central. Sundhedsplejerskerne ønsker at lære børnene at forholde sig fornuftigt til deres følelser, så de dels kan skærme sig mod omverdenens forventninger om bestemte korpsidealer og dels bedre kan forstå deres kropsudvikling og følelser. De tager udgangspunkt i det enkelte barns intellektuelle og følelsesmæssige formåen, dvs. at der tale om en stærk individuel fokusering.

På denne baggrund vil jeg fremsætte fire teser: For det første er børnene i syvende klasse er motiverede for at tale med sundhedsplejersken og opfatter hende som en sundhedsperson, der etablerer et frirum – uden overvågning – til samtaler om sundhed, kroppen, problemer og ting, de ikke taler med lærerne om. De er optaget af at blive vejet og målt. Det har betydning for dem at kunne forholde sig til konkrete mål set i forhold til "det normale". De definerer ikke præcist, hvad en sundhedssamtale er,

eller hvad den kan bruges til, og i den forbindelse taler de ikke om, hvad de selv kan være med til at bestemme. Børnene har forskellige begreber om sundhed og forskellige forventninger til det at være sund. Generelt har de en bred og positiv opfattelse af sundhed, hvorigennem de italesætter lang række værdier.

For det andet udgør børnenes motivation og forventninger til sundhedsplejersken et konstruktivt udgangspunkt for en videre udvikling af sundhedssamtalen, så den både giver plads til børnenes værdier, erfaringer og opfattelser af sundhed og til sundhedsplejerskens faglighed. Børnene vurderer deres kontakt med sundhedsplejersken positivt. Dog er der enkelte forbehold. Først og fremmest ønsker børnene ikke at udstille sig over for kammeraterne, når de er "på besøg" hos sundhedsplejersken, og dernæst skal de kunne stole på, at det, de fortæller om sig selv, ikke videregives til f.eks. lærerne eller forældrene. Det sidste er et – blandt sundhedsplejerskerne – kendt dilemma, da de ofte oplever situationer, hvor visse elevers problemer er så massive, at de kræver andre voksnes involvering.

For det tredje opfatter sundhedsplejerskerne sig selv som 'brobyggere' mellem hjem og skole, og de ser sig selv mellem børnefamilier og lærere. Her opfatter de sig selv som kulturbærere, og de ser værdier i at være formidlere af kulturen (værdierne). De taler om frustration og magtesløshed, når de ikke bliver brugt til at løse børnenes problemer, og værdikonflikter fremstår derfor som vanskeligheder med at få adgang til børnenes problemer og problemløsninger. Sundhedsplejerskerne involveres ofte i værdikonflikter, som børnene oplever at have i forhold til andre personer, som f.eks. forældre, lærere og kammerater. Det drejer sig både om konflikter, der handler om forholdet mellem sundhedsplejerske og børnene, og om konflikter, som børnene udtrykker, at de har i forhold til andre parter.

Endelig for det fjerde diskuterer sundhedsplejerskerne ikke deres individuelle værdier eller personlige dilemmaer i forhold til børnene. Eksempelvis diskuterer de ikke deres selvoplevede sundhed eller mangel på samme i relation til rollen som sundhedsplejerske. Spørgsmålet er, om det er sundhedsfremmende for dem selv at arbejde med børn og unges sundhed. Sundhedsplejerskerne opfatter sig selv som rådgivere for børnene, der kan levere svar og løsningsforslag. De diskuterer ikke indbyrdes, hvordan børnenes reaktioner – positive som negative – får betydning for deres rolle. Sundhedsplejerskerne har således ikke en terapeutisk tilgang til børnene, hvor en sådan selvreference og selvrefleksion naturligt ville danne grundlag for dialog med det enkelte barn.

Konklusion

Skolearbejdet er komplekst og problemfyldt. Sundhedsplejerskerne knytter værdier til forskellige opfattelser af blandt andet: "det gode liv", børn og unges "hele liv", sundhed, kropsbevidsthed, sygdom, deltagelse og omsorg. De bruger værdierne til at åbne for dialoger mellem børn og sundhedsplejersker samtidig med, at de anser dem for noget privat; noget følelsesfuldt. For mange sundhedsplejersker hænger holdninger og værdier uløseligt sammen. De mener, at de ofte ved, hvad der skal til for at få børnenes holdninger ændret, og de mener, at det er på *"forkanten af problemerne, den sundhedsfremmende indsats skal ligge"* – ikke først når problemerne er opstået. Denne 'profylaktiske fornuft' og selvsikkerhed i forhold til at holdningsændre står i modsætning til sundhedsplejerskernes øvrige syn på værdier. Der er en modsætning mellem deres *intentioner* om at påvirke børnenes værdier og deres *syn* på værdier, dvs. deres egne værdibegreber.

På den ene side har sundhedsplejerskerne en opfattelse af, at de kan påvirke børnenes holdninger og dermed deres værdier, og det er målet at få børnene ledt på rette vej. Deres faglighed har tre

kompetencestrenge: 1) Evne til at forudse børnenes problemer, 2) Effektfuldhed i forebyggelsen og 3) Evne til at påvirke børnenes holdninger og adfærd i positiv retning. På den anden side siger sundhedsplejerskerne, at de ikke kan forandre børnenes værdier, fordi værdier er individuelle, iboende, selvskabte størrelser. De mener, at værdier skabes af det enkelte barn og udtrykkes forskelligt i de forskellige sociale sammenhænge, barnet indgår i. Pædagogisk set er modsætningen udtryk for en holdning om, at sundhedsplejersken er den, der skal fortælle barnet, hvad det rigtige eller sunde er – til forskel fra et grundlag, hvor sundhedsplejersken tænker: det ved jeg ikke, men min opgave er at hjælpe med at finde frem til, hvad der er sundt for barnet. Her er sundhedsplejersken i princippet uvidende om barnets sundhed, men nysgerrig efter at undersøge barnets værdier. Denne modsætning kan 'opløses' ved at reflektere over, hvad det handler om, når man *både* arbejder med formidling af relevant sundhedsfaglig eller sundhedspædagogisk viden *og* med børn og unges værdier.

Det er uvant for mange sundhedsplejersker at tænke i *værdikonflikter* i forhold til børnene, og de er mere stemt for at fokusere på de problemer, som de ser, børnene (eller de selv) har. Værdikonflikter bruges ikke udviklende eller bevidstgørende i forhold til børnenes muligheder for f.eks. at lære at forholde sig noget, der har med sundhed at gøre. De værdikonflikter, der kan knyttes til relationen mellem sundhedsplejerske og børn/unge, opleves som noget, der besværliggør arbejdet. Sundhedsplejerskernes funktion betyder i mange tilfælde, at de er orienteret mod nogle helt andre værdier, end dem der dukker op sammen med børnene. Der er derfor risiko for, at de gør sig blinde for børnenes værdier – hvis de er styrede af helt andre værdier.

Men i forhold til lærerne og de øvrige samarbejdspartnere i skolen diskuterer sundhedsplejerskerne gerne værdier, modsigelser og dermed også værdikonflikter. Det er karakteristisk, at sundhedsplejerskerne ser sig selv arbejde "*afgørende fagligt forskelligt*" fra deres samarbejdspartnere. De oplever, at de kan tilbyde mere, end de bliver anset for at kunne i skolen. Samtidig skærmer de sig selv i forhold til at blive 'misbrugt'. Disse oplevelser fremgår af seriens følgende artikel: "Kampen om børnene", der bringes i det kommende nummer af Sundhedsplejersken.

Referencer:

Jensen, B. B., Roesen, J. V., Glisman, H., & Wistoft, K. (Eds.). (2006). *Sundhedsplejen ved en skillevej? Erafringer fra et sundhedspædagogisk udviklingsarbejde*. København: Sundhed og miljø, Københavns Kommune.

Sundhedsstyrelsen. (2002). Lov om ændring af lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge (ophævelse af krav om ansættelse i den kommunale sundhedstjeneste) (Vol. 344).

Wistoft, K. (2007). *Kvalificering til sundhedspædagogisk værdiafklaring*. Unpublished PhD, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole ved Aarhus Universitet, København.

Wistoft, K., Jensen, B. B., & Roesen, J. V. (2005). *Værdier på spil? Mellem sundhedsfremme og forebyggelse i skolesundhedsplejen*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.

Karen Wistoft er cand. pæd. og ansat i Institut for Pædagogisk Filosofi på Danmarks Pædagogiske Universitetsskole ved Aarhus Universitet. Som aktivt medlem af Forskningsprogrammet for Miljø- og Sundhedspædagogik forsker hun med særlig interesse for værdier og sundhedspædagogik. Karen har været leder af et treårigt udviklingsarbejde i Grønland: "Værdier i sundhedsarbejdet i Grønland" og medleder af et tilsvarende projekt i Sundhedsplejen i Københavns Kommune: "Skolesundhedsplejen ved en skillevej". Hun forsvarer sin ph.d.-afhandling: "Kvalificering til Sundhedspædagogisk værdirefleksion" i efteråret 2007, nærmere dato vil fremgå på www.dpu.dk.

"Du bestemmer"-metoden i skolen

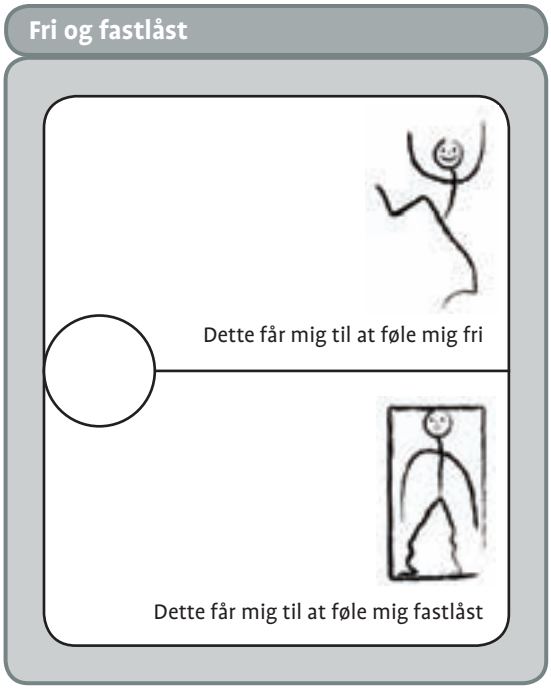
Rigtig mange Sundhedsplejersker kender til /har hørt om / bruger *"Du Bestemmer"* metoden.
Lise Dalsgaard har i en artikelserie på 3 beskrevet metoden.
I dette nummer bringes den sidste artikel om *"Du bestemmer"* metoden.
Den første artikel blev bragt i Sundhedsplejersken nr. 1. Artiklen handlede om *"Du bestemmer"* til småbørn og spædbørnsfamilien. I Sundhedsplejersken nr. 3 kunne du læse artiklen "Forælder og stadig på vej" den artikel handlede om et projekt for sårbare mødre hvor *"Du bestemmer"* blev anvendt i gruppesamtalerne. I dette nummer præsenteres metoden anvendt på skoleelever.

Et traditionelt *"Du bestemmer"*- forløb

I det traditionelle *Du bestemmer* forløb, inviteres elever i 8. eller 9. klasse til at deltage i et *Du bestemmer* forløb over ca. 2 måneder. Forløbet er velbeskrevet i manualen og skal derfor ikke omtales yderligere. Men jeg vil pege på muligheden for at tilbyde forløbet til specifikke målgrupper som: Overvægtige børn og unge, børn og unge der mobbes eller har lavt selvværd, elever i specialklasser … Det er dog vigtigt at holde fast i, at deltagelse er frivillig. Og det er vigtigt, at deltagerne i en eller anden grader i stand til at reflektere.

Den årlige sundhedssamtale

Det grønne samtaleark Fri og fastlåst kan anvendes til at undersøge, hvordan eleverne i en given klasse trives lige nu og her. Gå i klassen og instruer eleverne i at udfylde arket, som derefter fungerer som udgangspunkt for de individuelle samtaler. Arket giver meget konkrete billeder på trivsel og mangel på trivsel i en klasse. Følg evt. op med gruppesamtaler om kammeratskab: Sammen definerer deltagerne i gruppen: *Hvad er en god kammerat, hvad er en dårlig kammerat. Hvad skal der til, for at vi kan være gode kammerater for hinanden?*



Behovsbørn

Enkeltstående *Du bestemmer* samtaler eller samtaleforløb tilbydes til behovsbørn, der er fundet ved

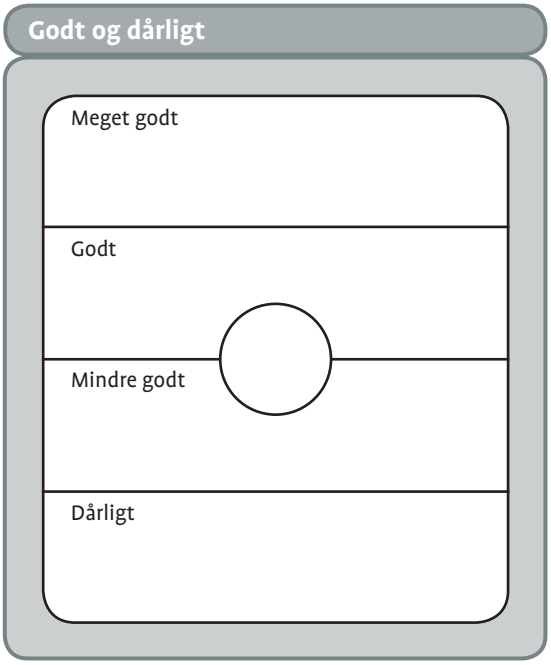
den årlige sundhedssamtale. Her følger et par eksempler:

En enkeltstående samtale

Lene går i 9. klasse. Hun er i en periode dukket op med småskavanker som forstuvninger. Altid noget, hun mener forhindrer, at hun kan deltage i idræt. Aldrig noget, der rigtig er hold i. Lærerne er irriterede på hende og vil have mig til at sige, at hun godt kan deltage: I stedet tilbyder jeg hende en *Du bestemmer* samtale om, hvordan hun har det med sit liv lige nu. Hun udfylder det rosa ark: Godt og dårligt, der derefter danner udgangspunkt for samtalen.

Det viser sig, at der er alkoholproblemer i hjemmet og også voldelige episoder. Hun bliver systematisk mobbet af tre piger, ikke mindst i forbindelse med idrætstimerne. Hun føler sig generelt udenfor i klassen, har ingen penge, føler sig dum og forkert.

Disse problemer var naturligvis ikke løst med et trylleslag. Det krævede en tværfaglig indsats. Men en ting kunne vi give hende med det samme: Da lærerne blev orienteret om sammenhængen, blev hun straks set på med mere forstående øjne – og der blev taget hånd om mobningen i klassen.



Et individuelt samtaleforløb

En libanesisk pige er fraværende til den årlige sundhedssamtale i 7. klasse. Klasselæreren kan fortælle, at hun er forholdsvis ny i klassen. Hun er ofte fraværende mandag og fredag. Hun forsvinder typisk i løbet af dagen, når der er idræt på programmet. Klasselæreren mener, det er håbløst at gøre noget ved det.

Efter flere forgæves forsøg træffer jeg Aisha på skolen. Hun taler rimeligt godt dansk, og jeg vælger at tilbyde hende en *Du bestemmer* samtale på et tidspunkt, hvor vi kan tale uforstyrret. Hun udfylder det rosa ark med stor forsigtighed, skriver kun i den positive ende af arket, men i løbet af samtalen går der hul på bylden:

Hun fortæller om, hvor ensomt det er at være eneste arabiske pige i klassen, hvor svært det er for hende, at moderen får så mange børn (mindre fritid til Aisha), hvor bange de er i familien, for at de ikke får lov at blive i landet. Hun er glad for samtalen, og vi aftaler at tale sammen på denne måde en gang om måneden. Hun tager hver gang det anvendte samtaleark med hjem for at vise det til sin mor.

Vi anvender som regel det rosa samtaleark fra *Du bestemmer*, men har også anvendt andre materialer fra *Du bestemmer* for eksempel arket: For tre år siden, nu og om tre år. Det åbner mulighed for at tale om hendes udvikling over tid og om hendes fremtidsplaner.

I løbet af de kommende måneder sker der det, at hun begynder at passe sin skole, begynder at deltage aktivt og interesseret både i klassen og i idrætstimerne, begynder at få venner i klassen. Hun taler meget om sin drøm om at gå til syning i ungdomsskolen, om at få sig et job og senere en uddannelse. Hun har selv mod på at gå ud og spørge om job. Hun kommer således ind i en meget po-

sitiv og konstruktiv udvikling: Eneste indsats: *Du bestemmer* samtaler en gang om måneden.

Aisha og lillesøsteren, der også går på skolen, har hidtil gået uden tørklæde. En dag dukker Aisha op til samtale med tørklæde på og er fuldstændig knust. Andre familier har *prikket* til hendes familie og kaldt dem dårlige muslimer, fordi hun ikke går med tørklæde. Faderen har derfor forlangt, at hun bærer tørklæde. Hun er dybt ulykkelig og ser alle sine fremtidsdrømme forsvinde.

Jeg foreslår hende, at udfylde det rosa ark om fordele og ulemper ved at gå med tørklæde, hun er trods alt muslim, måske er der også fordele ved det …, og så går hun i gang. Hun kan godt se, at det rummer fordele for hende og måske især hendes familie, at hun går med tørklæde. I kredsen af muslimer vil accepten være større, det vil være nemmere, når hun deltager i fester i de kredse, og sikkert også nemmere, når hun skal giftes.

Men ulemperne er store. *Jeg tænker kun på, at jeg har tørklæde på i klassen, kan slet ikke høre efter, kan ikke mere lide at gå med kammeraterne nede i byen. – Jeg tror ikke på at jeg kan få et job, tror ikke på at jeg nogensinde får en uddannelse. – Jeg får aldrig det tørklæde af, heller ikke når jeg*

Personalia:

Lise Dalsgaard er Sundhedsplejerske, selvstændig udviklingskonsulent og underviser i Holstebro, e- mail: mail@lisedalsgaard.dk
læs mere på: www.lisedalsgaard.dk

bliver 18 og egentlig selv kan bestemme. – Jeg kan mærke, at jeg aldrig vil kunne tage det af!

Det er en meget bevægende samtale for os begge. Til slut spørger jeg, hvornår vi skal tale sammen igen, og hun ser forbavset på mig: *Vil du godt snakke med mig selv om jeg går med tørklæde*. Svaret er naturligvis ja, og vi aftaler en ny tid.

Den følgende måned dukker hun op uden tørklæde. Jeg spørger forundret, hvad der er sket, og hun siger: *Jamen, jeg sagde det til min mor og far*. Hvad sagde du? – *Ja, at jeg godt kan forstå, at de synes, det er nemmere, at jeg går med tørklæde, af hensyn til de andre familier, og måske også når jeg skal giftes, men jeg sagde også, at jeg ikke hører efter henne i skolen, at jeg ikke tror på, at jeg får en uddannelse eller et job, og så sagde min far til mig: Så tag det tørklæde af.*

Jeg havde endnu to samtaler med Aisha, så syntes hun ikke, hun havde brug for flere samtaler. Det var lykkedes for hende at skaffe sig et job i en lokal forretning. Hun befandt sig igen fint i klassen.

Lillesøsteren bar fortsat tørklæde, men hun gik også i klasse med tre andre piger med tørklæde og trivedes åbenbart fint ved det.

Eksemplet ovenfor viser i hvor høj grad denne form for samtaler kan styrke det personlige sprog hos sårbare grupper.

Samtaleark kan sagtens anvendes til samtaler med elever, der er væsentlig yngre end den oprindelige målgruppe for *Du bestemmer*. Men det er forkert at signalere, at børn er eneansvarlige for deres egen sundhed. Måske har forældrene brug for en *Du bestemmer* samtale for at kunne samle forældreansvaret op.

v/ Sundhedplejerkse, MSP **Annette Poulsen**, e – mail: ANP@sst.dk

Sundhedsstyrelsen informerer august 2007

Revision af "Vejledning om hygiejne i daginstitutioner – om sundhed, forebyggelse, sikkerhed og miljø.

I efteråret påbegynder Sundhedsstyrelsen en revision af ovenstående publikation. Inden vi går i gang med revisionen ønsker vi at undersøge, om brugere af vejledningen har kommentarer og/eller forslag til ændringer eller nye emner til vejledningen således, at der så vidt muligt kan blive taget højde for dette i forbindelse med revisionen. Alle kommentarer, store som små, er meget velkomne.

Henvendelser kan rettes såvel mundtligt som skriftligt til: Læge Tyra Grove Krause, e-post tgk@sst.dk eller på telefon 72 22 78 20

Astma-Allergi i skolen

Sundhedsstyrelsen udvikler i partnerskab med Astma-Allergi Forbundet en ny hjemmeside: Astma-AllergiiSkolen.dk. Hjemmesiden vil, ligesom publikationen "Overfølsomme børn i daginstitution og dagpleje", indeholde information om overfølsomhedssygdomme og børn og unge, og om skolens hverdag i relation til astma og allergi. Hjemmesiden forventes klar ved årsskiftet.

Hjemmesiden tager bl.a. udgangspunkt i en virtuel skole, hvorfra man kan klikke sig ind i forskellige klasselokaler. Her vil der være løsningsforslag på de forskellige problemer og situationer, der kan opstå i relation til overfølsomhedssygdomme. En række praktiske råd og handleanvisninger (fx tjeklister) vil medvirke til at sikre, at betydningsfulde faktorer i relation til indeklimaet tænkes ind i skolens dagligdag. Desuden vil hjemmesiden indeholde faktasider, der besvarer nogle af de spørgsmål, der ofte rejses i relation til overfølsomhedssygdomme. Hjemmesiden henvender sig primært til personalet i kommunens folkeskoler (skoleledere, lærere, erhvervsvejledere, teknisk personale samt køkkenpersonale) og til den kommunale sundhedstjeneste. Også kommunens skoleforvaltning og forældre samt børn og unge, der selv har en overfølsomhedssygdom, kan have glæde af at anvende siden.

Sundhedsstyrelsen er interesseret i, at hjemmesidens indhold bliver så relevant og vedkommende som muligt for alle målgrupper. På FS10's hjemmeside www.fs10.dk kan man derfor printe et spørgeskema ud om ønsker til indholdet og sende det til læge Jette Blands, Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S. I er også meget velkomne til at sende en e-mail direkte til Jette, jbl@sst.dk eller ringe til 72 22 77 50 med jeres forslag.

Vaccination mod meningitis og andre sygdomme forårsaget af pneumokokker

Pr. 1. oktober 2007 indføres vaccination mod sygdom forårsaget af visse pneumokokbakterier i det danske børnevaccinationsprogram.

Pneumokokvaccinen gives tre gange, når børnene er 3, 5 og 12 måneder gamle, dvs. på samme tidspunkter de vaccineres med Di-Te-Ki-Pol- Hib vaccine. De to vacciner skal gives på separate indstikssteder.

I en overgangsperiode, tilbydes børn der pr. 1.oktober 2007 er 4 – 17 måneder også vaccination.

- Børn 4 – 11 måneder (født: november 2006 – juni 2007) tilbydes tre vaccinationer
- Børn 12 – 17 måneder (født: maj 2006 – oktober 2006) tilbydes to vaccinationer.

Det er alderen for den første vaccination, der faktisk gives, der bestemmer, om der skal gives to eller tre vaccinationer.

For at få ekstravaccinationerne gennemført inden for kort tid og af hensyn til lægens tilrettelæggelse er det **vigtigt, at tidspunktet for den 1. vaccination bestilles hos lægen i god tid**, og at den især hos de mindre børn så vidt muligt lægges samtidig med de øvrige vaccinationer. Det fortsatte program aftales med lægen, når den 1. vaccination gives.

Vaccination forventes at øge især antallet af feberreaktioner og lokalreaktioner. Alvorlige bivirkninger til vaccinationen er kun meget sjældent rapporteret.

I øvrigt henvises til Sundhedsstyrelsens og Statens Serum Instituts hjemmesider: www.sst.dk og www.ssi.dk. Kontaktperson i Sundhedsstyrelsen er overlæge Tove Rønne.

Mere udførlig information om vaccinen gives i næste blad.

FARS LEGESTUE – PÅ NØRREBRO

Legestuen har nu eksisteret i 11 år. Det er vi meget stolte af, det er fortsat et godt benyttet tilbud, der bliver brugt af mange fædre, og den er begyndt at få "brødre" rundt omkring i landet. Måske er der ved at være basis for en samlet hjemmeside til fædre?

Men hvorfor så en Legestue for børn og fædre? For mange mænd er aktivitet og det selv at få lov til at finde ud af tingene af stor betydning.

Da det ikke er nye mødre, fædrene skal være, men fædre, er det vigtigt, at de definerer denne rolle på deres egen måde. Det er vigtigt at holde sig for øje, at det ikke er en speciel foruddefineret fædrerolle, de skal indtage, da mænd er forskellige, og denne mangfoldighed er vigtig i dag.

Der er mange måder, man kan leve et godt familieliv på og mange forskellige måder, man kan have en god barndom på. Men én ting er for os meget vigtig, og det er, at børnene, om det er drenge eller piger, har brug for både fædre og mødre.

I Sundhedsplejen på Nørrebro mener vi, det er rimeligt og vigtigt, at Sundhedsplejen giver fædrene et selvstændigt tilbud, der er tilpasset deres køn, ligesom mødrene får et tilbud, der er specielt tilpasset deres.

> Der er i Sundhedsplejen i Roskilde lavet en undersøgelse af fædre og deres forventninger til det at blive far. Rapporten kan rekvireres via: http://www.roskilde-kom.dk – du kan også læse hele rapporten ved at holde "Ctrl"-knappen nede og trykke på: Hva' med far på websitet.

Sundhedsplejerskerne har en faglig viden, som fædrene kan bruge. En af styrkerne ved "Fars Legestue" er, at strukturen er så åben, at den kan tilpasse sig mange forskellige fædres/børns behov, afhængig af hvem der deltager. To mandlige medarbejdere er ansat af Sundhedsplejen til at" fædre fædrene" – og det er vigtigt at understrege, at deres rolle såvel som sundhedsplejerskernes ikke er styrende, men understøttende.

Vi mener, Fars Legestue er et godt tilbud til mange fædre, og det er godt besøgt af en blandet skare af mænd. Autonomi og aktivitet er omdrejningspunktet.

På 3/4 år har 102 fædre med børn været i legestuen. Dvs. 8,5 far i gennemsnit pr. legestue.

Det sidste år har legestuen været finansieret af Satspulje-midler, men vi arbejder på, at det skal blive et fast tilbud fra Sundhedsplejen, og vi håber meget på, at det lykkes.

Antropolog Anne Vorre har undersøgt legestuen ved hjælp af observationer, gruppeinterview samt dybdegående interview af 4 fædre. Her er et par elementer fra hendes rapport:

Skulle I allerede have en Fars Legestue, er det muligt at komme med på hjemmesiden, ligesom Roskilde har gjort. De åbnede en Fars Legestue d. 14/2-07, konceptet ligner vores på Nørrebro, blot har de åbent 2 gange om ugen..Er I interesserede i at komme med på hjemmesiden eller i at høre mere, er I velkomne til at kontakte mig.

"Som det er nu, er den et tilbud, der henvender sig til alle fædre i Københavns Kommune. De primære brugere er velfungerende fædre, der nyder at have et rum for dem selv og deres børn..... Fædrene er blevet adspurgt, om de eventuelt ville have haft lyst til at komme, da børnene var mindre. I forhold til at lave noget med deres børn svarer alle ja, men udtrykker samtidig en tvivl omkring, hvorvidt moren ville være klar til at give slip. Her kunne sundhedsplejersken have en vigtig rolle, i forhold til måden at præsentere tilbuddet på – at moren får ro, og faren får en god oplevelse af nærvær med sit barn.

Undersøgelsen giver ligeledes et billede af nogle meget tilfredse brugere. Alle de deltagende fædre prioriterer højt at komme i legestuen og ser frem til den ugedag, hvor legestuen er åben. Flere giver udtryk for, at de gerne så, at legestuen er åben to dage om ugen – og vel at mærke ikke for at kunne vælge mellem to forskellige dage, men fordi de så ville komme begge gange. Derudover har flere givet udtryk for, at de gerne ville fortsætte med at komme i legestuen, efter barnet er startet i vuggestue – hvis åbningstiden eventuelt blev forlænget til klokken 17 eller 18.

Overordnet kan man konkludere, at måden legestuen er udformet på, eller legestuens "koncept", opfylder fædrenes behov. Der lægges vægt på salens størrelse, på valget af stort og udfordrende legetøj og på, at der ikke er lagt op til snakkeklub med borde og stole, men derimod på gulvaktiviteter.

Endelig viser undersøgelsen, at den stil de tilstedeværende pædagoger har valgt opleves meget positivt. Alle fædrene anerkender deres rolle som skabere af de frie rammer, hvilket også deres diskrete facon er med til at understrege. At de byder nye fædre personligt velkommen og står til rådighed for person-

Hvis I er interesseret i masteren til folderen om Fars Legestue eller "TIL FAR" er I velkomne til at kontakte Distrikt Nørrebros sekretær Eva Salmony på evsalm@buf.kk.dk eller undertegnede, så sender vi det gerne.

Vi har fået en hjemmeside www.farslegestue.dk – klik på Nørrebro for at læse om os.

lige snakke bliver ligeledes højt værdsat. Ligeledes påpeger to fædre, at det skaber ro i familien, at de tager deres barn med ud og væk fra moren. De mener begge to, at moren glæder sig ligeså meget, som de selv gør, til det bliver torsdag – så får hun et par timer til sig selv, hvor fokus ikke er på barnet. Derfor prioriteres det meget højt at komme i legestuen. En prioritet alle fædre deler.

I forhold til brugerne lader det til, at alle sætter pris på, at legestuen ikke henvender sig til en specifik gruppe fædre, men i sit udgangspunkt er for alle interesserede.

"Det er ligesom en jamsession – man kommer og finder hver især de instrumenter, man vil spille på..."

Fars Legestue handler også om at have en mulighed for at gå et sted hen med sit barn. En indendørs aktivitet, der er til fri afbenyttelse og, som en far påpeger, ikke koster noget at bruge.

I forhold til måden at bruge legestuen på, er der ikke den store forskel blandt de to grupper fædre. De vægter alle de frie rammer, den gode stemning i rummet og det positive aspekt ved at tage sit barn med hen og lege med andre børn. Her er det værd at bemærke, at flere fædre har pointeret, at de ligeledes ser legestuen som en forberedelse for barnet til at starte i daginstitution. Men overordnet set er det legestuen som et rum, fædrene selv udfylder, der vægtes højt.

Som en far beskriver meget fint: "Det er ligesom en jamsession – man kommer og finder hver især de instrumenter, man vil spille på…"

Afslutningsvis konkluderer Anne Vorre," at *Fars Legestue er et betydningsfuldt tilbud i Københavns Kommune – idet den er et rum kun for fædre.""*

Fædrene er glade for, at de har mulighed for at tale med en sundhedsplejerske hver gang i legestuen.

I en lille spørgeskemaundersøgelse spurgte vi bl.a. fædrene:

Hvor har du fået kendskab til Fars Legestue?
52% svarede via sundhedsplejersken
29% svarede via bekendte
14% svarede via skriftligt materiale el. Internet
5% svarede via andre

Sundhedsplejerskerne er meget vigtige i forhold til formidling af legestuen, og fædrene udtrykker, at det er godt, at vi kommer i legestuen.

Folderen "TIL FAR" er revideret flere gange (første gang udgivet i Sundhedsplejersken 1999). På Nørrebro udleveres folderen til alle førstegangsfædre.

Når jeg afleverer folderen, siger jeg ikke så meget til faderen, men henvender mig direkte til faderen og siger: "DEN ER TIL DIG!"
Oftest er svaret: "Neeej – der er noget til mig!!"

Nyt fra Litteraturgruppen

Temaet i dette nummer af Sundhedsplejersken er "Skolebarnet". Vi bringer derfor to anmeldelser, der begge omhandler rådgivning og vejledning til denne aldersgruppe.

Titel: ***Der er ikke rigtig nogen – en antologi om unge og ensomhed***
Redigeret af: *Anette Wiborg*
Sideantal: *205*
ISBN: *978-87-991121-3-2*
Pris: *199 kr.*
Udkommet den 11. Juni 2007

Mange unge har ikke nogen at snakke med. Hverken om de ting, der er vigtige, eller om det, der måske virker knap så vigtige i det store spil, men sagtens kan fylde hoved og sind alligevel. Mange unge har heller ikke nogen at tale med om netop dette "Ensomheden".

At være ensom er for de fleste forbundet med flovhed og tabu. Der er ikke nogen der frivilligt siger "Hej, jeg er ensom, hvad skal jeg gøre?"… Det er flovt i en tid og i et samfund, hvor forestillingen om ungdomslivet er forbundet med ringende mobiltlf., gang i sms érne og respons på MSN.

Vi har gennem den seneste tid arbejdet med at lægge alle anmeldelser over på vores nye hjemmeside www.sundhedsplejersken.info. Det er derfor nu muligt at finde de fleste anmeldelser samt vejledning til, hvorledes anmeldelser udformes på hjemmesiden.

"Hun er ude for skolefællesskabet. Hun stiller sig i udkanten af skolegården langt fra de andre. Hun åbner for sin smarte mobil og lader, som hun taler med nogen. Men hun taler bare med sig selv – for ikke at falde helt igennem"…

Som citatet illustrerer, er ensomhed og isolation forbundet med stor smerte for mennesket, netop fordi, vi er sociale væsner med et fundamentalt behov for at knytte bånd til andre. Alligevel er ensomheden en følelse, vi alle kender. Men det er heldigvis de færreste, der kender til, hvor stor ensomheden kan føles, når man ikke kan finde nogen at dele følelser, oplevelser og livet med og i hvor høj grad manglen på venner og netværk kan påvirke humøret, ens verden og væremåde.

Hensigten med antologien "Der er ikke rigtig nogen" – en antologi om unge og ensomhed, er at netop at sætte fokus på unge, der har ensomheden som en del af hverdagen. Dels for at vise, at de ikke er alene og for at pointere, at der, afmagten til trods, kan gøres noget. Samtidig er det også for at få deres omgivelser – de mennesker de møder i deres dagligdag – til bedre at forstå problemet og dets omfang og til at finde inspiration til at turde tale om ensomhed blandt unge og finde redskaber til at hjælpe de unge, inden ensomheden og afmagten får overtaget.

Antologien indeholder 14 forskellige indlæg, der på hver sin måde belyser ensomhedsproblematikken. Der er mulighed for at læse de unges egne historier, få overblik over, hvor forskningen står på

området – og ikke mindst få forskellige bud på, hvordan man som fag person kan være med til at afhjælpe problemet.

Bogen er spændene og medrivende læsning og kan anbefales til alle de, der arbejder med børn og unge. Det har i mange år manglet fokus på ungdomsensomheden, hvilket bl.a. afspejles i der kun findes et fåtal undersøgelser og forskningsprojekter på området. Bogen giver mange inspirerende forslag til, hvordan vi opdager den ensomme unge, hvordan vi håndterer mødet med den unge og hvordan vi hjælper de unge ud af ensomheden og ind i et liv med venner og fællesskab.

Titel: ***Sundhedspsykologi – en introduktion***
Forfatter: *Thomas Nielsen*
Sidetal: *173 sider*
Udgivet: *2006*
Forlag: *Frydenlund*
ISBN: *87-7887-393-2*
Pris ved udgivelse: *199 kr.*

Anmelder skriver…
Sundhedspsykologien vil bygge bro mellem psykologi og medicin, og bogen er en introduktion til dette område.

Udefrakommende belastninger, adfærd og personlighed påvirker vores sundhed så meget, at 3/4 af vore fysiske sygdomme skønnes forårsaget af disse faktorer.

De psykologiske mekanismer omkring stress, rygning, overvægt, motion og personlighedstyper beskrives oplysende og grundigt. F.eks. forklares forskellige betydninger af stressbegrebet:

- stress som ydre belastninger, som f.eks for meget arbejde.
- stress som en psykologisk tilstand med følelsesmæssige reaktioner, som f.eks nervøsitet eller nedtrykthed.
- stress som en kropslig reaktion som f.eks giver ondt i maven eller hjertebanken.

I kapitlet "Årsager til sundhedsadfærd" beskrives vores indre "sundhedsmodel" og betydningen af at være enten indre- eller ydrestyret. Disse faktorer er afgørende for udvikling af sundhedsfremmende adfærd. For sundhedsplejersker er disse og de sidste afsnit om sundhedspsykologisk intervention de mest brugbare.

Titel: **Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyset af social kapital.**
Forfattere: *Bente Jensen, Kristian Larsen, Peter Koudahl og Gry Andsager.*
Forlag: *Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag 2007.*
ISBN: *978-87-7684-130-0*
Sidetal: *180 sider*
Pris: *179 kr.*

Anmelder skriver bl.a…
Formålet med bogen er at indkredse relevante forhold der kan øge vores forståelse af, hvad der er på færde i hverdagslivet hos forskellige grupper af børn og unge og hvordan denne sociale ulighed ser ud til at få negative konsekvenser for disse børn og unges sundhed.

Jeg oplever at bogen er spændende, og vil opfordre sundhedsplejersker/ de faglige ledere i sundhedsplejerskegrupperne til at læse den og bruge den til at skabe debat i sundhedsplejerskegruppen omkring, hvordan vi som faggruppe kan/skal være med til at forandre den sociale ulighed i sundhed.

Jeg vil ikke påstå, at det er nyt, at vi i sundhedsplejen skal lytte os ind på børnefamilierne, at anerkende familierne, i bestræbelsen på at opbygge nye ressourcer og viden om sundhedspraktikker som familien kan tage til sig og gøre til sin egne. Men jeg tror også det er vigtigt at vi i sundhedsplejerske gruppen hele tiden er opmærksom på de metoder vi anvender, og hvad ligger til grund for vore forskellige tiltag.

Formand

Susanne Hede
G. C. Amdrupsvej 12
8200 Århus N
Telefon 86 16 71 36
Mobil 40 81 71 36
E-mail: susannehede@fs10.dk

Næstformand

Anne Marie Lundhus
Trompeterbakken 17
6000 Kolding
Telefon 75 52 86 30
Mobil 22 76 41 43
E-mail: annemarielundhus@fs10.dk

Kasserer/Indmeldelser

Inger Lise Rasmussen
Lerdalen 55
8270 Højbjerg
Telefon 86 27 81 77
Mobil 22 76 41 32
E-mail: ingerliserasmussen@fs10.dk

Anette Sørensen
Kildeparken 7
9260 Gistrup
Telefon: 98 32 20 84,
E-Mail: anettesoerensen@fs10.dk

Linda Rolsted
Haxholmvej 74 · Haxholm
8870 Langå
Telefon 86 96 41 40
E-Mail: lindarolsted@fs10.dk

Christina Louise Lindhardt
Sadolinsgade 78
5230 Odense M
Telefon 66 12 15 31
E-Mail: christinalindhardt@fs10.dk

Lisbet Nissen
H.P. Hanssensvej 17
6100 Haderslev
Telefon 74 53 65 75
E-Mail: lisbetnissen@fs10.dk

Udgiver
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Ansvarshavende redaktør
Lisbet Nissen

Næste deadline
5. september 2007

Aflevering
Aflevering af materiale til Sundhedsplejersken:
Indlæg sendes til redaktør Lisbet Nissen.
Tekster modtages på e-mail eller CD
(vedlæg print). E-mail lisbetnissen@fs10.dk

Udkommer
Sundhedsplejersken udkommer 6 gange årligt i lige måneder.

Annoncer
Stibo Zone
Hanne Kjærgaard
Tlf. 8939 8904 · E-mail: hakj@stibo.dk

Layout og grafisk produktion
Jesper Enggaard Olesen, jeeo@stibo.com
Stibo Graphic A/S
Tlf. 7626 3600
www.stibographic.com

Oplag
2.350 eksemplarer

ISSN nr.
09069577

Medlemskab af Dansk Fagpresse

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.

Afsender:
Kasserer
Inger Lise Rasmussen
Lerdalen 55
8270 Højbjerg

POST B
PP DANMARK

"Returneres ved varig adresseændring"