Sundhedsplejersken

nr. 5 | oktober 2007 | 29. årgang

School Nurses International

Pneumokok vaccination

Vejledning og rådgivning

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker | www.sundhedsplejersken.info

Indhold

5 **Leder.**
Fitness, wellness og happiness!

6 **Opslagstavlen.**

7 **Indbydelse til NCCS´konference.**
Kunskapsutveckling i vårdvetenskab

9 **Nyt fra bestyrelsen.**
- Nyt fra hjemmesiden
- Læs beretningen fra School Nurses konference 2007 Singapore

TEMA: Vejledning og rådgivning

16 **Kommunikation.**
- Den personlige samtale i professionelt regi

22 **Refleksiv praksis.**
- Relationsorienteret Sundhedspleje

Et Eksempel på refleksivt praksis i sundhedsplejerske samtalen

28 **Telefonrådgivning.**
- Fedt for fight

Telefonrådgivning som metode ved vejledning af overvægtige børn og deres forældre.

32 **Udviklingsrum i gruppe.**
- Familieforum

I projektet skabes et refleksivt udviklingsrum. Gruppemetoden har det formål at styrke forældrenes handlekompetence

36 **Sundhedspædagogisk værdirefleksion.**
- Kampen om børnene

Artiklen handler om forskellige syn på sundhedsplejerskens rolle, når hun arbejder med børn og unges sundhed i skolen. Dette er den 3. artikel i en artikel serie skrevet af Karen Wistoft. De to første kunne læses i Sundhedsplejersken nr. 4 2007

42 **Faglitteratur.**
- Nyt fra litteraturgruppen

45 **Den Historiske tråd.**
- Om at bevare håbet.

Hverdagsfortælling fra Sundhedsplejen.

49 **Nyt fra Sundhedsstyrelsen.**
- Annette Poulsen informerer om sidste nyt
- Pneumokokvaccination

Den 1. oktober 2007 indføres vaccination med konjugeret pneumokokvaccine (PCV7) i det danske børnevaccinationsprogram.

Fitness, Wellness og Happiness

Tidens trend skifter hurtigt på denne side af årtusindeskiftet. Fremtidsforskerne har længe talt om at følelser er en værdi, som har stor betydning for det moderne menneske – nogle gange kan det være vanskeligt at følge med i, hvad tidens trend lige nu byder på, der er dog også værdier som til alle tider har haft og har betydning i mødet mellem mennesker. Det kan være værdierne i fællesskabet – ingen ønsker at være udenfor eller anderledes (med mindre dette er et bevidst valg og man derigennem skaber sin egen identitet).

Fitness er næsten en selvfølge for langt de fleste mennesker. På en del arbejdspladser er der muligheder for at få sig bevæget og få trimmet sin krop. Der kan også være firmaer, som foretrækker at ansætte medarbejdere, der er "Fit for Fight". Dyrkelsen af den sunde og trimmede krop er blevet intensiveret – måske som et udtryk for nutidens værdier?

Sundhedsstyrelsen har kampagner som KRAM, hvor vi alle skal tilskyndes til at leve sundt, dyrke kroppen og derved undgå livsstilssygdomme. 2007 er udråbt til bevægelses år.

Wellness er på samme måde blevet tilgængeligt for andre end filmstjerner, popidoler og de rigeste blandt os.

Happiness burde dermed være en følge af de 2 første begreber, men oplevelser fra hverdagen byder her på et langt mere komplekst billede.

Kan du skabe dig selv, som et fit menneske, der nyder livet og er lykkeligt?

Kontrasterne træder tydeligt frem i forhold til børn, der ikke passer ind i billedet.

Sundhedsplejersker møder i hver skoleklasse børn, som ikke lever op til tidens trend om at være veltrænet og fit. Et stigende antal børn med overvægt, stress, depressioner eller selvskadende adfærd fortæller om bagsiden af medaljen. Børnene betaler måske prisen for et samfund, hvor individet dyrkes. Børnene ser at man er sin egen lykkes smed i forhold til at skabe sin identitet og det gode liv for sig selv.

Sundhedsplejersker må være opmuntrende og støttende på børnenes vegne – også når alt synes prøvet og barnet tilsyneladende ikke kommer fri af sine problemer.

Sundhedsplejersken må arbejde med de gode erfaringer, når evidens i traditionel forstand ikke findes.

En humanistisk tilgang, hvor det enkelte barn er i centrum og gode kommunikative værktøjer og metoder benyttes kan gøre en forskel.

Susanne Hede
15. september 2007

Skriv til Opslagstavlen: send en mail til lisbetnissen@fs10.dk

Kommende bestyrelsesmøder:
den 12. oktober og den 30. november 2007

Deadline!

for indlæg til det næste nummer af sundhedsplejersken er den 12. november 2007

Konferencer og møder

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.

Tværfaglig temadag, Arr. af Fagligt Selskab for Tværkulturel Sygepleje
Anerkendelse, respekt og håb i arbejdet med traumatiserede og alvorligt syge mennesker af anden etnisk oprindelse v. **Peter Lang, præst og psykoanalytiker, direktør for KCC, Kensington Consultation Centre London** den 5. nov. 2007, 9 – 16 på HC Andersen Hotel, Claus Bergs Gade 7, 5000 Odense C

Tilmelding :Fagligt Selskab for Tværkulturel Sygepleje, www.dsr.dk/fs31

Indmeldelse i Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

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

Årets sundhedsplejerske 2008

Så nærmer tiden sig til at indstille kandidater til prisen som Årets Sundhedsplejerske.

Har du en eller flere kolleger, der fortjener at få denne anerkendelse i forbindelse med arbejdet som sundhedsplejerske, og opfylder han/hun kriterierne, så læs betingelserne der er beskrevet på www.sundhedsplejersken.info

Prisen gives for en ekstra og speciel indsats i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde til gavn for børn og unge i Danmark.
En indsats, som dokumenteret kan eller har givet større trivsel og/eller flere oplevelser til en gruppe børn og/eller unge, samt deres familier.
Prisen overrækkes ved Landskonferencen for Sundhedsplejersker den 5. og 6.maj 2008
Prisen er på 10.000kr.

IT-udvalget efterlyser:

Har I brugerundersøgelser/sundhedsprofiler, som vi kan se på og evt. udforme et IT- redskab efter, med det formål at det kunne bruges af andre sundhedsplejersker.

Henvendelse kan ske til et af IT-udvalgets medlemmer, se www.sundhedsplejerksen.info

Hos IT udvalget kan du få råd om ; Kravspecifikationer til nyt IT udstyr i Sundhedsplejen, Opalæring og support. Arbejdsmiljø og brugervenlighed. Alle disse overvejelser vil være hensigtmæssige at gøre sig ved indførelse af IT udstyr i Sundhedsplejen.

1st ANNOUNCEMENT

En årlig konferens för forskare, doktorander, vårdlärare, vårdprofessioner och andra intresserade av att presentera och ta del av ny vårdvetenskaplig forskning.

KUNSKAPSUTVECKLING I VÅRDVETENSKAP

Etik, Evidens och Estetik

9-11 april 2008 i Borås

ARRANGÖRER

Konferensen arrangeras av NCCS - NORDIC COLLEGE OF CARING SCIENCES i samverkan med Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap.

TEMA

Årets konferens fokuserar tre grundläggande E:n i vårdandets värld; etik, evidens och estetik. Forskningen inom dessa fält rör sig på olika vetenskapliga nivåer med olika ansatser. I dagens värld, som styrs av ständig förändring med krav på kontinuerlig utveckling men också ekonomiska effektivitetskrav och prioriteringar har den vårdvetenskapliga forskningen ett ansvar att lyfta fram forskning som kan vara avgörande för hur vårdens innehåll och riktning utformas i framtiden. Det är även viktigt att reflektera över i vilken riktning vårdvetenskapen är på väg och varför den behövs.

Årets NCCS-konferens avspeglar och diskuterar hur man har behandlat dessa frågeställningar inom forskning i vårdandets värld från ett vårdvetenskapligt perspektiv med fokus på:
• Etik • Evidens • Estetik

PROGRAM

Programmet innehåller föredrag av inbjudna nordiska forskare i vårdvetenskap samt presentationer, posterutställning, paneldebatt och andra aktiviteter. Konferensens språk är skandinaviska och engelska.

BORÅS

Borås är en vacker blomstrande högskolestad med en välkänd textilindustri. Staden har omkring 100 000 invånare och är belägen i Sjuhäradsbygden i Västergötland med goda förbindelser såväl med flyg (flygfält Landvetter som delas med grannstaden Göteborg), tåg, buss och bil. För mer information: www.boras.se och www.hb.se

INLÄMNING AV ABSTRAKT

Vi välkomnar abstrakt med forskning som berör konferensens teman. Konferensens webbplats med abstraktinlämning online öppnar 15 september 2007. Deadline för abstrakt är 15 december 2007.

Du hittar webbplatsen via www.nccs.nu eller www.hb.se

NCCS Nordic College of Caring Science

HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

www.sundhedsplejersken.info

Af **Linda Rolsted,** webredaktør

Opskrifter på tilmelding til medlemsnet og nyhedsbrev

Medlemsnettet:
Du kan som medlem af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker få adgang til medlemsnettet med medlemsnyhederne, debatforum, oplysninger om arrangementer, uddannelse, legater og meget andet.
Tilmeld dig på forsiden af www.sundhedsplejersken.info. Find til højre "Tilmeld dig medlemsnettet på sundhedsplejersken.info." Her skal du bruge dit DSR-nummer, og selv lave en adgangskode. Glemmer du senere koden, kan du under "log ind" finde mulighed for at trykke "hjælp jeg har glemt min adgangskode", så får du tilsendt en ny på e-mail.

Når du har oprettet dig som medlem, bruger du "Log ind" nederst til venstre på forsiden, hver gang du går på hjemmesiden, så er du på medlemsnettet.

Nyhedsbreve:
Alle kan modtage nyhedsbreve fra www.sundhedsplejersken.info. Du kan tilmelde dig samtidigt og på samme sted, hvor du tilmelder dig medlemsnettet, eller du kan på forsiden klikke på "Nyheder" øverst til højre, finde "Modtag vores nyhedsbrev", indtaste din e-mail og klikker på "tilmeld".

Hvis du ønsker at modtage nyhedsbrev på en anden e-mailadresse end tidligere, kan du taste den gamle adresse – klikke på "afmeld", og dernæst taste den nye adresse og klikke på "tilmeld".

Er du medlem af Fagligt Selskab for sundhedsplejersker og er tilmeldt medlemsnettet, vil du få adgang til alle nyheder. Er du ikke tilmeldt medlemsnettet, vil du kun få adgang til nyheder, der er åbne for alle.
Nyhedsbreve udsendes ca. 1 gang om måneden eller ved brug for hurtig information til medlemmerne.

Har du nyheder, du synes dine sundhedsplejerskekollegaer skal kende, så send gerne til webredaktøren.

Har du problemer med tilmeldingerne, at komme ind på medlemsnettet eller modtagelsen af nyhedsbrevet, så kontakt gerne webredaktør lindarolsted@fs10.dk

Af **Ina Borup** Sundhedsplejerske, Univeritetslektor, DrPH, ina@nhv.se

School Nurses International (SNI)

– en utrolig mulighed for at dele viden og erfaringer med sundhedsplejersker fra hele verden

Ina Borup var FS10s udsendte repræsentant til SNIs konference 2007, som blev afholdt i Singapore. **Looking Beyond: Charting the Direction in School Nursing**, 30 Juli-3 August

Baggrund

School Nurses International (SNI) startede i 1981, da en gruppe sundhedsplejersker fra Californien besøgte en gruppe sundhedsplejersker i England. Årsagen til besøget var en engelsk sundhedsplejersker Mary Henley var flyttes til Californien og gerne ville dele sine amerikanske erfaringer med sine tidligere engelske kollegaer. Mødet blev en succes og gentaget to år efter i San Diego, Californien. De kaldte sig herefter Anglo-American School Nurses Association. Da dette møde også var fagligt givende for begge parter aftalte de at mødes hvert andet år og forsøge at få sundhedsplejersker med fra andre lande. Ved det tredje møde, som fandt sted i England 1985, deltog en stor gruppe svenske sundhedsplejersker, og dermed var vejen banet for en mere international profil og fra 1987 var navnet School Nurses International (SNI). De kommende års møder blev afholdt henholdsvis i USA eller Europa med sundhedsplejersker fra flere og flere lande. Polen var et af de første lande til at deltage ud over Sverige.

Formålet med SNI er at skabe et forum for sundhedsplejersker fra hele verden der arbejder med skolebørn for sammen i et stimulerende, intellektuelt og omsorgsfuldt miljø at dele viden og forståelse for psykiske, sociale og fysiske behov hos skolebørn.

For hver konference steg antallet af deltagere fra forskellige lande. I 1989 var Sverige vært for SNI-konferencen. Ingen danske deltog eller havde deltaget indtil da. Så vidt jeg ved havde der ikke været nogen annoncering i Danmark.

I slutningen af 1992 var der en lille annonce i Sygeplejersken for SNIs kommende konference i 1993 i Santa Barbara i Californien. Det var første gang, jeg fik kendskab til denne enestående organisation. Hvor mange sundhedsplejersker der så denne 3-liniers annonce ved jeg naturligvis ikke, men vi var tre sundhedsplejersker fra Københavns skolesundhedspleje, der drog af sted. Det blev et spændende møde med godt 125 sundhedsplejersker fra at stort antal lande i Europa, USA og sågar Afrika. Det var spændende at høre, hvordan andre sundhedsplejersker arbejdede og diskutere muligheder og begrænsninger i arbejdet. Muligheder og begrænsninger var forskellige, men kernen – forståelsen for børn og børns sundhed og vilkår – den delte vi over landegrænser og venskaber blev knyttet fagligt og personligt. Denne grænseoverskridende faglige forståelse står stadig for mig som noget ganske unikt.

Jeg deltog i de følgende konferencer, og i slutningen af 90erne var der stor interesse for at afholde konferencen i Danmark. FS10 viste straks interesse og en arbejdsgruppe gik i gang med at udarbejde et forslag som kunne præsenteres ved konference i Cardiff i 1999 med henblik på at afholde konferencen i 2001 i Danmark.

Konferencen som Danmark var vært for i 2001 på Brandbjerg Højskole var en stor succes. Der er fak-

tisk stadig mange sundhedsplejersker fra hele verden, der taler om den som en af de bedste.

Hver konference har sit eget tema. SNI konference i 2007 havde temaet: *Looking Beyond: Charting the Direction in School Nursing*.

Konferencen i Singapore

Formålet var at sætte fokus på den tiltagende centrale rolle som skolesundhedsplejersker spiller og derfor må holde sig på højde med det globale samfund af økonomi, socio -kulturel, politisk og teknologisk dynamik.

Ændringer og udvikling i sundheds- og omsorgstjenesterne, reformer; nyopdukkede sygdomme; stigende udgifter til behandling og pleje; voksende kompleksitet og børns varierende sundheds- og sociale behov er nogle af de områder, der har betydning for kvaliteten af skolesundhedstjenesterne og som har virkning på landes økonomi.

Deltagere

På konferencen deltog 132 personer fra 25 forskellige lande. Nogle deltagere havde været med mange gange, andre var med for første gang. Nogle havde deres pårørende med. mand/kone, børn, barnebarn. Der var sundhedsplejersker i alle aldre en af de ældste Mary Henley SNIs stifter er 83 år.
Vi var tre danske sundhedsplejersker som deltog, de to for første gang.

Landene der var repræsenteret var: Singapore, Indonesien, Brunei, Filippinerne, Thailand, Indien, Korea, Vietnam, Hong Kong Kina, Kina, Taiwan, Japan, Kuwait, De Forenede Arabiske Emirater (UAE), Israel, Libanon, Kroatien, Polen, Holland, Storbritannien, Sverige, Danmark, USA, Australien, New Zealand samt WHO.

Sundhedsplejersker fra følgende lande havde et indlæg på konferencen: Australien, Brunei, Denmark, Hong Kong, Kina, Indien, Israel, Japan, Korea, New Zealand, Holland, Polen, Singapore Sve-

rige, Thailand, De Forenende Arabiske Emirater, Storbritannien, USA, WHO. Det vil sige vi fik en meget bred vifte af præsentationer.

Præsentationerne og et skolebesøg

Hver konferencedag havde et overordnet tema og en hovedtaler og derefter to symposier med deltagernes præsentationer.

Der var fokus på samarbejde mellem de sundhedsfremmende skoler og sundhedsplejerskerne; beredskab i forhold til verdensomspændende influenzaepidemi som forventes af WHO at komme med års mellemrum samt andre sygdomsudbrud i skolerne; skolesundhedstjenestens centrale rolle i at arbejde for opnåelse af FNs millennium mål for udvikling. Sidste hovedtaler satte fokus på at vi ofte begrænser os selv uden først at forsøge ændringer.

"Flere indlæg (Dubai, Singapore, England) fokuserede på børn med overvægt og hvordan overvægt påvirker børn på forskellig måde."

Deltagernes indlæg viste kompleksiteten i skolesundhedsplejerskers arbejde verden over.

Vi hørte om, hvor vigtigt det var at have en universel referenceramme som for eksempel antal elever per sundhedsplejerske. Fra New Zealand hørte vi om en ny model for sundhedspleje, der byggede på Ottawa og Bangkok chartrerne. Fokus blev lagt på indskolingsbørnene.

Flere indlæg (Dubai, Singapore, England) fokuserede på børn med overvægt og hvordan overvægt påvirker børn på forskellig måde.

Der var indlæg om screeningsprocedurer, så som screening program for scoliosis (Singapore), synsprøve og høreprøve (Brunei og Singapore, Singapore har verdens højeste andel af nærsynede!).

Tandplejen var også præsenteret som en del af barnets totale sundhed. Sundhedsfremme i bred forstand og i mere specifik var fokus i flere oplæg så som sundhedskommunikation og sundhedssamtaler, børn og stress og mental sundhed. Ledelse af sundhedsplejerskeordninger ligesom samarbejde og partnerskab var på dagsordenen. Evaluering af projekter og nye tiltags fastholdelse blev også berørt.

Jeg vil trække et enkelt oplæg frem som eksempel:

Udvikling at netværk mellem sundhedsplejersker i Thailand med henblik på omskoling til sundhedsfremme. Projektet blev støttet af WHO.

Formålet med projektet var at udvikle et skolesundhedsplejerskenetværk for at nyorienterer sig mod sundhedsfremme på specifikke områder: at undersøge skolesundhedsplejerskens rolle og ansvarsområder og sundhedsfremme, at udvikle netværk mellem sundhedsplejersker med henblik på nyorientering til sundhedsfremme og at udvikle og sprede retningslinier der understøtter sundhedsfremme i skolerne.

Projektet var delt op i tre faser: fase et var en analyse af den daværende situation. Dette blev gjort med fokusgruppeinterview med 17 sundhedsplejersker med henblik på at undersøge roller og ansvar. Fase to indebar en serie af workshops med henblik på at skabe netværk og udvikle guidelines for sundhedsplejerskers roller og sundhedsfremmende arbejde. Fase tre indebar udvikling af retningslinier for skolesundhedsplejepraksis og distribution til deltagerne i workshop'ene. Et resultat var etablering af Selskab for Skolesundhedsplejersker i 2006 og medlem af sygeplejerskernes organisation i 2007. Der arbejdes på en officiel webside: http://www.thaischoolnurse.com. Det kom frem via workshop'ene at sundhedsplejerskerne mest ud-

førte sundhedsrådgivning, omsorg og pleje, samarbejde, og deltog i forbedring af miljø og sikkerhed på skolen og mindst deltog i sundhedsfremme aktiviteter, undervisning og forskning. For at forankre rollen i sundhedsfremme vil det betyde opdatering af viden og ændret holdning til at yde sundhedsfremmende arbejde i skolen.

Det er projektets vision at fremtidige netværksaktiviteter udvides til internationale netværk. En begyndelse var gjort med deltagelsen og præsentation af projektet på SNI's konference.

Udover præsentationerne var vi også på et skolebesøg i Singapore på Gongshang Primary School, hvor en af de deltagende sundhedsplejersker fra Singapore arbejdede.

Skolen havde omkring 3000 elever inden for et optageområde på en kvadrat kilometer. I Singapore bor man i højden. Gongshang Primary School har en klar mission og vision. Skolen deltager i et projekt CHERISH (Championing Efforts Resulting in Improved School Health). Der lægges meget vægt på at eleverne leger og rører sig i frikvartererne. De låner bolde og spiller og er de mere til at spille klaver kan de også det! Alle kroge og hjørne i skolens terræn er udnyttet, En krydderhave har fundet sin plads ved en trappeopgang, et traditionelt Singapore hus har fundet sin plads under trappen osv. Der er fokus på sund livsstil ud fra devisen at sunde børn lærer bedst. Sundhedsplejersken og skolelægen havde ikke eget kontor. Biblioteket fungerede som klinik for undersøgelser og vaccinationer af børnene. Det var forskelligt fra skole til skole om der var eget rum til sundhedsplejerske og læge. Det var alt i alt en meget positiv oplevelse at se engagerede elever og lærere og sundhedspersonale i samspil.

Hvad kan vi lære af alt dette?

Først og fremmest er det netværket af sundhedsplejersker der i sig selv er givende. Det er også kompleksiteten og mangfoldigheden i de mange indlæg der var overvældende samtidig med at meget var genkendeligt om det så var muslimske sundhedsplejersker fra Brunei og Dubai, der berettede om syn- og hørescreening eller det handlede om overvægtsproblemer i England eller Dubai (UAE)! Der var også indlæg som i første omgang så ud som om

SNIs ideskaber og mentor Mary Henley med kolleger

vi i Danmark kan skubbe dem fra os, men så kan vi det alligevel ikke. For eksempel stress og frygt blandt israelske skoleelever, kommende influenza epidemi som forventes indenfor de nærmeste år. Tandpleje som en del af et helhedssyn på børns sundhed.

Uanset hvor i verden vi arbejder med sundhedspleje til skolebørn, og uanset arbejdsbetingelser og kulturel og religiøs observans så har vi meget at lære hinanden og lære af hinanden. Overordnet har vi UNICEFs børnekonvention og Ottawa Chartret. Disse dokumenter er det fælles sprog vi har når vi påtager os rollen som skolebørnenes talerør i sundhed og ud fra dem kan vi diskutere og udvikle vores lokale skolesundhedspleje.

Hvordan var Singapore?

Singapore er en moderne bystat som satser på højt uddannelses niveau. Øen Singapore er ikke meget større end Bornholm og har 5,5mill indbyggere. Største delen er kinesere, derefter malajer og indere. Hovedinteressen syntes at være shopping!

Jeg fik tildelt æren at deltage i sygeplejerskerne årsfest hos præsidenten. Singapore fejrer sygeplejerskernes dag den 1. august. En repræsentant fra hvert land som deltog i konferencen fik invitation til at deltage. Det er første gang jeg har hilst på og givet hånd til en præsident og hans frue. Festligheden fandt sted i haven (parken) ved præsidentpaladset Istana. Alle grupper af sygeplejersker hilste på præsident og hans frue og der blev taget gruppefoto. Tre Singapore sygeplejersker modtog en pris for godt arbejde og derefter var der mad og drikke fra alle verdens hjørner så der var til alle smagsløg. Da festen var slut, blev vi alle igen eskorteret ud af parken af vagter, og så var det tid at gå på Raffels hotel og drikke Singapore sling, et must når man er der!

Ellers er det den botaniske have med verdens største orkidesamling der er et besøg værd.

Konferencen sluttede med en vidunderlig fest hvor der blev danset og sunget.

Hvor er SNI på vej hen?

Inden afslutningsfesten afholdtes styremøde med repræsentanter fra de deltagende lande. Her besluttes hvor næste konference skal holdes. Desuden drøftede vi om SNI skulle søge nærmere samarbejde med ICN, hvilket blev afslået for nuværende da det ville udelukke mange lande. Det blev også drøftet om SNI skulle have et medlemsgebyr og formalisere sig som en organisation, hvor den har været en frivillig ideel organisation uden medlemsgebyr i alt den tid, den har eksisteret. Formålet for SNI er at afholde konference hvert andet år. Dette er lykkedes indtil nu. Der var enighed om at det var vigtigt at vide hvor konferencen skulle holdes to gange frem, både for de lande de ville være værter, men også for deltagerne for at have tid til at planlægge og søge penge.

Det blev desuden besluttet at SNI's hjemmeside skulle være permanent og vedligeholdes af NASN den amerikanske organisation af skolesundhedsplejersker. Det vil øge synligheden af SNI og dermed muligheden for at flere sundhedsplejersker kan få glæde af dette unikke verdensomspændende netværk som SNI er vokset til.

Næste konference bliver i Delaware New Jersey, USA 2009, den 27.-31. juli på Monmouth Universitet og temaet vil blive The Universality of School Nursing. The Privilege of Caring for the Worlds Children.

New Zealand har udtrykt ønske om at være vært i 2011.

Der findes billeder fra konferencen på www.orient-explorer.com/SNI2007/photoalbum.htm og www.orient-explorer.com/SNI2007/groupphoto.htm

Tak for privilegiet at deltage, det har været en fantastisk oplevelse, og jeg håber at andre vil blive inspireret og få lyst til at deltage i New Jersey i 2009

Af Anette Sørensen

Den personlige samtale

Temaet i dette nummer af "Sundhedsplejersken" er rådgivning og vejledning. Sundhedsplejens praktiske udøvelse og kvalitet afhænger, som alle ved, i høj grad af sundhedsplejerskens kommunikative ressourcer og af hendes evne til at "læse", "forstå", "mærke" og "møde" den anden, dér hvor han/hun er. Denne artikel vil belyse elementer fra denne kommunikative praksis, med særlig fokus på, hvordan man skaber en personlige samtale – i et professionelt regi. Inspiration og teori til artiklen er primært hentet fra bogen "Den personlige samtale – en introduktion" samt "Sundhedsfremme i teori og praksis" af Torben K. Jensen og Tommy Jensen.

Artiklen vil belyse:

- Kunsten at samtale – udviklingsområder for den professionelle, herunder aspekter ved den professionelle samtale, der kan gøre samtalen personlig.
- Rådgivning og vejledning
- Aktiv lytning og at kommunikere på "samme kanal"

Kunsten at samtale – udviklingsområder for professionelle

Et overordnet dilemma i sundhedsplejerskens arbejde er, at hun i den professionelle rolle navigerer mellem, på den ene side "menneskearbejde" baseret på værdier, følelser og engagement og på den anden side "ekspertarbejde", hvor hun repræsenterer et system, formidler viden og er underlagt specifikke regler og normer. I hverdagen illustreres dette dilemma bl.a. i mødet med familien, hvor sundhedsplejersken eksempelvis både er Sundhedsstyrelsens repræsentant og formidler samt medmenneske. For at navigere i denne "dobbeltrolle" stilles store krav til sundhedsplejerskens formidlingsevner og lydhørhed.

Som noget selvfølgeligt har de, der henvender sig til sundhedsplejersken, en forventning om, at hun er god at tale med. Men er hun altid det og hvad kræves?

Der er udviklingsområder, der er essentielle for sundhedsplejersken, nemlig:

- Større viden om os selv
- Større viden om andre menneskers udvikling og behov
- Større viden om – og øvelse i forskellige former for samtaleteknik

For at få større viden om os selv, må vi hele tiden være villige til arbejde med os selv, deriblandt være parate til at revurdere egen oplevelse af virkeligheden og vores vante handlemåder. Hver gang vi møder et andet menneske, møder vi det med vores egen forforståelse og fordomme. Vores fordomme består blandt andet af alle vores erfaringer og vær-

i professionelt regi

disæt, og udgør som oftest basis for vores handlegrundlag. Dvs. baggrundsforståelsen for, hvad vi mener er rigtigt og forkert. Refleksioner over hvem vi er, står for og hvad, vi tillægger særlig værdi.

Vores forforståelse dækker, såfremt vi ikke er bevidst om hvad den indeholder, som skyer for samtalen og medfører risiko for budskabet forvanskes. At stille sin forforståelse på spil i mødet med familien eller den unge, betyder at man forlader sit eget perspektiv for en stund og tør være åben og nysgerrig på den andens historie og budskab. At lade sig påvirkes og undres og tør stille spørgsmål til det, vi tager for givet.

For at udvikle de kommunikative færdigheder, er det imidlertid ikke nok at være afklaret i forhold til egne holdninger og spørgsmålet om, hvem vi er og hvad vi står for. Der kræves også en bevidsthed omkring og indsigt i egne problemer. Har vi overskud, stress, private bekymringer?. Hvilket behov har vi selv og lader os styre af? Er det behov for at hjælpe, styre, eller er det støttebehov, der er drivkraft?

Vi må samtidig mærke efter, hvilke følelser, det sagte frembringer og hvilke følelser vi ikke har det godt med. Hvordan reagerer vi når vi fornemmer panik hos den anden, hvilke følelser frembringer det, når en moder græder eller bliver agressiv?

Endelig må der overvejes hvordan vi har det med vores selvtillid og selvværd. Har vi travlt med at leve op til andres forventninger eller tør vi stole på og respektere egne følelser og oplevelser af virkeligheden?

Hvordan kan vi så tilegne os større viden om os selv?

Først og fremmest kan samværet med mennesker, vi kender, give os større viden om os selv, hvis vi er lydhøre overfor den feedback, de giver os. Det er således i mødet med den andens perspektiv og subjektivitet, vi kan blive tydeligere for os selv. For at anskueliggøre, hvordan vi i samværet med andre mennesker kan arbejde med vor viden om os selv og andres viden om os, kan en model af to amerikanske psykologer, Joe Luft og Harry Ingram, anvendes.

	Kendt af en selv	Ukendt for en selv
Kendt af andre	Frit område	Blindt område
Ukendt for andre	Skjult område	Ukendt område

Frit område refererer til de handlinger, motiver, behov og følelser, som vi selv ved noget om og som andre kender til. Det blinde område, er de områder, andre kan se og opfatte hos os, og som vi ikke selv er opmærksomme på. Vi kan få kendskab til de blinde områder ved at arbejde med selverkendelsesøvelser og lytte til andres feedback. Det skjulte område er det område, hvor vore inderste tanker og følelser gemmes og som måske kun er udtrykt ord til ganske få personer. Det er noget vi ved, vi bevist skjuler for andre

Det ukendte område refererer til uudviklede potentialer. Dette område er ukendt for os selv og for andre. I bestræbelserne på at lære sig selv bedre at kende, dvs. få større viden om sig selv kan også søges professionel rådgivning, vejledning, coaching eller supervision.

Større viden om menneskers udvikling og behov

I det professionelle arbejde med børn, unge og voksne må vi have viden om, hvordan opfyldelsen af almen menneskelige behov – eller manglende opfyldelse, påvirker menneskets udvikling og trivsel. Her kan med fordel studeres teorier af Abraham Maselovs behovspyramide, Bowlby og D.

Stern samt Thomas Højrups teori om livsformer. Disse teorier kan give indblik i, hvordan menneskets måde at leve deres liv på har betydning for den måde, hvorpå de oplever sig selv og andre.

Større viden om kommunikation og samtaleteknikker

Nu har vi kigget på, hvordan sundhedsplejersken skal kigge ind i sig selv og finde egne personlige kvalifikationer og kompetencer samt udviklingsområder for at styrke sine kommunikative færdigheder. Det næste afsnit vil handle om viden om dét at samtale, deriblandt viden om samtalens opbygning og teknikker, der kan anvendes til den professionelle personlige samtale. Den gode samtale fordrer, blandt andet, viden om at samtale og lytte. Viden om støttende handlinger, forskel på rådgivning og vejledning, viden om forskellige kommunikative teknikker samt vigtigheden af at kunne give klare budskaber.

Som udgangspunkt har vi, som professionelle, en særlig forpligtelse til at lytte til og tale med borgere, så de føler sig set og hørt som mennesker, der har selvstændige meninger, holdninger og ressourcer. Det fordrer, at vi må vide noget om kommunikation, bl.a. hvordan man kan drage borgerens fortælling frem, således det er den, der bringes i spil.

Den professionelle samtale bygger på "Det aristoteliske princip" om at alting har en begyndelse, et forløb og en afslutning. Denne tredeling er af stor pædagogisk betydning, fordi det samlede forløb deles op i afsluttende episoder, hvilket giver mulighed for at opsummere det, der er talt om, så eventuelle uklarheder ryddes af vejen inden næste skridt af samtalen.

Den professionelle samtale har, som følge af funktionsbeskrivelsen i vores arbejde, en ramme, der afgrænser og definerer, hvad der tales om, ligesom der er regler for, hvordan det, der tales om skal behandles. Vi har derfor som professionelle en faglig og etisk forpligtelse til at informere borgeren om såvel disse rammebetingelser som rettigheder og pligter. Familien eller den unge, der henvender sig til os har, i når de henvender sig, gennemgået mindst 3 faser, inden de søger hjælp nemlig, at erkende der er et problem, bestemme sig for, om der skal gøres noget ved problemet og beslutte, om problemet kan løses ved egen hjælp eller om der skal søges hjælp hos andre.

Den professionelle samtale har derfor altid et mål, men såvel borger som sundhedsplejerske kan have mere generelle og specifikke mål med samtalen. Hvis vi har brug for at tale om andet end dét, borgeren har brug for, må vi således klart og tydeligt meddele det. Det specifikke mål kan eksempelvis være at finde ud af hvordan barnet trives i hjemmet eller at formidle viden. Har vi brug for at tale om andet end det, må det meddeles. Herigennem skabes tillid og kontakt, da rammerne for samtalen er klare og alle føler sig fortrolige med samtalens vilkår.

I samtalen den professionelle pligt til at lytte

aktivt til den, der søger hjælp og til at opmuntre den hjælpsøgende til at formulere sine problemer og spørgsmål. Med andre ord, at gøre menneskearbejde før ekspertarbejde. Det fordres der skabes et rum, så det bliver borgerens fortælling, problemer og ressourcer, der først og fremmest bliver samtalens omdrejningspunkt.

En samtale bør tage sin begyndelse der, hvor "den anden er". Alle mennesker møder, som tidligere beskrevet, den anden med egen forforståelse og model af virkeligheden. Sundhedsplejerskens rolle er, at stille sin egen forforståelse/fordomme i spil i mødet med den anden og dermed spore sig ind på den andens verdensbillede eller oplevelse af virkeligheden, at lytte til den andens fortælling på en måde, der giver en oplevelse af at være set, hørt og forstået. Dermed opnås en fælles forståelseshorisont, der kan benyttes som udgangspunkt for den konkrete vejledning og rådgivning. Her bruges aktiv lytning der bl.a. indbefatter at man er personlig, konkret, giver direkte udsagn, er ydmyg, opstiller modsætning, taler om én ting ad gangen, mobiliserer den andens ressourcer, passer på egne grænser og evaluerer samtalen. Vær opmærksom på nonverbale som verbale udtryk og nuancer. 55% af budskabet udgøres via kropssproget, 35% af andre ikke verbale udtryksformer og kun 10% udgør det sagte. Tal med små anerkendende ord som et nik "ja" og vis en ankerkendende holdning og adfærd udfra en undersøgende og undrende holdning, der kan være med til at nuancere både borgerens men også egen oplevelse af en situation.

Aktiv lytning bygger på følgende værdier...

- At lytte – og lytte ud fra den andens synspunkt.
- At udvise tålmodighed og ydmyghed
- At begynde der, hvor den anden er
- At lade den anden belære en selv og være villig til at indrømme egen uvidenhed
- At lægge bånd på egen forfængelighed og trang til at blive betragtet som hævet over den søgendes viden og færdigheder

Aktiv lytning bygger på 3 niveauer...

Niveau 1: Begivenheden, samtalens saglige indhold – Hvad handler det om? Hvad bliver der sagt? Her spørges ind til faktuelle oplysninger

Niveau 2: De sagte og usagte følelser og behov begivenheden vækker i borgeren – Hvilke følelsesmæssige problemer eller utilfredsstillede behov er der? Brug indlevelse og empati til at spørge til og lytte på borgerens oplevelse af en given situation

Niveau 3: Hvordan er relationen mellem os? Er vi på bølgelængde. Er der overensstemmelse mellem vore verbale og nonverbale signaler?

Aktiv lytning er en handling, der anvendes i bestræbelse på at møde den anden. Det er en aktiv lytning hvor vi bruger vores forstand, samtid med vi er følelsesmæssigt åbne. Vi tolker de ord og følelser, vi præsenteres for og formulerer hypoteser og kommer med spørgende udsagn for at sikre den bedst mulige forståelse.

Dertil bruges støttende handlinger hvor der bl.a. gives positiv opmærksomhed, via relevante spørgsmål, at undlade at afbryde og ved at give sig god tid.

Et eksempel på en metode hvorpå man kan møde de anden der hvor den anden er – At kommunikere på samme kanal...

Visuelle (syn)	Auditive (hørelse)	Kinæstetiske (følelse)	Gustatoriske (smag)	Olfakoriske (lugt)
Billede	Skrige	Føle	Bitter	Stinkende
Farve	Råbe	Mærke	Sur	Kvalmende
Klart	Høre	Varm	Salt	Vammel
Anskue	Klang	Ru	Sød	Krydret

Alle mennesker påvirkes gennem deres repræsentationssystemer, sanserne. Vi ser, hører, føler, lugter og smager i det uendelige, men hos det enkelte menneske vil der være et eller to repræsentationssystemer der er fremherskende. I vores kultur er det høre-, føle-, og synssansen de mest udviklede og mest almindelige repræsentationssystemer. Hvis vi lægger mærke til de ord, en borger bruger, kan vi med en vis sandsynlighed lytte os frem til, hvilken repræsentationssystem, der er mest fremtrædende. Vi kan dermed spore os ind på samme kanal som borgeren og dermed opnå kontakt.

Eksempel:
En borger siger: jeg føler en knude i maven, og mit hjerte banker voldsomt hver gang jeg taler med mit barns klasselærer.

Svar på samme kanal kunne være: "Det giver dig nogle rigtige ubehagelige fornemmelser?"

Begge kommunikerer på samme kanal, den kinæstetiske kanal og "når" dermed hinanden. Borgeren føler sig mødt.

Rådgivning og vejledning

Mange sundhedsplejersker bruger begreberne "Rådgivning og vejledning" som metoder i flæng og de tillægges oftest samme betydning i praksis. Jeg har her valgt at skitsere forskellen på disse begreber, idet forskellen på begreberne omhandler graden af sundhedsplejerskens påvirkning i familien.
Rådgivning – at give råd, er en situation, hvor den, der rådgiver, råder den hjælpsøgende, det vil sige fortæller hvordan en sag kan gribes an. Det er så op til den, der får rådgivningen at beslutte, om rådet skal følges eller forlades. Konkrete råd bruges ofte i sundhedsplejen i forventning om, at vores specielle fagkundskab kan give det nødvendige råd. Rådgivning er derfor et bredspektret begreb, der strækker sig fra helt konkrete og nøjagtige råd om eksempelvis hvordan et barn børn lejres og hvor en familie kan henvende sig, såfremt de har brug for hjælp.

At vejlede er en situation, hvor den der vejleder, giver hjælp og opbakning til at løsning af en problemstilling. Vejledning er båret af dialog og erfaringsudveksling mellem den, der vejleder og den, der vejledes. At vejlede er derfor ikke en konkret anvisning, men bygger på dialog og guidning, der sætter en refleksionsproces i gang.

Som hovedregel bør den mildeste form for påvirkning benyttes, således vi ikke tager selvtilliden og initiativet fra det andet menneske og i stedet få borgeren til selv at reflektere sig frem til den bedste løsning.

Sundhedsplejersker har ofte ry for at forfalde til at give for mange gode råd, som regel fordi de er optaget af regler og bestemmelser og ikke har overskud til at gå ind i den nødvendige proces med den anden. Endvidere vil nybegyndere ofte gerne føle sig dygtige og effektive. Også manglede tid og tålmodighed er årsag til der forfaldes til "gode råd"

Kildehenvisning

"Den personlige samtale". Af Irena Damgaard og Helle Nørrelykke, Hans Reitzels Forlag 2007.

"Sundhedsfremme i teori og praksis". Af Torben K. Jensen og Tommy Johnsen. Philosofia 2001.

Litteraturhenvisninger i øvrigt:

Den personlige samtale – en introduktion. Irena Damgaard og Helle Nørrelykke, Hans Reitzels Forlag, 2007

Sundhedsfremme i teori og praksis. Torben K. Jensen og Tommy Johnsen, Philosofia, 2001

Artikel: Sygepleje som etisk know – how. Hermeneutik og livsverden, menneskesyn og metode. Fra bogen Grundlagsproblemer i sygeplejen. Torben K. Jensen. Philosofia 1990

Fra Marx til Løgstrup, Kari Martinsen, Munksgaard 1994

Educating the reflective practitinor, Donald A. Schön, San Francisco California, Jossey. Bass. Inc. Publishers 1986

Samtalen, skønnet og evidensen, Kari Martinsen, Gads Forlag, 2006

Af Jonna Hedelund

Relationsorienteret sundhedspleje

Denne artikel sætter fokus på den sundhedsfremmende kommunikation i den relationsorienterede sundhedspleje. Den viser, via et eksempel fra praksis, hvordan sundhedsplejersken kan medvirke til at synliggøre og sætte familiens egne potentialer i spil og derved medvirke til at sætte en sundhedsfremmende proces i gang i familien...

Mit familiesyn er præget af et længere kursusforløb på Kempler Instituttet. Disse kompetencer er en del af min "erfarings-rygsæk" og anvendes i mit daglige arbejde som sundhedsplejerske.

Man kan sige, at denne baggrund har givet mig yderligere kompetencer, ikke mindst på det kommunikative område. Selv opfatter jeg det som et nødvendigt supplement til en uddannelse, der ikke giver meget kommunikations-træning – et felt som synes så åbenlys basal i vores arbejde.

Om det har terapeutisk karakter, kommer vel an på hvordan man definerer det. Jeg mener, at næsten tavs (men ægte) nærvær kan have terapeutisk virkning, – og den sundhedsfremmende effekt er størst, når familiens egne potentialer er bragt i spil.

I forhold til børn og familier med særlige behov, oplever jeg de ekstra-erhvervede kompetencer særdeles relevante, men min pointe her er, at de også bringes til udfoldelse i arbejdet blandt almindelige familier.

Usikkerhed blandt almindelige forældre afhjælpes ikke med hurtige metode-svar, – tværtimod. Børn har brug for autentiske forældre og ikke en "copy-cat".

Når forældrene ønsker det, tilstræber jeg – gennem en langsommere proces – via samtale at bidrage til, at forældre gør deres egne værdier og normer klare og kommer til at handle derefter.

Ikke så få (ønske-)børn lades, i misforstået kærlighed, flakkende følelsesmæssige rundt i usikkerhed om hvor forældrenes grænser er. Målet er tydelige og ansvarlige forældre, der indgår i et ligeværdigt samspil med deres børn.

Fortidens – nutidens – fremtidens (?) sundhedspleje…En beretning fra min nutidige dagligdag i sundhedsplejen.

Baggrund/beskrivelse/sundhedsplejerske-handlinger

Præsentation (anonymiseret):
Det drejer sig om en familie med far Morten (34 år), mor Stine (32 år) og deres datter Sara på 4½ mdr. Morten er selvstændig erhvervsdrivende med virksomhed, der producerer boligtekstiler. Hans arbejde kræver indimellem udenlandsrejser. Mor har barselsorlov fra stilling som sygeplejerske på kirurgisk afdeling.
Jeg kommer i hjemmet som sundhedsplejerske og har aflagt de ordinære besøg ved barnets 1. og 3. uge og ved 2 måneders alderen.

Aktuelle problem:
Far Morten ringer til mig, for at spørge om de kan fremskynde en besøgsaftale, da datteren ikke kan sove. Problemet er kommet snigende i løbet af de seneste 3-4 uger. De har opsøgt læge og ørelæge, men de mente ikke, der var noget galt. Morten lægger ikke skjul på, at de er desperat bekymrede. Sara er meget grædende og hænger på sin mor, som er meget udkørt. Vi drøfter situationen kort. Jeg spørger Morten, om han har en oplevelse af, om han eller Stine har forandret sig psykisk, og indvier ham i det faktum, at nogle mødre og også fædre får en grad af efterfødselsreaktion. Det synes han ikke og fortæller, at parret er glade for hinanden, og Sara er et længe ventet ønskebarn. De er glade for datteren, og han fastholder en bekymring for, at der kan være noget galt med hende. Han mener, at jeg må have erfaring med børn, så jeg kan afgøre, om der er noget galt eller hjælpe med en metode, hvis det er fordi, hun ikke vil sove. Vi aftaler et besøg, hvor begge forældre er hjemme.

Besøget/samtalen:
Morten tager imod og takker for, at jeg kunne komme med så kort varsel. Stine går rundt med Sara inde i stuen. Stine er mere bleg og tynd, end jeg husker hende. Hun har mørke rande under øjnene, og ser ud som om hun har grædt. Begge forældre virker åbne, tillidsfulde og meget ivrige efter at fortælle mere om problemerne. Den vanlige vejning og undersøgelse er ikke det vigtigste i dag.
Jeg gør tidligt i samtalen klart, at nogen færdig opskrift på at få hende til at sove, har jeg nok ikke, men jeg vil gerne – sammen med dem – blive klogere på sammenhænge, og håber det kan hjælpe dem.
Mor fortæller om, hvordan hun putter Sara. At hun ammer hende i søvn og lægger hende i liften, hvor hun efter 10-30 minutter vågner igen. Hun oplever, at hun er træt/overtræt og således er vrøvlet det meste af dagen. Da jeg spørger til, hvad der lykkes, viser det sig, at om natten fungerer det upåklageligt. Sara sover fra kl. 19.30 til næste morgen kl. 6-7, kun afbrudt

Dele af indre refleksion

Jeg har ved tidligere samtaler bemærket at Stine har brugt udtrykket" indsovning" om det at falde i søvn. Efter min mening et klinisk udtryk. Almindeligt tidspunkt for efterfødselsreaktioner.

Almindeligt tidspunkt for efterfødselsreaktioner

*Forsøge at starte en **proces** – – det tager tid*

Metode!! – er hvad de ønsker, men ikke det de har brug for, er mit faglige skøn!

Især hvis det drejer sig om samspilsproblemer i familien, vægter jeg højt, at begge forældre deltager i samtalen. – Desuden har jeg ikke tidligere mødt Morten.

*Min første prioritering er at fornemme stemningen og at lytte; og give forældrene følelsen af at blive taget alvorligt. – **Kontakt**.*
Jeg lægger mærke til, at den ellers "kliniske" mor, ikke prioriterer vægt og undersøgelse først i dag.
Måske er hun nået til, at barnet ikke fejler noget!

Ingen færdig opskrift, – klarhed om hvad jeg kan tilbyde,

af én amning. Forældrene medgiver mig, at når problemet er isoleret til om dagen, er det sandsynligvis ikke fordi hun fejler noget.
Da vi taler om, hvad der kendetegner natten, kommer forældrene til at spekulere på, om de har gjort en fejl, – at de har forvænnet barnet, så hun kun kan sove, når de sover sammen med hende. Forældrene går oftest i seng ved 9-tiden og alle sover i samme soveværelse.
Jeg tilkendegiver, at jeg ikke ved, om det er en dårlig vane; men synes generelt det er tankevækkende, at nutidens danskere ofte mener, det er bedst for børn at sove alene, mens jeg ikke kender ret mange voksne, der stræber efter at sove alene! – Et andet aspekt er, at generelt kan man sige om det at lægge sig til at sove, at man da må give afkald på kontakt.
Vi taler om, hvad der er karakteristisk for barnets alder i relation til søvn.

"Lad os "undersøge" dagen", opfordrer jeg. "Er der nogen dage, hvor det lykkes bedre end andre?", spørger jeg.
"Ja", siger Stine. "Tirsdag er min ynglingsdag. Da går vi til babyrytmik og efterfølgende hyggesnak/kaffe. Derefter sover Sara så godt".
Jeg foreslår, at gøre hver dag til en tirsdag! Forældrene ser undrende på mig. "Jamen, det er jo kun om tirsdagen, jeg kan komme til det". – Jeg spørger, hvad er det, der er så godt ved den tirsdag? –
Hun svarer: "Vi -- eller er det mig? – har det bedst, når jeg har et projekt, – når jeg møder andre, og ikke kun er alene her i huset. Det er også godt at komme i mødregruppen, – men vi mødes ikke så tit".
Hun fortsætter: "Vil du nu sige, at det er mig, det er galt med?" Jeg svarer: "- det er ikke afgørende for mig, at gøre det op i rigtig-forkert. Det vigtige for mig, – eller rettere for jeres datter – er, at I handler i overensstemmelse med jer selv".
Jeg fortsætter: "Jeg har erfaring for, at det tætte liv, man lever med sit lille barn, – ja også større, – at vi påvirker hinanden i samspillet med hinanden. Barnet bliver utrygt, fordi det kan mærke, der er noget galt. Man kan ikke skjule sine stemninger for sit barn, om det gælder ens egen misstemning, problemer i parforholdet eller andre bekymringer. Barnet kan ikke vide, hvad der er galt, men at der er noget. Uroen breder sig, – barnet holder sig vågen, for at holde øje og søge trøst/bekræftelse, – så bliver mor urolig – der må være noget galt – og/eller man som forældre søger andre måder at gøre tingene på og skifter strategi for ofte eller rettere famler, så barnet bliver usikker på hvad mor vil – de usikre/skiftende signaler gør usikker – og så roterer "den onde cirkel". – Det er kun jer, der kan bryde den!

Angående at handle i overensstemmelse med sig selv, er forældrene med på at afprøve, hvad det konkret kan være. Jeg foreslår dem, at tænke på

*– og måde at indgå **kontrakt** om hvad vi mødes om.*
Jeg fornemmer, at de fortsat søger en metode fra den erfarne sundhedsplejerske!

Undren:
Mor sover om natten. Hvorfor ser hun så, – så træt ud?

Jeg forbinder det fælles soveværelse som en tryghedsrum og ikke noget med dårlige vaner, – slet ikke hvis alle trives med det.

Barnet er "barometer" for den samlede families trivsel

*Obs. – jeg er ikke ude på fejlfinding, eller ude på at trykke hendes **selvfølelse**.*

*Barnet **samarbejder** med sin mor/stemning*

*Voksen-**ansvar/lederskab***

*Familiens **værdier***

Mor har sine gode grunde –

*– **grænser/regler/normer***
– sammenhænge med tryghed

For moderen synes det at bekymre sig om, at være det samme som kærlighed for -

deres egen opvækst, og det værdifulde de fik med, som de ønsker at give videre til deres datter.
Far svarer hurtigt – "- mine forældre troede på mig, – den tillid vil jeg gerne give videre."
Mor: tænker meget længe – kan ikke finde på noget positivt, derimod tænker hun på, hvad hun savnede. Hun fortæller, at hendes storebror var kronisk syg, og forældrene bekymrede sig meget for ham. Hun kunne gå og komme i hjemmet, som hun ville. Hun husker ikke, at der var regler for, hvornår hun skulle komme hjem. Maden tog hun bare selv, – en stor kontrast til, hvad hun erfarede i venindernes familier. "De bekymrede sig ikke for mig. Jeg vil, at min datter skal mærke, at jeg bekymrer mig om hende."
Sundhedsplejersken skrives i stedet: Jeg svarer: "- der er jo ikke nogen grund til, at bekymre sig for Sara, – hun er jo sund og rask." Mor: "ja, men jeg mener, der skal være regler, – vi skal spise sammen, – hun skal mærke, jeg gerne vil være sammen med hende, at jeg ikke er ligeglad med hende".

Stine spørger flere gange: "Tror du virkelig det er sammenhængen?" – og jeg svarer: "Ja, det tror jeg".
Morten har lyttet længe. Ser mystificeret ud. Jeg spørger ham, om han synes, det lyder for mystisk. – Han trækker lidt på det og siger: "- Måske kan jeg forstå lidt af det" – Forældrene kommer samtidig til at tænke på, at Stine havde været inde på, at Saras uro om dagen måske skyldes, at Sara kedede sig. Det går nu op for dem, at det er Stine der keder sig. Men det, Morten ikke forstår, er, hvordan et barn kan mærke, hvordan moderen har det, når det er lagt i barnevognen udenfor, og moderen er gået indenfor?".
Jeg sammenligner det med hans virksomhed. Jeg har ikke meget forstand på tekstil-/farve-produktion, men jeg forestiller mig, at det er et større system af maskiner og kemi, og hvis bare én ting forandres/gøres forkert, betyder det at der kommer et andet/forkert resultat ud. "Fejlen" påvirker hele systemet og giver dønninger længe efter. Ligeså sidder det i Sara, at hendes mor ikke trives, og man kan sige, at hun forsøger at "fortælle" jer, at der er noget, I bør gøre noget ved.
Morten lyser op og siger: "Ja skat! – du skal lave tirsdag hver dag!"
"Det vil sige, det er mig der er noget galt med", konstaterer Stine – "det er da utroligt! – forstår du det Morten?"

Jeg fortsætter: "Jeg får lyst til, at høre om hvordan du har det med dit arbejde Stine." Hun fortæller, at hun er glad for sit arbejde og sine kollegaer. Har dog ikke været ansat så længe, at hun har særlig tæt forhold til kollegaerne.
Jeg generaliserer og fortæller, at ikke så få kvinder oplever sig "dobbelte"/eller splittede på den måde, at de elsker deres barn og savner deres

Udfordre forældrene – til refleksion – valg af ord er ikke ligegyldige

Obs
***Anerkendende** ord, nik, og smil undervejs*

Spørger hun igen, fordi jeg ikke har svaret klart nok – eller skal hun have tid(?)

Klare signaler.
Mit svar var måske mere tvetydigt i starten.

Jeg tier en tid indimellem – pause til refleksion for forældrene

Koble til fars livsverden

Sara samarbejder retvendt med sin mor (Uro --> uro)

Snarere et eksistentielt problem – ensomhedsfølelse, – end egentlig efterfødselsreaktion eller depression

Forsøger at "frisætte" Stine i forhold til gængse forestillinger om at sundhedsplejersken nok synes, at man tager hele orloven, – for barnets skyld, – anbefaling om udelukkende amning i det første ½ år!, med det sigte at hun vælger at afkorte orloven, eller hun vælger mere helhjertet at være på orlov.

arbejde. Mange oplever frihed ved at komme på arbejde igen, – væk fra bundetheden til barnet.
Først når Sara er 1 år, regner Stine med at skulle på arbejde igen. "Så lang er orloven jo". – Hun erkender, at hun altid har syntes, det var mærkeligt, når kollegaer kom tidligere på arbejde. At få sit ønskebarn, og så ikke ønske at være hjemme hos det så længe som muligt!
Hun erkender også, at hun misunder, at Morten tager på arbejde. Jeg spørger, om de har overvejet at bytte? – "nej --, men tænk bare 2 dage om ugen", overvejer Stine. Hun kommer i tanker om, at Morten har sagt, at hun kan klare hans arbejde, – så ... "
Lettelsen breder sig.
Morten: "- det er da skræmmende, så meget man kan påvirke sit barn"
Sundhedsplejersken: "ja, det er spændende, hvad vi mennesker kan betyde for hinanden"
Morten: "ja ... det er fascinerende"

Efterfølgende interesserer forældrene – og især mor sig for, hvordan at praktisere overgangen til skemad. Det optager mor, hvornår og hvordan hun kan trappe ud af amning og dermed blive mere "fri" af Sara. Samtidig synes hun amning er vigtig m.h.t. forebyggelse af allergi. Vi drøfter konkrete muligheder.
Det næste ordinære besøg er om 4 mdr. Jeg tilbyder kontakt telefonisk, for at følge op på drøftelsen om søvn og tale videre om kost/måltidet.

Resultatet: 3 uger senere, – kontakt til familien:
Forældrene fortæller, at det går meget bedre. Sara sover godt om natten, og lidt længere stræk om dagen. Hun er især blevet nemmere at putte, synes mor Stine. "Hun kan mærke, at det er os der bestemmer nu", siger Stine.
Stine er kommet mere overens med, at hun ikke når at foretage sig så meget, ud over at tage sig af Sara. Stine kan med udsigt til at få "fri" fra Sara, "hvile" mere i og nyde sin nye rolle som mor.
Far Morten indretter nemlig sit arbejde sådan, at han i stedet for 5 lange arbejdsdage, arbejder 4 dage og altså er hjemme en hverdag, hvor Stine har frie hænder, til at gøre hvad hun vil. Morten kan i stigende grad alene tage sig af Sara, efterhånden som Sara kan få anden mad end bryst.
Forældrene synes, det har været en større omvæltning at få barn, end de på nogen måde har kunnet forestille sig.
De fortæller, at de har været meget glade for den inspiration og vejledning de har fået. Begge forældre giver udtryk for, at de ikke selv kunne have regnet sammenhængene ud, eller troet at så lille et barn har så fin fornemmelse for atmosfæren i familien.

Observation:
– Under hele samtalen har Sara siddet hos forældrene og mest hos sin mor
– Sara har været rolig og kikket sig omkring. Hun har flere gange set meget intenst på sin mor
– Morten blev afvist af Stine på et tidspunkt, da han tilbød/ønskede at tage Sara

Nu virker forældrene klar til at tænke frem-ad og ønsker konkret vejledning til, hvordan mor på sigt kan blive mere fri til, hvad de nu får besluttet af alternativer. Bare bevidstheden hos forældrene kan ændre barnets reaktioner/familiens samspil.!

*Fortsætte **processen**: ligesom søvn kan være et tema, der kan spille forældre et "pus", kan maden også gøre det.*
– Om muligt forebygge det.

Jeg glæder mig over:
– at mor virker til at nyde sit barn mere nu
– at far og datter også får tid sammen
– at forældrene løser problemerne i en stemning af indlevelse i hinanden, og
– forældrenes nye indsigt i det fine samspil

Af **Susanne Hede,** sundhedsplejerske og tovholder i projektet

”Fedt *for* Fight”

Et udviklingsprojekt, der handler om telefonvejledning til overvægtige børn og deres familier. Støttet af midler fra Sundhedsstyrelsens overvægtspulje har Sundhedsplejen i Århus Kommune siden medio 2006 arbejdet med udvikling og afprøvning af denne idé.

Formål med projektet:

Telefonlinien Fedt *for* Fight er et tiltag i Sundhedsplejens regi, som giver overvægtige børn, deres forældre samt de fag-professionelle omkring barnet (og Sundhedsplejens samarbejdspartnere) mulighed for at ringe i åbningstiden og drøfte en given problemstilling omkring barnet og dets overvægt med en specialist (sundhedsplejerske).

Telefonlinien blev åbnet i november måned, og foreløbig kører projektet indtil ultimo 2008. Der er 2 timers åbningstid om ugen – på torsdage fra kl. 16 – 18 bliver telefonlinien betjent af en sundhedsplejerske. De 4 sundhedsplejersker, som på skift tager telefonen i åbningstiden, har fået særlig opkvalificering indenfor dette emne. De har selv deltaget i udviklingen af konceptet og forholder sig hele tiden reflekterende til de samtaler, de har med overvægtige børn og/eller deres familier. Erfaringer fra et tidligere projekt (Vi er på vej) er brugt i planlægningen.

Projektets forankring.

Projektet med telefonvejledning er en del af en noget større indsats – et delprojekt under ”Århus har en fed plan”, hvor der er tiltag for overvægtige fra de gravide, børnehavebørn, skolebørn og til teenagere. Der er specifikke tiltag til målgruppen, og desuden er der en forebyggende og sundhedsfremmende generel indsats, som henvender sig bredt til kommunens borgere.

Et vigtigt element i hovedprojektet er tværfaglighed, det skal forstås på alle måder. Efter den store omstrukturering i Århus Kommune ”bor” dette projekt i Videncenter for Børnesundhed, men det er født i Sundhedsstaben, som er tværfaglig men ikke udelukkende med sundhedsprofessionelle. Det giver særlige vilkår for projektet, at skifte tilhørsforhold midt i perioden, man har dog valgt, at den projektansvarlige (tandlæge) er gennemgående, mens tovholderen (sundhedsplejerske) er skiftet allerede tidligt i forløbet. Den megen tumult – der er umulig at undgå i en omstrukturering – har formentlig betydet, at opfølgning af PR arbejdet og delvist også idéudviklingen af konceptet har haft svære kår.

Telefon hotline til sundhedsplejersken

Denne del er monofaglig og det er sundhedsplejersker, der afvikler indsatsen, så telefonsamtalen med barn eller forældre tager udgangspunkt i en grundig udredning af problemstillingen for det enkelte barn baseret på den faglighed og de værdier som Sundhedsplejen repræsenterer. Samtidig er der tværfagligt samarbejde idet sundhedsplejerskerne henviser til diætister via egen læge og til lokale motionstiltag, som er i overensstemmelse med barnets ønske. De er hele tiden opdaterede omkring, hvilke muligheder lokalmiljøet byder på,

samtidig har de kendskab til motionstilbud f.eks. i DGI huset, hvor der ind imellem findes særlige hold for overvægtige børn.

Den PR virksomhed, der er gjort fra starten er ikke i tilstrækkelig grad fulgt op – mest på grund af den tid og energi, som en omstrukturering kræver af medarbejderne og ledelsen. Der har været en del interesse fra lokale journalister fra starten vedrørende telefonlinien, hvor disse har spurgt til, hvor mange, der ringede. Et succeskriterium for projektet er ikke et stort antal opkald, men tvært imod gode opkald, hvor barnet eller forældrene føler sig hørt og får brugbar vejledning til at fortsætte kampen for et mere passende BMI. Antallet af henvendelser har indtil nu været begrænsede (0 – 3 pr. gang), men kvaliteten af henvendelserne, der har været høj. Det er ofte samtaler af 20 – 30 minutter, hvor rigtig mange forhold kommer på banen og bliver drøftet. De børn, som henvender sig er fra mellemniveauet i skolen eller teenagere, mens det er forældrene, der ringer angående skolestartere eller børnehavebørn. Der er henvendelser fra børn og familier med dansk og anden etnicitet. Vejledningerne handler ofte om tiltag, som ikke har virket for barnet. Sundhedsplejerskerne arbejder med at give inspiration til kampen mod en fortsat vægtstigning, og at give barnet og familien tro på og håb om dette. Ofte kredser samtalen omkring barnets selvværd, mobning i skolen, sociale forhold og manglende succes med den indsats, der allerede er gjort. Opmuntring og inspiration er væsentlig i snakken, samtidig er der her en ny person, som er helt anonym og som lytter og har god tid til dette. Flere børn er henvist af deres egen sundhedsplejerske, eller har læst om telefonvejledningen i avisen. For at give store skolebørn mulighed for at bruge denne hotline, er der nu tilknyttet et mobiltelefonnummer, hvortil de kan sende en SMS.

Evaluering og videreudvikling

For hver telefontræffetid bliver der indsamlet kvantitative og kvalitative data, som indgår i midtvejs- og slutevaluering. Sundhedsplejerskerne udfylder

skemaer, og tovholderen samler disse og fortolker resultaterne. Der afholdes undervejs i projektet møder mellem sundhedsplejerskerne og tovholderen, hvor en løbende vurdering af projektets afvikling drøftes.

I evalueringsprocessen arbejdes der med narrativer, idet vi finder det essentielt at få fortællingen om barnets livshistorie og barnets håb for og ønsker for fremtiden i centrum. Bogen "Overvægt blandt 21 unge" vil blive brugt som inspiration og reference, når resultaterne opgøres.

Videreudvikling af konceptet er allerede på vej, idet et nyt delprojekt skal samarbejde og interagere med telefonvejledningen Fedt *for* Fight.

"Fedt *for* Fight – for skolestartere"

Formålet med dette tiltag er at tilbyde en udvidet individuel indsats for den gruppe af børn som allerede fra skolestart (indskolingsundersøgelsen) registreres med BMI over 30 (alderskorrigeret).

Sundhedsplejersken og børn og ungelægen henviser barnet til indsatsen, hvorefter specialistsundhedsplejersken sideløbende med almindelige tiltag varetager selve indsatsen i 1 år. Denne består af en række hjemmebesøg, hvor metoden Mindmapping anvendes som grundlag for en individuel handleplan for det enkelte barn. Dette indeholder fortløbende samarbejde mellem den lokale sundhedsplejerske på skolen. Udover overlevering af information ved opstart og afslutning er der planlagt en løbende kontakt og samarbejde omkring opfølgning på planen. Desuden vil telefonlinien blive brugt til en kontakt med barnet/familien og de professionelle omkring de aftale og resultater, der opnås. Der kan f. eks. aftales opringning, når barnet f.eks. skal arbejde på at opnå et delmål, som kan være deltagelse i sport eller motion.

Perspektiver på projektet

Overvægtige børn og unge er sårbare og hjælpen til dem er mangelfuld. Batter det noget at oprette en telefonvejledning til dem? Ikke i sig selv, tænker jeg.

Mismod over manglende resultater og hjælpeløshed blandt de sundhedsprofessionelle skal ikke være undskyldningen for ikke at gøre noget for det overvægtige barn. Der skal multikomplekse løsninger til at løse et multikomplekst problem. Overvægtsproblematikken er i et overflodssamfund som vores af helt nye dimensioner. Faktorer som hører nutiden til udfordrer både hele samfundet og de fagprofessionelle. Hvis man udelukkende vejer og måler succesen med et tiltag i forhold til traditionel tænkning omkring evidens, kan denne indsats ikke score højt.

Tænker man i et bredere og mere humanistisk perspektiv, er der flere elementer, som er positive og supplerende i helhedsbilledet – og dermed en brik i paletten af løsninger i forhold til overvægt blandt børn som sundhedsplejerskerne kan bidrage med.

Baggrunds litteratur

Jensen, Torben Bechmann: *"Telefonrådgivning som metode til forebyggelse og sundhedsfremme"*, København: Viden og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen 2005

Ørntoft, Jette Kiær og Madsen, Birgit: *"Overvægt – 21 børn og unge skriver om at være overvægtig"*, Kroghs Forlag, 2005

Grøn, Lone: *"Krop og hverdag i forandring, Sundhedsfremme og forebyggelse i institution og hverdagsliv"*, Vejle Amts Sundhedsforvaltning, 2005

Holm, Lotte: *Mad, mennesker og måltider – samfundsvidenskabelige perspektiver*, Gyldendals Akademiske Bogklubber, 2003

Mindmapping er en ny metode udviklet i samarbejde med konsulentfirma Burian, hvor man med stor grundighed og systematik her kan afdække barnets situation og sammen med barn og familien kan lægge en individuel plan. Metoden er systemisk og afprøvet i flere terapeutiske kontekster, her tilpasset sundhedsplejerskens faglighed og muligheder.

Af **Astrid Honoré** og Sundhedsplejerske **BirtheToftegaard**

Familieforum

– et tværfagligt udviklingsprojekt for socialt udsatte familier på tværs af etnicitet

Der er kaffe på kanden og melonen er skåret i både. Omkring bordet sidder en tvillingemor med ghanesisk baggrund, en tidligere alkoholiker med sin dreng på seks uger. Den unge mor på 23 år rækker mælken til den enlige mor på 36, der sidder ved siden af den nyfødtes mor med borderline, overfor den arabisktalende mor der efterhånden er begyndt at smide tørklædet når vi mødes hver torsdag formiddag, for at tale om det at være forældre.

Her på Bispebjerg har vi længe ønsket at udforske muligheden for at udvikle et særligt tilbud til denne blandede målgruppe. Vores udgangspunkt er at se på det de har til fælles, nemlig at de er sårbare og føler sig usikre på at være forældre til et spædbarn. Deres forskelligheder hvad gælder etnicitet, livserfaringer og aktuelle problemstillinger er ikke i fokus, men får selvfølgelig have den opmærksomhed det kræver.

Målgruppen og formålet

Projektet henvender sig til socialt udsatte spædbørnsfamilier som karakteriseres ved ringe eller intet netværk udenfor familien, selv har haft dårlige opvækstvilkår og er uden eller med ringe kontakt til arbejdsmarkedet eller uddannelsesinstitutioner. I vores lokalområde udgør familier med anden etnicitet ca. 1/3 del af spædbørnsfamilierne og der findes i lokalområdet allerede mange tilbud specielt rettet mod etniske kvinder.

Vi har ønsket at udvikle et tilbud som går på tværs af etnicitet. Baggrunden for det er, at vi oplever at selvom problemerne godt kan have sit udspring i forskellig kulturbaggrund, er udtrykket for deres problemer ofte det samme. De har vanskeligheder med at få familielivet til at hænge sammen. De oplever isolation, afmagt og frustration. De føler sig fortabt i samfundets forventninger til børnefamilier. Det drejer sig først og fremmest om de uskrevne regler i forhold til forældrerolle og børneopdragelse, men også om de mere eksplicitte forventninger til børneomsorg, institutionsliv m. m. De familier som lever meget isoleret fra andre børnefamilier, holder ofte fast ved familiestrategier, der ikke er hensigtsmæssige i deres nuværende situation.

Disse overvejelser er baggrunden for at vi sidste år søgte og fik bevilget satspuljemidler fra Sundhedsstyrelsen til en projektperiode på 1 ½ år.

Formålet med projektet er:

1 At skabe et udviklingsforum for socialt udsatte familier, hvor de kan udvikle deres forældrekompetence

Udviklingsrum

Det vi tilbyder i projektet er at familierne kan få adgang til hjælp til selvhjælp, netværk, viden om børn og familieliv, institutionsliv og forventninger til børnefamilier og interesse, omsorg og anerkendelse fra os som fagpersoner. Udover gruppeforløb tilbydes familierne individuel vejledning efter behov, ved sundhedsplejersker eller familierådgivere.

Vi har valgt at vægte gruppemetoden højt, da vi tidligere har haft rigtig god erfaring med dette og

ønsker at løfte indsatsen fra individniveau til det kollektive. Vores tilbud omfatter netværksgruppe for kvinderne en formiddag om ugen i fire måneder og udvalgte tilbud til fædre og andre familiemedlemmer med stor betydning for barnets liv.

Oprindeligt ønskede vi at starte grupperne i midten af graviditeten, men det er ikke lykkedes os at rekruttere de gravide. Det er jo en erfaring vi har måttet tage til efterretning og vi starter nu først grupperne når børnene er kommet til verden. Vi får henvist spædbørnsfamilierne fra sundhedsplejerskerne i området og derefter tilbydes de en samtale i hjemmet for at sikre at familierne har kendskab til hvad vi kan tilbyde og er motiverede for at deltage. Efter et par dage ringer vi så familierne op og spørger de har lyst til at deltage.

Vi har valgt at tilbyde lukkede gruppeforløb for at kunne arbejde målrettet med gruppedynamikken. Vores fortrukne antal i gruppen er syv deltagere, derfor går vi efter 10 tilmeldte. Overbookningen har vist sig at være en realistisk ramme, da der er frafald, sygdom og andet der gør at vi oftest rammer de 6-8 deltagere.

Det er mødrene der kommer i grupperne hver torsdag fra kl. 10-13. Fædrene er optaget af arbejde eller andre sysler som de prioriterer højere. Fædre og evt. andre pårørende har været inviteret til et fyraftensmøde, men kun enkelte fædre kunne deltage. Vi har et stort ønske om at få fædrene på banen i forhold til børnene og er kede af hvis det kun bliver indirekte gennem kvinderne.

Projektet har til huse i kommunens Servicebutik der ligger centralt placeret i lokalområdet. Nogle af familierne kender butikken fra sundhedsplejerskernes åbne hus eller fordi de har søgt anonym rådgivning her. Vi sidder omkring et stort firkantet bord i et køkkenalrum. På gulvet er der plads til et stort legetæppe til børnene og i hjørnet er der en sofa med store puder, hvor der på skift sidder ammende kvinder og ligger sovende børn. I den anden ende ligger køkkenet, hvor flasker bliver varmet og kaffe brygges i stor mængde. Nedenfor bagtrappen står barnevognene på rad og række med eller uden sovende børn. Før kvinderne kommer dækker vi pænt op og laver kaffe, te, brød og frugt parat og tænder stearinlysene midt på bordet.

I gruppen arbejder vi som sagt på at skabe et udviklingsforum for forældrekompetence. Vi er to faste sundhedsplejersker der deltager hver gang, og fungerer på skift som gruppeledere og oplægsholdere. Vi har bevidst valgt at begrænse antallet af eksterne oplægsholdere, da det er vores erfaring at det går ud over dynamikken i gruppen. Eksterne oplægsholdere vil aldrig kunne få den tillid og fortrolighed som vi får gennem det at være sammen med kvinderne i et længere forløb.

> ”Programmet for gruppen er lagt i samråd med kvinderne og alle emner har udspring i børn og familieliv.”

Vi har valgt kun at bruge familierådgivere, afspændingspædagog og en ergoterapeut der viser forældrene hvordan man tumler og bevæger sig med sine børn, tumlastik.

Familierådgivere for at give familierne indblik i naturligheden i en tværfaglig indsats og bevægelseseksperter da de besidder nogle kompetencer som ligger ud over vores.

Programmet for gruppen er lagt i samråd med kvinderne og alle emner har udspring i børn og familieliv. Emner som vi måske syntes skulle vægtes højt, har måttet vige for andre som kvinderne var mere optaget af. Undervisningen er som udgangspunkt dialogbaseret. Vi tager udgangspunkt i noget kendt eller spørgsmål fra kvinderne, tilføjer ny viden og får kvinderne til at diskutere og forholde sig til indholdet, for at skabe mulighed for at ændre praksis. Som gruppeledere vælger vi at sikre at dagens emne bliver overholdt og får den nødvendige tid. Vi har til nogle af emnerne givet

hjemmeopgave i form af spørgsmål som kvinderne skulle tænke over på forhånd. Til mange oplæg har vi fundet artikler om emnet så de kvinder der har lyst kan få uddybet dagens emne.

Hver mødegang indeholder udover dagens emne en runde, hvor hver enkelt kan bidrage med, hvad der optager dem lige nu med deres børn. Vi har her arbejdet på at få kvinderne til at fortælle om egne erfaringer og forholde sig til hinanden. Vi ønsker ikke at det er os der er i centrum, men at vi mere fungerer som katalysatorer i forhold til gruppeprocessen. Når vi er sammen med kvinder og børn tre timer ugentlig i fire måneder, får vi rig mulighed for at iagttage mor-barn relationen. Dette giver os stof til emner og vi kan opmuntre/ støtte kvinderne eller komme med ændringsforslag ud fra en sundhedsfremmende tilgang. Vi hjælper på skift til med urolige eller utilfredse børn. Vi tror at praktiske omsorgshandlinger gør netop disse kvinder trygge. Mange har oplevet svigt gang på gang og er meget "fattige" på omsorg selv. At bruge relationel omsorg bevidst, kan være medvirkende til at der skabes udviklingsrum for forældrekompetence.

Som en deltager udtrykte det en gang hvor der kun var fem fremmødte: *"det gør ikke noget vi er så få, for så har I bedre tid til at tage jer af os."*

Når kvinderne føler sig sørget for er de mere modtagelige for at tænke nyt og komme i dialog med os og de andre deltagere.

Vi er alle sammen forældre

Det er vores klare oplevelse at kvindernes forskellige etnicitet, fylder meget lidt. I den nuværende gruppe er fem forskellige etniciteter repræsenteret. Når det falder naturligt inddrager vi somme tider bevidst de etniske og kulturelle forskelle og bruger også at stille lidt provokerende spørgsmål. Kvinderne forklarer så hinanden hvordan de opfatter tingene. Men både de og vi de leder mere efter ligheder end forskelle. Vi lægger vægt på at etnicitet ikke er den altoverskyggende identitetsfaktor, men at forskelligheder lige så ofte bunder i alder, personlighed, temperament, opvækstvilkår blandt meget andet. I nogle tilfælde har den libanesiske mor mere tilfælles med hende fra vestjylland, end med sin landsmand, men i andre sammenhænge grupperes deltagerne ud fra andre grænser. Det vigtige er ikke at holde deltagerne fast i en statisk opfattelse af hvem de er, men at acceptere dem som individer i stadig og rivende udvikling i netop den livsfase de befinder sig i.

En deltager med anden etnisk baggrund end dansk, nævner at hun ikke længere har lyst til at snakke om forskel i kultur og tradition. Det havde hun fået nok af på sprogskolen og i sit hjemland, (hvor en sådan snak lagde grunden til flere krige.) En sådan udtalelse styrker vores fremtidige søgen efter ligheder, og gør os opmærksom på, at vi ikke i alt fremtid skal spørge ind til kvindens hjemland og traditioner. Vi må efterhånden acceptere at mødrene kommer med forskellige ting i bagagen, men sagtens kan have glæde og udbytte af et samlet tilbud. Ved at tage udgangspunkt i det specielle ved at være blevet mor; at synes det er svært; gerne at ville blive bedre, tager vi afsæt i en fællesnævner og arbejder sammen med at blive bedre forældre.

Så kan der være kulturelle nuancer som er vigtige at arbejde med for nogle kvinder. Kultur er hverken alt eller intet, forstået som; Folks opfattelse af kulturs betydning kan skygge for de egentlige årsager. På den anden side er det væsentligt at respektere kulturens betydning for nogle.

Tværfagligt samarbejde

Det daglige samarbejde om målgruppen består af fællesmøder mellem sundhedsplejersker og projektleder med akademisk baggrund. I fællesskab arbejder vi løbende med at udvikle og evaluere tilbudet. I forhold til at udvikle og beskrive metode og fremgangsmåde, er det væsentligt at vi har forskellige fagligheder. Som sundhedsplejersker kommer vi nemt til at inddrage nyttig rutine, og glemmer af og til at stille de kritiske spørgsmål til egen praksis.

Med en projektleder af anden faglighed sikrer vi, at ting ikke bare bliver taget for givet, at vi i fæl-

lesskab får reflekteret og ikke mindst formuleret vores metoder, succeser og fiaskoer.

Vi ville meget gerne have haft et tættere samarbejde med børne-familieteam, men de organisatoriske barrierer, har simpelthen været for store til at vi har kunnet bryde isen.

Kvindernes udbytte

Kvinderne giver klart udtryk for, at de er glade for at deltage og at det er spændende at gruppens deltagere er så forskellige Vi lavede på et tidspunkt en øvelse, hvor kvinderne skulle placere vigtige personer i deres liv i et cirkeldiagram, og her var der flere som placerede mødregruppen meget centralt. Således et klart udtryk for at gruppen har stor betydning for den enkelte kvinde.

Nogle fremhæver kontakten til de andre i gruppen eller os som fagpersoner, som det bedste ved forløbet. Andre peger mere på undervisningen og tilegnelse af ny viden, som væsentlig grund for at deltage. De fleste af mødrene fortæller, at de input de har fået i Familieforum er blevet taget op til debat med far derhjemme. En siger at; "*Vi snakker mere om tingene derhjemme nu. Jeg tænker også mere på, at vi skal gemme uenighederne til senere når børnene sover.*"

En anden mor fortæller om hvordan de derhjemme er lidt uenige om hvor meget barnet skal stimuleres. Mor synes han skal stimuleres meget, men far vil ikke presse ham. En anden far er ikke så interesseret i hvad der foregår i projektet. Han synes bare, at mor skal passe børnene derhjemme.

En mor, som ikke bor sammen med barnets far, fortæller hvordan hun ikke længere blander sig, når far leger vildt med deres søn, efter at mor har lært om tumlastik i Familieforum.

Flere af kvinderne nævner tumlastik undervisningen som noget meget positivt. Generelt synes de, at emnerne har været relevante.

Én fortæller, at hun er blevet mere åben og ikke er så genert længere, hun har fået mere lyst til at snakke om tingene. En nævner undervisningen om børn og sygdom som noget godt. En fortæller at hun er blevet bedre til at håndtere sit barns gråd og forholder sig mere roligt. Hun er ikke længere så bekymret og er blevet bedre til at se fremad og tage en dag ad gangen.

Én svarer at hun har lært at hun er en god mor, som gør mange ting rigtigt! Familieforum har fået en af kvinderne til at reflektere over opdragelse og 'den gode mor', en anden har lært at hendes barn ikke er af glas, så nu er hun ikke så forsigtig mere. Hun har også lært noget om, hvordan man stimulerer barnet. Denne feed-back viser os at vi er på rette spor i vores forsøg på at hjælpe udsatte familier til at styrke forældrekompetencerne, evnen til at tage et reflekteret valg og få tillid til egen mestring.

Familieforum Bispebjerg
Kontakt tlf. 33 17 50 49

Kampen om børnene

Denne artikel er den tredje i rækken af artikler, der trækker på udsagn og observationer foretaget undervejs i et treårigt forskningsbaseret pædagogisk udviklingsprojekt i samarbejde mellem sundhedsplejerskerne i Københavns Kommune og Forskningsprogrammet for Miljø- og Sundhedspædagogik på Danmarks Pædagogiske Universitet (Jensen et al., 2006; Wistoft et al., 2005). Det overordnede tema er tværfaglighed, og de roller sundhedsplejersken forventes at spille. Artiklen handler om forskellige syn på sundhedsplejerskens rolle, når hun arbejder med børn og unges sundhed i skolen.

Sundhedsplejen er ikke en lukket profession, der autonomt kan beslutte sig for, hvordan der skal handles, og selv om sundhedsplejen har et mere eller mindre velbeskrevet værdi- og beslutningsgrundlag, er dette grundlag afhængigt af omverdenens forventninger og værdier, der udtrykkes i for eksempel forskellige syn på sundhed, familie, børn og unge. Pointen er, at sundhedsplejens værdier netop værdier *i kraft af* omverdenens værdier, og derfor må sundhedsplejen ses som værende i et omverdensforhold, der i princippet umuliggør, at der kan arbejdes autonomt.

Værdier kan ikke simpelt overføres, hverken fra person til person eller fra den ene sammenhæng til den anden. Derimod må de aktivt vælges, skabes eller tilegnes dels af sundhedsplejerskerne selv og dels af børnene og de unge. Værdierne må altid virkeliggøres under hensyn til omverdenen, og det bliver derfor nødvendigt, at sundhedsplejen beskriver sig selv *i forhold til* omverdenen. Det kan kun diskuteres i de enkelte kommuner/teams, om der kan skabes et fælles værdigrundlag, der rummer forudsætninger for, at de kommunale prioriteringer kan koordineres.

Sundhedsplejerskerne er optaget af at diskutere nogle særlige værdikonflikter, der kommer til udtryk gennem forventninger til eller fra deres samarbejdspartnere. De fremhæver, at de har gode erfaringer med at samarbejde med andre faggrupper: socialrådgivere, lærere, pædagoger, skolelæger og også med forældrene. På et spørgsmål om, hvordan de ser værdikonflikterne i dette felt, svarer de med fokus på de barrierer og problemer, de har erfaring med. De peger på en central identitetspro-

blematik relateret til skolesundhedsplejens funktion og det tværfaglige samarbejde, der kan fortolkes som en værdikonflikt mellem sundhedsplejerskens reelle og ideelle selvforståelse eller identitet. Sundhedsplejersken beskriver en konflikt mellem på den ene side sin uddannelsesmæssige baggrund og sædvanlige problemløsningsorientering og på den anden side den rolle, hun ønsker at have i skolen. Forventninger til sundhedsplejerskefunktionen støder sammen med de værdier og den habitus, der er knyttet til sygeplejerskeidentiteten. Omsorgsocialiseringen, der er en del af sygeplejerskeidentiteten, kommer i konflikt med idealet om at være sundhedsplejerske. Men hvad sundhedsplejerskerollen ideelt set indebærer, er uklart.

Med blik for denne problematik er det min oplevelse, at sundhedsplejerskerne diskuterer en værdikonflikt relateret til de to roller: sygeplejerske og sundhedsplejerske, men også at de ikke afklarer deres forventninger til rollen som (skole-)sundhedsplejerske. Det er min fortolkning, at de diskuterer sig selv ud fra nogle "oprindelige sundhedsfaglige værdier" og den omsorgshabitus, de bærer med sig. Når diskussionerne drejes ind på spørgsmål om, hvilke kompetencer det implicerer at arbejde pædagogisk med børnenes og de unges værdier og etablere nye tværfaglige samarbejdsrelationer, hvilket ideologisk set handler om sundhedspleje, diskuterer de sammenstød – ikke idealer eller udviklingsmuligheder i sundhedsplejen. Dog ønsker flere at udvikle en sundhedspædagogisk kompetence, der rummer en mere åben tilgang til børnene og knytter an til et bredt tværfagligt samarbejde om nogle fælles problemstillinger eller mål.

Diskussionerne om forventninger til sig selv og samarbejdspartnerne fører til nye blikke på værdikonflikter. Et synspunkt blandt sundhedsplejerskerne er, at værdier trives usynligt indtil forskellige modsatrettede opfattelser og forventninger sættes i spil, som dette citat illustrerer:

"Værdier er usynlige, så længe de trives eller virker godt, og de bliver først synlige ved, at der bliver sat ord på dem, når der opstår problemer. Når man er nødt til at tale om værdier, er det fordi der er opstået en konflikt".

Problemer og dilemmaer i forhold til samarbejdspartnere fylder meget i sundhedsplejerskernes bevidsthed. Udviklingsprojektet bygges op på en antagelse om, at når dilemmaerne iagttages som værdikonflikter, muliggøres nye måder at tackle konflikterne på. Følgende udsagn viser et bredt udsnit af de forskellige typer værdikonflikter, sundhedsplejerskerne ser. Først og fremmest diskuterer de værdikonflikter i det tværfaglige samarbejde med socialrådgivere og lærere:

- *"Der er forskellige opfattelser mellem socialrådgiver og sundhedsplejersker af indsatser eller behovet for indsatser. Når vi ser børn, der har det skidt, og vi gerne vil arbejde sundhedsfremmende, har det ikke værdi for socialrådgiverne – vi reagerer og handler forskelligt – vi vil gerne ind i familierne tidligere end dem og arbejde sundhedsfremmende. Det er svært at få socialrådgivere til at acceptere dette og i øvrigt også til at arbejde forebyggende"*
- *"Vi snakker med skolelæreren, og vi mener noget vidt forskelligt om børnenes trivsel – og når vi er til konference med lærerne sker det, at vi har set et dejligt velfungerende barn i trivsel – mens læreren har set på barnets indlæringsproblemer. Læreren har et helt andet fokus på børnene end vi har. Vi har forskelligt sprog om børnene"*
- *"Der er noget med ejerskabet til børnene.. – vi har en konflikt med lærerne.. – man kan stå i en situation, hvor læreren finder det vigtigt, at eleven deltager i undervisningen og hvor jeg mener, at eleven skal deltage i mine sundhedspædagogiske aktiviteter. Vi synes hver især, at vi er de vigtigste. Når der skal vælges, kommer vi til kort overfor lærerne. Vi står i en konflikt og læreren bruger eleverne til noget andet – eleverne er der simpelthen ikke, når vi skal tale med dem"*

Der er tilsyneladende kamp om børnene. Forskellige funktioner, opgaver, normer og værdier implicerer forskellige tilgange til børnene og de unge. De tre citater understreger, at sundhedsplejerskerne ikke primært ser sig selv som pædagoger, der er orienteret mod børnenes læring, men snarere som omsorgspersoner. De prioriterer især det at fokusere på sundhed (i form af børns trivsel), men de oplever ofte at blive forstyrret af lærernes mål om barnets læring i skolen. Socialrådgivernes funktion opfattes mere kompleks og rubriceres hverken som forebyggende eller sundhedsfremmende, hvilket efter sundhedsplejerskernes mening kan vanskeliggøre samarbejdet. Sundhedsplejens opgave er forebyggelse og sundhedsfremme, skolens er sundhedsundervisning og sundhedsfremme, socialrådgivningens er at yde hjælp. Ud fra denne optik bliver sundhedsplejerskernes egne værdier provokeret eller forstyrret både i forhold til lærere og socialrådgivere, hvilket i udviklingsprojektet gør det muligt at åbne for nye værdirefleksioner og debat om forskellige syn på børn, unge, sundhed, familier, trivsel osv. Gennem disse diskussioner diskuterer sundhedsplejerskerne deres prioriteringer: hvad er vigtigt – til fordel for andet? De tager hul på en værdidebat, hvor begrundelser for, at noget foretrækkes frem for noget andet, diskuteres. De diskuterer måden, hvorpå de fokuserer på børnene, og når samarbejdet med de tværfaglige parter opleves vanskeligt, er det, fordi de har forskellige syn på børnene.

Disse forskelle mellem faggrupperne markerer sundhedsplejerskerne ved bl.a. at fremhæve, at de i højere grad ser barnet i et bredere og mere rummeligt perspektiv. Det kommer for eksempel til udtryk i disse udsagn:

- *"Vi er bærere af en anden kultur end lærerne og sagsbehandlere. Sundhedsplejersken fokuserer på familierne/helheden, de andre fokuserer på barnet/individet"*
- *"I min terminologi er der plads til mennesker med de forskelligheder, de har. Jeg synes, jeg ofte løber ind i det problem, at lærere og mange andre føler, at det er børnene, der skal tilpasse sig, hvor jeg egentligt føler, at rummeligheden skal være afgørende i forhold til børnene. Så noget med menneskesyn er en af konflikterne, som jeg ser det. Jeg vil gerne have, at man ser bredden og får forståelsen for hvorfor det pågældende barn reagerer som det gør i skolen – det gør lærerne ikke altid, synes jeg"*
- *"Vi har en masse værdier og intentioner med børnene, der ikke harmonerer med den opgave, vi er politisk sat til. Vi har en fornemmelse af, at vi gør noget ulovligt, hvis vi ikke tager eleverne til den lovpligtige sundhedssamtale – hvis vi i stedet bruger timer på f.eks. at forholde os til skolemadsordningen".*

Det kan udledes af citaterne, at sundhedsplejerskerne føler sig bundet af de forventninger, omverdenen har til deres funktion, og at der er uoverensstemmelse mellem deres egne og omverdenens forventninger. Desuden har sundhedsplejerskerne problemer med at værdiafklare deres opgaver internt, mens de samtidig føler sig "anderledes værdifunderet" end omverdenen. Generelt opfatter sundhedsplejerskerne sig "set forkert". De påtager sig selv en stor del af ansvaret og mener, at de ikke er synlige nok og kun er i stand til at vise omverdenen det, de skal ifølge lovgivningen. De skelner mellem sundhedsplejens inderside og yderside og føler sig ikke gode nok til på ydersiden at vise, hvad de kan og vil med børn og unge i skolen. De er altså ikke i stand til at tydeliggøre deres værdigrundlag, så de selv kan være tilfredse med, hvordan deres faglighed ses udefra. Problemerne med synligheden udtrykkes eksempelvis som:

- *"Forældrene tænker ikke på sundhedsplejersken i skolen, de tænker mere på skolen og læreren. De ved ikke, hvad vi laver. Forældre kobler kun sundhedsplejersken på, når barnet har problemer, og så skal det være noget væsentligt for dem, de vil bruge os til"*

- *"Når man har travlt nedprioriteres skolearbejdet ikke kun af sundhedsplejersken men også af ledelsen i lokalcentret. Det, vi gør på skolerne, er ikke synligt nok"*
- *"Vi er heller ikke gode til at promovere os – også af angst for ikke at blive overbebyrdet! Så tør vi ikke sige, hvad vi er gode til"*
- *"Vi er ikke gode nok til at formidle vores faglighed, vi får ikke vist os selv"*

Dette synlighedsproblem kan betragtes som et formidlingsproblem. Der er dels tale om manglende fælles visioner og værdiafklaring, og dels handler det om, at sundhedsplejerskerne føler sig afgørende fagligt forskellige fra deres samarbejdspartnere. At være god til at afgrænse sundhedsplejens opgaver og bedre til at forhandle om funktioner og nye opgaver har tilsyneladende stor betydning. Sundhedsplejerskerne oplever, at de kan meget mere i skolen, end der bliver forventet, og samtidig vil de helst ikke "reklamere" med deres kunnen, fordi de ikke har overskud til at blive brugt yderligere. Der ses her en modsætning mellem de faglige og de ressursemæssige muligheder. Sundhedsplejerskerne oplever, at de ikke har tid til det, de gerne vil. Yderligere oplever de det besværligt at gå i faglig dialog med andre, som en sundhedsplejerske udtrykker i dette citat:

"Hvis man går i dialog for at samarbejde, risikerer man at få et nej til det, man gerne vil, men hvis man klarer ærterne selv, møder man jo kun usynlig modstand. Jeg vil helst samarbejde, men det er altid nemmest at være selvkørende, så er man også fri for andres indblanding. Jeg føler mig både positivt og negativt isoleret på samme tid"

Citatet kan fortolkes som udtryk for en værdikonflikt mellem fællesskab og autonomi. Begge dele er betingede af hinanden. Sundhedsplejersken kan ikke være selvkørende uden en verden at køre i. Hun kan ikke møde 'usynlig modstand' uden at møde modstand, og jeg konkluderer, at der er en modsætning mellem ønsket om anerkendt faglighed og en selvskabt lukkethed.

En verden af blikke

Forskellen mellem skolesundhedsarbejdet set i omverdenens øjne og sundhedsplejerskernes iagttagelser af egne værdier er blevet tydeligere gennem udviklingsarbejdet. De bliver ikke set, som de gerne vil ses, og det kan diskuteres, om det er en intern systemfaglig problematik, der eksternaliseres til omverdenens problem. Den empiriske løsning blandt sundhedsplejerskerne er selvbeskrivelser og en form for styring af omverdenens forventninger. De mener, at hvis de blot kan kommunikere deres værdigrundlag og mål tilstrækkeligt klart, vil omverdenen kunne få øje på dem og vide, hvad der kan forventes af dem.

Det er kun muligt at dirigere sit eget blik. Sundhedsplejerskernes løsning kan derfor betragtes som naiv, fordi den indebærer en forestilling om styring af andres blikke og forventninger. For sundhedsplejerskernes vedkommende handler det om at være 'blik-dirigent' for andres syn på dem selv. At gøre sig synlig i sundhedsarbejdet er ikke kun et spørgsmål om at handle (det, der kan iagttages), men det er også et spørgsmål om den sundhedsprofessionelle som iagttager og måden at iagttage på, og et spørgsmål om omverdenen, som har blik for det sundhedsprofessionelle blik. De sundhedsprofessionelle kan ikke forvente at kunne gøre sig synlige, så omverdenen kan få øje på værdierne. De kan højst forvente at kunne reflektere over egne værdier og selvbilleder i forhold til omverdens blikke. De bliver nødt til at se, hvilke funktioner og roller de har. Den synlighed, de ikke bryder sig om, har noget at gøre med deres funktion – de opgaver de forventes at løse, der handler om kontrol. De føler sig som en del af sundhedsvæsenet og ikke uddannelsesvæsenet, hvilket de selv begrunder med deres uddannelsesmæssige baggrund inden for biomedicin og sundhedsvidenskab. Problemet er, at sundhedsplejerskerne kommunikerer i flere forskellige medier, hvilket giver signalforvirring.

Det er desuden uklart hvilke pædagogiske ydelser, de ønsker at levere.

Sundhedsplejerskerne oplever forskellige værdisammenstød, navnlig i forhold til samarbejdspartnere, og det virker meningsfuldt for dem at forholde sig refleksivt til de værdier, der er på spil, for at kunne analysere konflikterne. Værdiperspektivet åbner tilsyneladende nye måder at anskue samarbejdet på. Et generelt synspunkt blandt sundhedsplejerskerne er, at det er vigtigt at arbejde med værdier, samtidig med at det er abstrakt og vanskeligt. Et andet generelt synspunkt er, at en mulig vej til udvikling er at blive kvalificeret til at arbejde værdireflekteret og støtte hinanden kollegialt i at forholde sig kritisk til konkrete værdier og værdikonflikter. Den krævende og måske lidt for abstrakte værdikommunikation forandres nemlig, når sundhedsplejerskerne forholder sig til en bestemt værdi f.eks. deltagelse.

Lad mig runde af med en systemteoretisk fortolkning af sundhedsplejen som organisation: Når sundhedsplejerskerne iagttager måden skolen betragter dem på, ser de entydigt et sundhedsvæsen, men sådan opfatter de ikke sig selv. Deres forsøg på at koble sig til de mange forskellige systemer: uddannelsessystemet, behandlingssystemet, det politiske system, forvaltningssystemet osv. skaber et hierarkiproblem. En *monofon* organisations løsning er at tage udgangspunkt i én primær værdikode, mens den *polyfone* organisation til stadighed forhandler forholdet mellem værdierne (Andersen, 2006). Spørgsmålet er, hvilken strategi sundhedsplejen vælger. Mine tidligere analyser tyder på, at skolesundhedsplejen er en monofon organisation, der primært kobler sig til sundhedsvæsenet (Wistoft, 2007). Den monofone organisation kan godt operere med flere værdier, men i et fastlagt hierarki. Derfor er der brug for løbende at foretage værdiafklaringer og ikke mindst prioriteringer af, hvordan der skal arbejdes tværfagligt og bredt med børn og unges sundhed. Sundhedsplejen har sammen med andre professionelle så som lærere, pædagoger, socialrådgivere, de kommunale læger samt politikere og sundhedschefer i de nye kommuner et ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme. Man må sammen overveje, hvordan man også når ud til de frivillige og private netværk, der er relateret til sundhed. Samfundet efterspørger i langt højere grad end tidligere viden og kompetenceudvikling, der går på tværs af faglige skel og niveauer. Det betyder, at det i særlig høj grad er de tværfaglige og 'hybride' udfordringer, der står i centrum.

Referencer

Andersen, N. Å. (2006). *Partnerskabelse*. København: Hans Reitzels Forlag.

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.

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.

Nyt fra litteraturgruppen

Anmeldelser siden sidst

– Husk anmeldelser kan læses på www.sundhedsplejersken.info

Titel: ***Den personlige samtale – en introduktion***
Forfattere: *Irena Damgaard* og *Helle Nørrelykke*
Forlag: *Hans Retizels Forlag*
Sider: *144*
ISBN: 87-412-5035-4

Titel: ***Mere anerkendelse i børnehøjde***
Forfatter: *Berit Hertz* og *Frank Iversen* (red.)
Sider: *223*
Forlag: *Dansk Psykologisk Forlag*
ISBN: 978-87-7706-494-4

Titel: ***De intelligente børn. Børn med særlige forudsætninger***
Forfatter: *Ole Kyed*
Sider: *256*
Forlag: *Aschenhoug Forlag*
ISBN: 87-11-26516-7

Titel: ***Psykologiske tænkere – et tekstudvalg***
Forfatter: *Esben Jerlang* (red.)
Sider: *217*
Forlag: *Socialpæd. Bibliotek (Hans Reitzels Forlag)*
ISBN: 87-412-5130-1

Titel: ***En stor og en lille er væk. Kriseterapi med en to-årig dreng***
Forfatter: *Elisabeth Cleve*
Oversat af *Charlotte Pietsch*
Sider: *208*
Forlag: *Dansk psykologisk forlag*
ISBN: ISBN: 87-7707-441-0

Titel: ***Skyld – Historien bag mordet på Antonio Curra***
Forfattere: *Jesper D. Møller* og *Aydin Soei*
Sider: *271*
Forlag: *Lindhardt og Ringhof*
ISBN: 978-87-595-2790-0

Titel: ***Forkælede børn***
Forfatter: *Maggie Mamen*
Sider: *179*
Forlag: *Akademisk Forlag*
ISBN: 978-87-500-3936-5

Titel: ***Når livet gør ondt – om selvskadende adfærd blandt unge***
Forfatter: *Per Straarup Søndergaard*
Sidetal: *171*
Forlag: *Kroghs Forlag*
ISBN: 87-624-0073-3

Der er mange spændende bøger, der venter på at blive anmeldt ...

Bogen om Andreas
– Frydenlund

Vejledning til gode tanker gode følelser
– Dansk Psykologisk Forlag

Rationel – Emotiv Adfærdsterapi i en nøddeskal
– Dansk Psykologisk Forlag

Personcenteret Rådgivning i en nøddeskal
– Dansk Psykologisk Forlag

Rådgivning i en nøddeskal
– Dansk psykologisk Forlag

Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn
– Almen medicin i sambarbejde med sundhedsstyrelsen

At kende sig selv
– Akademisk Forlag

Døden må vi leve med
– en bog om døden og livet – Frydenlund

Ønskebørn
– Anne Bridgwater

Mor, du er bare toppen
– Willy Breinholst

Rådgivning og terapi med børn
– Kathryn Geldard et.al.

Underteksten, Psykoanalytisk terapi i praksis
– Akademisk forlag

Multisystemisk behandling af antisocial adfærd hos børn og unge
– Akademisk forlag

Kognitiv adfærdsterapi
– Dansk psykologisk forlag

Er der nogle af ovenstående bøger du har lyst til at anmelde? Eller har du set eller hørt om spændende bøger, materialer, eller andet du gerne vil dele med dine fagfæller, så send en mail til anettesoerensen@fs10.dk

Om at bevare håbet

– Sundhedsplejerskefortælling fra år 2004-2007

Godt vi har hinanden...

– til at bruge som sparringspartner, til at læsse af på, men også fyldes op fra. Når frustrationerne bliver for store og håbet er ved at ebbe ud. Når afmagten over at være en del af et politisk system, hvis beslutninger vi ikke er enige i og kan se har urimelige konsekvenser for de berørte, men som vi er uden indflydelse på at kunne ændre.

Vi er to sundhedsplejersker fra Helsingør Kommune, der igennem 2 år har arbejdet tæt med to flygtningefamilier. Vi har været en del af Projekt Kvantespring, en forstærket indsats over for de svagest stillede gravide og nybagte familier. Flygtningefamilierne deltog på grund af uafklarede forhold vedrørende opholdstilladelsen for fædrene. Dette medførte en ophobning af både psykiske og sociale belastninger for familierne, som vi arbejdede intensivt på at udbedre i ovennævnte periode. Det følgende er historier fra det arbejde, vi udførte sammen med familierne.

Mødrenes baggrund

Mødrene er henvist til os i graviditeten p.g.a. depression. De er begge 22 år og venter deres første barn. De har boet i Danmark i 3 år.. Den ene, kaldet A, er flygtet fra Talebanstyrkerne i Afghanistan sammen med sin mor og tre brødre. Hendes far og en bror blev dræbt af Taleban. Hun og hendes familie har alle fået opholdstilladelse i Danmark. Hendes mand er flygtet til Pakistan og opholder sig der. Hun bliver gravid efter at have holdt ferie hos ham i Pakistan. Den anden, kaldet S, er flygtet fra Bosnien under krigen i det tidligere Jugoslavien. Hun har fået opholdstilladelse i Danmark. Hendes mand, som hun har mødt i Danmark, er også flygtet fra Bosnien. Han har fået afslag på opholdstilladelse og står til udvisning. De bor i egen lejlighed. Hendes mor og brødre bor også i Danmark og har opholdstilladelse.

Ryd op i kaos for at arbejde med tilknytning

Det er disse mødre med denne baggrund, vi møder i graviditeten. Inspireret af Margaretha Broden vil vi gerne arbejde med tilknytning til det ufødte barn. Vi ved, at moderens følelsesmæssige tilstand påvirker det ufødte barn. Vi ved også, at depression under graviditeten er tæt knyttet til psykosociale stressfaktorer og ulykkelige omstændigheder. Begge mødre befinder sig i et både følelsesmæssigt og socialt kaos, som vi må prøve at rydde op i for at komme til at arbejde med tilknytningen. At tale om og til barnet, gøre barnet levende, se på scanningsbilleder og forestille sig barnet er ikke nok. Det altoverskyggende problem for begge mødre er angsten for, at det kommende barn ikke skal have både sin mor og far hos sig under sin opvækst. >>>

> ”Det altoverskyggende problem for begge mødre er angsten for, at det kommende barn ikke skal have både sin mor og far hos sig under sin opvækst.”

>>> Brev til Udlændingeservice

Vi beslutter os for at henvende os til Udlændingeservice, hvor fædrenes sager behandles. I første omgang sker det telefonisk for at høre, hvor langt de er i sagsbehandlingen af henholdsvis A´s ansøgning om, at få sin mand hertil på turistvisum og S´s mands nye ansøgning om opholdstilladelse. Det er en lang og sej proces. Bare det at få kontakt med Udlændingeservice kræver tid og tålmodighed, da det nærmest er umuligt at komme igennem telefonisk. Når det lykkedes er det meget sparsomt, hvad de kan fortælle os. Efter samråd med en advokat skriver vi begge støtteerklæringer til sagerne, hvor vi beskriver mødrenes psykiske tilstand og deres håb om en fremtid i Danmark som en hel familie.

Vi famler os i blinde, ved ikke om det nytter noget, men er samtidig nødt til skabe en slags håb for mødrene. Vi drøfter tit, om det nu er sundhedsplejerskens arbejde, men bliver altid enige om, at hvem skal ellers gøre det. Vi kommer fast i hjemmet og er vidner til mødrenes tilstand, så det bliver vores pligt at prøve alle muligheder.

Efter flere måneders ventetid sker der endelig noget. A´s mand kommer til Danmark på turistvisum, da deres lille pige er 4 mdr. gammel.. S´s mands sag bliver genoptaget, da deres lille pige er 5 mdr. Det giver ro i familierne og tilknytning og samspil fungerer næsten optimalt. For usikkerheden og tvivlen er der hele tiden, så længe ingen ved, hvor længe familierne kan være sammen.

Familiesammenføring

Begge familier beslutter sig for at søge om familiesammenføring. Vi rekvirerer ansøgningspapirer fra Udlændingeservice og udfylder dem sammen med familierne. SÅ er der atter ventetid. Børnene er nu blevet så gamle, at de starter i institution og begge mødre starter uddannelse og arbejde. De er begge bevidste om reglerne for familiesammenføring, som kræver, at de har egnet bolig, arbejde, så de kan forsørge familien og en god opsparing. Efter flere måneders venten kommer svaret. Begge fædre har fået afslag og skal udvises. I afslaget lægges vægt på, at familiernes tilknytning er større til deres hjemland end til Danmark og derfor kan de bosætte sig der. Vi er målløse. Vi læser dagligt om selvmordsbomber i Afghanistan og Talebans fremrykning. Vi ser fjernsynsudsendelser om udviste familier i Bosnien, som slet ikke får den hjælp, de har brug for. Begge familier har intet at vende tilbage til og har det meste af deres tætte familie her i landet. Familierne henvender sig fortvivlede til os, og vi tager igen fat i både Udlændingeservice, advokat og Flygtningehjælpen, som giver gratis retshjælp. Advokaten anbefaler os igen at skrive en støtteerklæring til Udlændingeservice. Denne gang lægger vi vægt på børnenes tilknytning til deres fædre, deres ret til, ifølge FN-s børnekonvention, at leve med begge deres forældre, hvis ikke barnets tarv taler imod, mødrenes bestræbelser på at uddanne

sig og tjene deres egne penge for at kunne forsørge familien samt alle de psykiske konsekvenser det vil få for alle i familien, hvis de splittes. Endnu engang bliver sagerne genoptaget og fædrene får lov at blive, mens sagerne behandles

Fremtiden

Ingen kender fremtiden, heller ikke disse familier. Vi har stadig tæt kontakt med dem og følger med i sagernes udvikling. Der er endnu ikke truffet nogen afgørelse, og ventetiden er svær for familierne. Angsten for udvisning lurer konstant. Begge mødre

"Fædrene må ikke arbejde eller gå i sprogskole, så længe deres sager ikke er afgjort. Så hverdagen er lang og triviel for dem."

arbejder eller er ved at tage en uddannelse. Den ene familie har fået endnu et barn, og den anden venter et. Fædrene må ikke arbejde eller gå i sprogskole, så længe deres sager ikke er afgjort. Så hverdagen er lang og triviel for dem.

Vi er som sundhedsplejersker taknemmelige for at være en del af deres netværk. De har lært os meget om, hvordan man bevarer håbet. De har givet os mange faglige og menneskelige udfordringer og beriget os, hvilket vi ikke ville være foruden.

Vi ved, at vores indsats har været med til at styrke dem og vores håb er selvfølgelig, at vores fælles indsats vil ende positivt.

Det vil fremtiden vise.

Annette Hansen og **Lilly Wulff**
Sundhedsplejersker i Helsingør Kommune

Sundhedsstyrelsen informerer oktober 2007

Om mælk til børn

Sundhedsstyrelsen får jævnligt henvendelser fra sundhedsplejersker om mælk til børn, både mht mængde, type, calciumbehov og andet. Anbefalingerne ridses derfor op nedenfor:

Hvor meget mælk skal børn have?
Mælk og mælkeprodukter er en god kilde til kalcium og indeholder også 8-10 forskellige vitaminer og mineraler samt protein. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at spædbørn i 6 måneders alderen får ca. ¾ liter mælk og mælkeprodukter om dagen faldende til ca. ½ liter dagligt, når de er 10-12 måneder. Resten af barndommen er ½ liter mælk og mælkeprodukter dagligt et passende indtag. Det er dog ikke nødvendigt at komme op på hele mængden. Især hos småbørn kan mælken komme til at fylde meget i forhold til energibehovet, og de kan godt nøjes med mindre. Men kosten lever nemmere op til de anbefalede indhold af vitaminer og mineraler, hvis den indeholder 350 ml eller derover mælk eller mælkeprodukter om dagen. Der er dog ikke behov for at give småbørn, som ikke lever op til mælkeanbefalingen, kalciumtilskud med mindre, det er anbefalet af lægen.

Skolebørn og teenagere, som ikke drikker mælk eller mælkeprodukter, anbefales et tilskud på 500 mg kalcium dagligt.

Hvilken mælketype skal barnet have?
Indtil barnet er 1 år, gives sødmælk. Mellem 6 og 9 måneders alderen primært som smagsprøver eller lidt i grøden og efterhånden i stigende mængder.

Fra 1 års alderen gives letmælk. Barnet kan efterhånden overgå til de magre mælketyper som skummetmælk, minimælk og kærnemælk, når det er mellem 2 og 3 år gammelt.

Forebyggelse af ulykker
Sidst på efteråret udkommer en ny pjece fra Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning vedrørende forebyggelse af ulykker for børn i alderen 0-3 år. Ulykker i hjemmet og barnets andre nære omgivelser er den største trussel for det lille barns sundhed og hver dag kommer ca. 60 børn under 3 år på skadestuen.

Pjecen er rettet til forældre og kan anvendes allerede fra graviditetsbesøget, idet den også har et afsnit om anskaffelser i forbindelse med fødslen. Pjecen er illustreret af tegneren Rina Dahlerup.

Pjecen vil kunne købes i Komiteen for Sundhedsoplysning til en pris af 8 kr. pr styk

Svangreomsorg
Høringsfasen er nu overstået og høringssvarene indarbejdet i anbefalingerne. De nye anbefalinger træder i kraft pr. 1. januar 2008. Anbefalingerne vil blive lagt på Sundhedsstyrelsens hjemmeside i december og alle kommuner vil modtage et eksemplar i løbet af januar 2008. Hvad angår den kommunale sundhedstjeneste påpeger svangreomsorgen vigtigheden af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde omkring gravide med særlige behov, herunder tilbud om graviditetsbesøg. Desuden beskriver svangreomsorgen ansvars- og opgavefordelingen i forhold til familier, som udskrives hurtigt efter fødslen.

Pneumokokvaccine til børn

Den 1. oktober 2007 indføres vaccination med konjugeret pneumokokvaccine (PCV7) i det danske børnevaccinationsprogram.

Normalprogram

Den konjugerede pneumokokvaccine gives i 3 doser, når barnet er 3, 5 og 12 måneder gammelt, dvs. på samme tidspunkter som DiTeKiPol/Hib vaccine. De to vacciner skal gives på forskellige indstiksteder.

De første børn, der starter på det nye program i oktober 2007, er født i juli 2007.

Opstartsprogram

I en overgangsperiode tilbydes også børn, der er født fra og med 1. maj 2006 til og med 30. juni 2007 (fylder 4-17 måneder i oktober) også vaccinationen. For disse børn gælder det gratis tilbud indtil børnene fylder 2 år. Så vidt mulig bør børnene være færdigvaccineret i god tid inden.

Der tilbydes to eller tre doser efter barnets alder ved første vaccination:

Børn, som ved første vaccination er:

- under 1 år gives tre vaccinationer. Der skal være mindst en måned mellem de to første vaccinationer og mindst 2 måneder mellem anden og tredje vaccination. Dog gives den tredje vaccination ikke tidligere end i alderen 12 måneder.
- fyldt 1 år (og født efter 30. april 2006) gives to vaccinationer med mindst 2 måneders mellemrum.

For at få størst mulig effekt af overgangsprogrammet bør børnene påbegynde programmet så tidligt som praktisk muligt. I øvrigt forsøges vaccinationerne indpasset med de øvrige vaccinationer/lægebesøg, se forslag på skemaform www.ssi.dk

Konjugeret pneumokokvaccine

Vaccinen indeholder kapselbestanddele (polysakkarid) af 7 undertyper af pneumokokker, som er koblet til et bærerprotein efter samme princip, som gælder for Hib-vaccinen. Det er denne kobling, der bevirker, at vaccinerne, i modsætning til rene polysakkaridvacciner, virker hos helt små børn.

Risiko for alvorlig pneumokoksygdom aftager væsentligt hen mod 2-års alderen og børn over 4 år har meget lille risiko for at få alvorlig pneumokoksygdom. Det forventes, at virkningen varer indtil 4 år alderen.

Kun for børn med specifikke risikofaktorer anbefales revaccination med den 23-valente polysakkaridvaccine ifølge retningslinier fra Dansk Pædiatrisk Selskab, se www.paediatri.dk

Bivirkninger:

Givet samtidig med DiTeKiPol/Hib vaccine forventes bivirkninger i form af feber ▶38°C hos op til halvdelen og ▶39.5°C hos 3% af de vaccinerede. Feberkramper efter vaccination kan derfor forekomme. Endvidere er døsighed, irritabilitet, urolig søvn, opkastning, diaré og nedsat appetit almindeligt forekommende.

Lokalreaktioner i form af ømhed og hævelse forventes hos 35-40% af de vaccinerede.

Overfølsomhedsreaktioner er sjældent rapporteret.

Forventet effekt af indførelse af pneumokokvaccination

Det forventes, at vaccinationsprogrammet årligt vil forebygge omkring 50 tilfælde af alvorlig pneumokoksygdom og ét dødsfald hos børn under 5 år, samt et mindre antal af de lunge- og mellemørebetændelser, der kan forekomme hos børn. Endelig forventes det efter nogen tid, at forekomsten af

de 7 pneumokoktyper nedsættes i befolkningen, hvilket især vil afspejle sig i en reduktion i antallet af alvorlige pneumokoksygdomstilfælde blandt ældre. Denne effekt er dog mere usikker. Det er vigtigt at vide, at vaccinerede børn fortsat kan få meningitis og andre alvorlige sygdomme forårsaget af de pneumokoktyper, der ikke indgår i vaccinen.

Sundhedsstyrelsens information til forældre

Sundhedsstyrelsens pjece "Børnevaccinationsprogrammet i Danmark" og folderen: "Forebyggende børneundersøgelser og vaccinationer" er revideret og kan rekvireres fra Schultz Information på tlf 7026 2636. Findes også på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Til børn i opstartsprogrammet fremsendes et postkort fra Sundhedsstyrelsen, hvoraf fremgår, at forældrene skal bestille tid hos lægen snarest muligt.

Endvidere lægges informationsmateriale på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

I øvrigt henvises til Sundhedsstyrelsens særlige hjemmeside om pneumokokvaccination til børn: www.sst.dk/pn samt til Statens Serum Instituts hjemmeside: www.ssi.dk

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
12. november 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
2.380 eksemplarer
I perioden 1. januar - 30. juni 2007

ISSN nr.
09069577

Kontrolleret af

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"