

Sundhedsplejersken

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

www.sundhedsplejersken.info

Nr. 2 | april 2008 | 30. årgang



Tema: Sundhedspleje og andre kulturer

5 Leder

Mens vi venter...

8 Opslagstavlen

Fra medlem til medlem

12 Nyt fra Bestyrelsen

Bliv Kandidat til bestyrelsen!

Kender du årets Sundhedsplejerske?

Landskonference for Sundhedsplejersker 2008

Børnedatabasen

Legatuddeling

Repræsentant for Fagligt Selskab
for Sundhedsplejersker

20 Tema

Asyl – Sundhedspleje i Dansk Røde Kors

Sundhedspleje fremmer integrationen

Find ny viden

Brug tolk

Kulturmøde i svømmehallen

Født som noget særligt

52 Nyt fra Litteraturgruppen

Anmeldelser

56 Danmark rundt

Sund i stribevis

58 Grønland

Retningslinier for arbejdet

– sundhedsplejen i Grønland

60 Nyt fra SST

Orientering februar

Forsiden

Anerkendelse!

Et klap på skulderen og sig det med blomster. Respekt, applaus og penge i hånden. Vi klipper snoren for kvinden med de mange hatte, der med sin rummelighed og integritet får det gode til at blomstre.

*Verner Brems
tegner og maler*





Mens vi venter ...

Dønningerne har kun lige lagt sig efter kommunalreformen, eller måske knap nok – vil nogen mene. Sundhedsplejerskerne er igen ved at få styr på en ny og for de fleste noget anderledes hverdag. En del af de erfarne sundhedsplejersker holder stadig ved i de nye tider, og er med til at give essensen af faget videre til de nye sundhedsplejersker. Andre har deltaget i beskrivelserne af faget gennem 70 år ved at sende deres fortælling om arbejdslivet til jubilæumsbogen – og giver derved vigtig viden og erfaring videre til nye kollegaer og til andre interesserede.

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker har i 2007 sat fokus på historien og fortællingerne om sundhedsplejerskernes arbejde med børn og unge, samt deres familier. Dette har resulteret i udgivelse af en jubilæumsbog, som ser dagens lys sidst i maj. Samarbejdet med Kvindemuseet i Århus har muliggjort at sundhedsplejerskerne selv fortæller deres egen historie. Det er en fortælling om et kvindefag der gennem 70 år har fungeret i en kvindearena. Fædrene er netop efter årtusindeskiftet kommet noget mere på banen, og er derfor ikke tydelige i jubilæumsbogen. Dette forudser vi, vil ændre sig meget, derfor er fortællingen unik og et billede af samtiden.

Fremtiden byder på en række ændringer i sundhedsplejerskernes opgaver. Der er tale om nye opgaver både i forhold til spædbørn, de særligt udsatte og skolebørnene. Det vil også være meget relevant, hvis sundhedsplejerskerne blander sig i debatten vedr. unge og det manglende tilbud til denne gruppe. Fra den unge er 15 eller 16 år er de overladt til selv at søge viden og navigere i denne. Mange unge er i tvivl om de valg, de skal foretage omkring deres egen sundhed. De udfordrer den voksne generation – og dette bliver ind imellem til en farlig færd i alkohol og stoffer, f.eks.

Sundhedsplejersken kan med fordel være en del af et kommende tilbud til unge. En dansk model på dette område kan være inspireret af den norske model eller udvikles i forhold til danske forhold. Dette er dog endnu ikke en politisk agenda, som tildeles ressourcer, så mens vi venter...

De store skolebørn er på sundhedsplejerskens dagsorden og derfor har Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker denne gruppe i fokus hen over året og til den kommende landskonference i september måned.

Susanne Hede
Århus, d. 23. marts 2008



Klumme fra webredaktøren!

Lidt serviceinformation fra
webmaster@fs10.dk

Når du går på hjemmesiden www.sundhedsplejersken.info ser du umiddelbart kun den øverste del af hjemmesiden, husk derfor at rulle ned i bunden, og se hvad der ligger der. Nogle gange er der også interessante bokse i højre side, der går længere ned end teksten i midten.

På forsiden er der nederst "Seneste diskussioner", og der har været flere tilløb til at få udvekslet erfaringer og holdninger på dette sted, der er dog ikke den livlige debat, som der kunne være mulighed for. Men måske har du også noget du gerne vil høre dine kol-

leger om landet over? Så klik ind under "For medlemmer/Debatforum" og opret et nyt indlæg, eller klik direkte ind på et emne under "Seneste Diskussioner" på forsiden, og svar på et indlæg.

Du har også mulighed for at bidrage til boksen med "Arrangementer". Hvis du støder på et arrangement, der kan være interessant for andre sundhedsplejersker, så send det til webmaster@fs10.dk.

Vær dog opmærksom på at vi kun sætter gratis eller meget billige arrangementer på uden beregning. Hvis arrangører af dyre kurser mv. ønsker det, kan de købe reklameplads på hjemmesiden.

Linda Rolsted

Konferencer og møder**Social ulighed i sundhed**

Onsdag den 30. april på Christiansborg
arr. DSR, se www.dsr.dk

Børn og Unge på banen – som aktive lokale borgere

Hvordan bliver jeres kommunes børne- og ungepolitik til? Involverer I børn og unge aktivt i processen?

Årsmøde arrangeret af Børnerådet

Dato: 5. maj 2008. Tid: kl. 9 – 16 Eigtveds Pakhus, København K. Tilmelding: www.boerneraadet.dk

Når Livet gør ondt ...

Konference om selvskadende adfærd blandt unge
DEL afholder den 14. maj 2008 i Odense,
Info og tilmelding på www.delud.dk og
www.moedecenter.dk

**Sundhedsplejerskernes
Landskonference**

Tema : Teenagere i forandring ! –
fokus på sundhedsfremme til unge
Den 1 og 2. september 2008 på Munkebjerg Hotel.
læs programmet længere fremme i dette blad

NY DATO!



Næstkommende bestyrelsesmøde:
den 20. juni 2008

Indmeldelse i Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Indmeld dig i Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker via DSR's hjemmeside www.dsr.dk/fs10 under indmeldelser/udmeldelser.

Du vil så få tilsendt et girokort lydende på 300 kr. som er kontingent for 2008.

Deadline!

for de næste numre af sundhedsplejersken er den 5. maj og 21. juli 2008

Efterlysning!

Vi er en gruppe af sundhedsplejersker, som vil gøre et forsøg på at forbedre vores vilkår i forbindelse med befordring i arbejdstid.

Derfor vil vi gerne høre fra kollegaer:

- som har gjort sig erfaringer, både positive og negative, i forhold hertil, samt
- inspiration til en liste over fordele og ulemper ved at have tjenestebil i sundhedsplejen

Hilsen

Sundhedsplejersker i Sønderborg Kommune
Jette Andreassen, e-mail: jman@sonderborg.dk
Birgit Olesen, e-mail: bmon@sonderborg.dk

Tilføjelse fra Redaktionen:

Vi ved dette emne er tilbagevendende og ligger mange på sinde, derfor vil jeg opfordre til et debatforum på medlemssiderne på www.sundhedsplejersken.info

SUNDHEDSPLEJERSKEN

– 70 års sundhedspleje i Danmark!

Event på Kvindemuseet i Danmark, Domkirkepladsen 5, Århus den 29. maj kl. 14.30 i anledning af udgivelsen.

En særudgave af Sundhedsplejersken bliver til en Jubilæumsbog. Den er en samling af helt nye og tidligere trykte artikler, essays, hverdagshistorier og billeder gennem 70 år, skrevet af sundhedsplejersker.

Jubilæumsbogen er udgivet af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker i samarbejde med Kvindemuseet i Danmark, det tidligere dansk sygeplejehistorisk museum og DSR.

Jubilæumsbogen vil blive præsenteret på udgivelsesdagen ved en event på Kvindemuseet men også på dette års Landskonference på Munkebjerg i Vejle.

Sundhedsplejersken

– 70 ÅRS SUNDHEDSPLEJE I DANMARK



Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker og Kvindemuseet i Danmark

Bliv kandidat til bestyrelsen

Overvej du at stille op til bestyrelsesvalg 2008 i Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker? Så er det tiden at opstille.

Suppleant i FS er også en mulighed. Suppleanter vælges for 1 år ad gangen, og deltager ikke i besty-

relsesmøder. Suppleanten skal være parat til at træde ind i bestyrelsen ved langvarig sygdom (over 2 måneder) eller hvis et medlem træder ud. Suppleanter vil få en plads på den efterfølgende Landskonference. Der skal vælges 1 eller 2 suppleanter.

Kandidater til valg til Bestyrelsen for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker 2008

På valg er: Susanne Hede, Christina Louise Lindhardt, Lisbet Nissen (modtager alle genvalg) og Linda Rolsted (modtager ikke genvalg).

Navn: _____

DSR-nr.: _____

Stilling: _____

Privatadresse: _____

Tlf. (privat): _____

Arbejdsgiver: _____

Tlf arbejde: _____

Ovenstående ønsker at opstille til bestyrelsesvalg for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker. Kandidater skal være medlem af FS for Sundhedsplejersker, man vælges for 2 År. Kandidatopstillingsskema, foto samt et kort oplæg til præsentation i "Sundhedsplejersken" skal sendes til formanden for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker Susanne Hede, og være formanden i hænde inden den 1. juni 2008.



Kender du Årets Sundhedsplejerske?



Så er det nu, du skal indstille kandidater!

Frist er 15. maj

Årets Sundhedsplejerske skal igen findes, og der er plads til flere kandidater!

Måske vil du genindstille din kandidat fra et tidligere år?

Hvem kan få prisen?

- En enkelt sundhedsplejerske
- En gruppe af sundhedsplejersker
- En eller flere sundhedsplejersker samt en gruppe borgere, som har medvirket aktivt i opgaven

Hvorfor gives prisen?

- 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. Det vil sige, det skal være en indsats, der er realistisk planlagt og ønskes gennemført eller en indsats, der er gennemført.

Sammen med æren følger 10.000 kr. Prisen uddeles af Connie Kruckow på årets landskonference 1. september 2008.

Læs på www.sundhedsplejersken.info under Indlæg om ... / Årets Sundhedsplejerske hvordan du indstiller en eller flere sundhedsplejersker.

NY DATO!

Landskonference for Sundhedsplejersker

TEMA:

Teenagers i forandring!
– fokus på sundhedsfremme til unge
**Den 1. og 2. september 2008 på
Munkebjerg Hotel i Vejle**

På grund af forhandling af OK 08 kommer Dansk Sygeplejeråd måske i konflikt.

Derfor har vi i Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker taget den beslutning, at Landskonference for 2008 flyttes til den 1. og 2. september.

Vi kan stadigvæk tilbyde det spændende indhold i landskonferenceprogrammet med alle foredragsholderne som

Chris Mac Donald,
livsstilscoach

Ida Koch,
psykolog med stor erfaring omkring arbejdet med teenagere

Thomas Ramshøj,
hjerneforsker omkring teenagers udvikling

og mange flere ...

Nyd et par dage i samvær med kolleger, med mulighed for fagligt input og sparring og mulighed for at få spændende ideer og lyst til at arbejde videre efter konferencen i sundhedsplejerske arbejdet i kommunerne

De sundhedsplejersker der allerede har tilmeldt sig til LK er selvfølgelig sikret en plads og for jer andre:

Tilmeld dig! og få sikret dig pladsen på LK, for der er allerede nu mange tilmeldte .

Tilmeld dig senest den 10. juli 2008

Onlinetilmelding på www.Sundhedsplejersken.info og www.kongreskompagniet.dk

E-mail til Kongreskompagniet:
fs10@kongreskompagniet.dk

På vegne af kursusruppen
Christina Louise Lindhardt



Program

Mandag den 1. september 2008:

- Kl. 09.00-10.00 Ankomst og registrering. Kaffe og morgenbrød
- Kl. 10.00-10.30 **Velkomst og åbning af konferencen** v/ Susanne Hede, formand for Fagligt Selskab for sundhedsplejersker.
- Årets sundhedsplejerske** v/ Connie Kruckow, formand for DSR
- Kl. 10.30 -12.00 **Hjemens udvikling hos teenagere** v/Thomas Ramsø, neuropsykolog og hjerneforsker, Hvidovre Hospital
- Kl. 12.00-13.30 Frokost og udstilling
- Kl. 13.30-14.45 **Teenagere og læring** v/ Birgitte Simonsen, professor og centerleder for Center for Ungdomsforskning, København
- Kl. 14.45-15.30 Kaffepause og udstilling
- Kl. 15.30-16.30 **Forandringens NU! – en kognitiv tilgang** v/ Poul Lundgaard Bak, Chef for Videncenter for Børnesundhed, Århus
- Kl. 18.00-20.00 Festmiddag
- Kl. 20.00-21.30 Generalforsamling. Kun adgang for medlemmer af Fagligt Selskab
- Kl. 21.30-23.00 Socialt samvær med underholdning og et lille traktament

Tirsdag den 2. september 2008:

- Kl. 09.00-09.10 Morgensang
- Kl. 09.10-10.30 **Teenagerfamilier** v/ Ida Koch, cand. psych. aut. spec. i psykoterapi og supervision
- Kl. 10.30-11.15 Kaffepause og udstilling
- Kl. 11.15-12.30 **Sundhedshjulet, coaching af unge til en bedre livsstil** v/Chris MacDonald, elitesportsmand og coach
- Kl. 12.30-14.00 Frokost og udstilling
- Kl. 14.00-15.00 Workshop
- Workshop 1. Sundhedspleje til Teenageforældre, "Ung Mor" – tilbud.**
V/ Sundhedsplejerskerne Ella Skjellerup og Inger Fogh, Haderslev Kommune.
- Workshop 2. Unge arabiske drenge seksualitet**
v/ Birgit Bastholm Bune, Århus (Valg af workshop ved tilmelding)
- Kl. 15.00-15.30 Kaffepause og udstilling
- Kl. 15.30-16.30 **Afslutning ved John Engelbrecht**, filosof

(Ret til ændringer i programmet forbeholdes)

Tilmeldingsblanket findes på næste side

Tilmeldingsblanket til Landskonference for Sundhedsplejersker Munkebjerg Hotel den 5.-6. Maj 2008

Udfyld venligst én blanket for hver deltager – kopier gerne blanketten

Navn: _____

Privat Adr.: _____

Postnr./By: _____

Telefon/mobil: _____

e-mail: _____

DSR-nr.: _____ Arbejde/Afd.: _____

Arbejde/Afd.: _____

BETALING

- ☐ Jeg skal selv betale og ønsker et indbetalingskort vedlagt min bekræftelse
- ☐ Elektronisk faktura skal sendes til min arbejdsplads (nedenstående skal udfyldes):

Arbejde/afd.: _____

Adresse: _____

Postnr./By: _____

Telefon/mobil: _____

EAN-nr. (13 cifre): _____

Evt. ordre nr.: _____

Evt. person ref.: _____

Medlem af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker:

JA ☐ NEJ ☐

- ☐ Jeg ønsker at melde mig ind inden konferencens start.
- ☐ Jeg ønsker IKKE medlemsskab og betaler +25% af min kursusafgift:

Kursusgebyr med fuld forplejning begge dage, festmiddag og overnatning i (sæt X):

- | | |
|--|-------------|
| ☐ Enkeltværelse | Kr. 3.940,- |
| ☐ Dobbeltværelse | Kr. 3.045,- |
| ☐ 3-sengsværelse (opredning) | Kr. 2.995,- |
| ☐ Deltagelse UDEN overnatning og morgenmad (fuld forplejning begge dage og festmiddag d. 5. maj) | Kr. 2.500,- |
| ☐ Bustransport:
Afgang fra Vejle Station 5. maj Kl. 09.15
Retur fra Munkebjerg Hotel 6. Maj Kl. 17.00 | Kr. 65,- |

Jeg ønsker at bestille en EKSTRA overnatning, 4.-5. maj:

- | | |
|---|-------------|
| ☐ Enkeltværelse | Kr. 1.260,- |
| ☐ Dobbeltværelse | Kr. 760,- |
| ☐ 3-sengsværelse (opredning) | Kr. 625,- |

Jeg ønsker at dele værelse med: _____

Særlige ønsker, vegetar m.m.: _____

Send/fax tilmeldingsblanketten senest 10. juli 2008 til:

KongresKompagniet, Nordhavnsvej 1, 8000 Århus C
Telefon: +45 8629 6960 • Fax: +45 8629 6980
e-mail: fs10@kongreskompagniet.dk
www.kongreskompagniet.dk

On-line tilmelding:

www.sundhedsplejersken.info og www.kongreskompagniet.dk

Bekræftelse og betaling:

Bekræftelse fremsendes når tilmelding modtages.
Elektronisk faktura fremsendes til din arbejdsplads – eller: Indbetalingskort vedlægges din bekræftelse.

Legatuddeling januar 2008

Der var få ansøger til legatuddelingspuljen i august 2007. Det betyder vi har haft mulighed for at overføre midler og dermed uddelt for i alt 24.000 kr. denne gang.

Følgende har fået tildelt legat:

Vurdering af tidlig samspil: Karen Marie Bertelsen, Sorø og Jane Laursen, Tappernøje

Skabelse af kommunikative rum for læring om sundhed: Ina Borup, Rødovre

Transport til overbygningskursus i somatisk orienteret psykoterapi: Anna-Marie Glavind, Beder

Rygestopkursus: Rikke Holm, Vanløse

Til Nordisk Marte Meo kongres i Lillehammer:

Lillian Madsen, Aalborg. Doris Madsen, Esbjerg. Dorte Høier, Køge

Husk!

Frist for næste legatuddelingspulje er 15. August 2008. Hold derfor øje med kommende kurser og konferencer på vores hjemmeside www.sundhedsplejersken.info.

På bestyrelsens vegne
Anette Sørensen

Repræsentant for Faglig Selskab for Sundhedsplejersker

Hanne Dam sidder i Udvalget for Kriminalpræventiv orientering

Pladsen blev ledig efter Asta Bisgaard og jeg skal nu forsøge at følge efter. Jeg har været til 2 møder og sidder nu i Udvalget for Børn og Unge. Af andre udvalg findes: By og Bolig, Borgerudvalget, Erhverv og arbejdsmarked.

Tanken er at der skal arbejdes i projekter på kryds og tværs. Udvalget for Børn og Unge vil fremover arbejde med: Den tidlige indsats, den unge, Ung mod ung (mod kniv) særlige grupper, "forældre på banen", mediernes rolle, gengangerne, de mest udsatte – af anden etnisk afstamning og synlige succeer.

82 % af voldelige har selv oplevet vold i barndommen. Størstedelen af de kriminelle lider af personlighedsforstyrrelser (Poul Nissens undersøgelse)

Med disse oplysninger er det, at sundhedsplejersken fortsat skal være på banen. Personlighedsdannelsen sker før 2 års alderen og vi har en særlig rolle ved at kunne sætte ind med tidlig indsats. Styrke tilknytningen mellem mor og barn – mellem forældre og barn. Vi skal under vise og vejlede forældre til hvordan de kan støtte barnets selvværd og anerkende deres barn. Vi skal opspore og henvise til andre instanser, når vi ser forhold, der kan forstyrre personlighedsdannelsen. Det er min begrundelse for at arbejde videre med "den tidlige indsats"

Link : DKR; Det Kriminal Præventive Råd,
www.dkr.dk

*Hanne Dam, sundhedsplejerske, april 2008
hada01@frederiksberg.dk*

Børnedatabasen

– Bedre fælles kommunal viden om børns sundhed på vej

I dag findes der en masse lokalt data om børns sundhed hos den praktiserende læge og den kommunale sundhedstjeneste, men data indsamles sjældent. KL og Sundhedsstyrelsen er derfor i gang med at oprette en national børnedatabase, som skal hjælpe kommunerne med at målrette deres indsats.

Ny database om børns sundhed fra årsskiftet

Antallet af overvægtige børn er tredoblet siden 1972 og kommunerne har fået større opgaver med den borgerrettede forebyggelse. På denne baggrund henvendte KL sig til Sundhedsstyrelsen med et projekt med det formål at udvikle en national database. I første omgang er det blevet til, at databasen skal samle data om børns vægt, højde, hvor længe de bliver ammet, og om de bliver udsat for rygning i hjemmet. Det er målet, at databasen på længere sigt skal samle endnu flere data for eksempel om børn trivsel og unges ryge- og alkoholvaner

Mulighed for fælles kommunale sammenligninger

I databasen vil kommunerne få mulighed for at sammenligne deres tal med tal fra andre kommuner, for at finde frem til om børnefedme er et særligt problem i deres kommune i forhold til i andre kommuner. Det kan for eksempel være, at databasen vil vise, at der er flere overvægtige børn i provinsbyer tæt på storbyerne. Databasen kan således være med til at kvalificere drøftelserne af, hvilke vej, man skal gå for at nedbringe fedmepidemien blandt børn

Samtidig er det hensigten, at en kommune som gør en særlig indsats for fx overvægtige piger på en enkelt skole, kan sammenligne sig med vægtudviklingen blandt pigerne på den anden skole. På den måde kan man bruge databasen som indikator for, om indsatsen ser ud til at virke dvs. arbejde mere evidensbaseret.

Praktiserende læger, skolelæger og sundhedsplejersker har i dag hver deres registrering af børnenes sundhed, men der er ikke mulighed for at følge børns vægtudvikling over tid. Med det nye register vil man

kunne se, om børnene begynder at tage på i vuggestuen, i børnehaven eller i skolen, om der er forskel på køn, skoledistrikter mv.

Projektet vil også kunne bidrage til ny viden om fx sammenhænge mellem børns fødselsvægt, manglende amning og senere sammenhænge til fedme, udvikling af allergi mv.

Hvordan indsamles data?

Databasen udvikles ved, der kommer snitflader til de elektroniske børnejournaler, som allerede findes og til lægepraksissystemerne. Det betyder, at det ikke vil kræve ekstra arbejde for sundhedspersonalet at registrere de nødvendige data. I dag skønnes det, at ca. 70 pct. af alle børn i landet kan dækkes ved de elektroniske børnejournaler i kommunerne og 90 pct. af alle børn i landet kan dækkes ved praksislægesystemerne.

Alle relevante sundhedsmedarbejdere, sundhedsplejersker og læger bør allerede nu indstiller sig på, at databasen kommer, og benyttes sig af de elektroniske børnejournaler både fra barnets første leveår og i skoleperioden – hvor der er mindre tradition for at benytte sig af elektroniske database.

Som led i databasens udvikling skal der udarbejdes standarder for, hvordan man vejer og måler børnene. Det skal give bedre grundlag for at sammenligne data og følge børnenes udvikling som gruppe.

Projektet har fået tilskud fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Momsfondet både til første fase af etableringen og til den videre udvikling af databasen. Første version af databasen forventes at ligge klar 1. november 2008, og kommer til at ligge i Sundhedsstyrelsen.

Der kan læses mere om projektet på <http://www.kl.dk/ncms.aspx?id=3e280b9f-83a2-4eca-bd88-611951f7024c>



Dansk Røde Kors

Asyl

– sundhedspleje i Dansk Røde Kors

Man må sige at det er et felt som i de senere år har været i fokus på godt og ondt. Der er rigtig mange, som har en mening om især asylbørnenes ve og vel og som til tider har brugt/misbrugt disse børn i politiske spil. Man kan undre sig over at de godt 300 børn og deres familier der søger asyl, kan fylde så meget i medierne – og tænke hvad blev der af indsatsen for de problemfamilier der har opholdstilladelse, integrationsproblemerne hos indvanderne eller ikke at forglemme de grønlandske børns forfærdelige livsvilkår.

Medierne har i måneder gjort deres til at få pisket en stemning op og Røde Kors sundhedsplejerskerne har undret os over hvor ensidigt de forskellige historier er blevet fremstillet og hvor forkert et billede der er tegnet. Men der skal jo sælges aviser! Ligeså har sikkert velmenende børnepsykologer og børnepsykiatere, advokater godt sekunderet af Flygtninge i fare eller støttekredsen til flygtninge i fare, præster, bedsteforældregrupper etc. blandet sig aktivt i asylansøgernes liv. Desværre sjældent i samarbejde med det ansatte personale og de tiltag der i forvejen er sat i værk, så frustrationerne har været store hos sundhedsplejerskerne, men hos børnene især. Men som de siger bare det er nogen der hjælper os med at blive i Danmark. Der er virkelig også opstået mange myter undervejs og rigtig megen forargelse på ikke helt fair grundlag. Lige fra at børn ikke må komme i skole til at de er spærret inde i fængselslignende centre. At de kun får madkasser og ikke har tøj på kroppen!

På de forskellige asylcentre er boforholdene ret forskellige. Men hver familie kan have et pænt lille rækkehus med to stuer, køkken og badeværelse

– der er to entreer og en lille terrasse på begge sider af husene. De fleste forstår at indrette sig som var det et større parcelhus og meget hjemligt. De fleste familier har anskaffet TV, computer og andre bekvemmeligheder. Ligesom de allerfleste har mobiltelefoner til at komme i kontakt med slægt og familie i hjemlandet. På P-pladsen holder en hel del af familiernes biler parkerede.

De fleste laver selv deres mad og går på indkøb i byen. Det er en stor fordel, så familien kan lave den mad de kan lide og spise når de har lyst.

Ingen tvivl om at opholdet i asylsystemet ikke bør vare i flere år og ingen tvivl om at det påvirker hver eneste familie, når sagen trækkes ud.

Det er sikkert af et godt hjerte medier og velmenende mennesker forsøger at hjælpe en familie, men hold da op hvor det laver splitting i det arbejde, der foregår på centrene, hvor vi dog prøver at lave et ordentligt stykke sundhedsarbejde ud fra en professionel tilgang og indenfor de rammer politikkerne til enhver tid stikker ud. Vi mener at vi gør en stor forskel og under skiftende regeringer og over tid, har vi hurtigst muligt forsøgt at tilpasse nye direktiver og retningslinier, så det bliver til beboernes bedste. Trods alt, arbejder vi i asylsystemet, fordi vi kan lide de mennesker, der søger asyl i Danmark og gerne vil være med til at de bliver taget godt imod og får en ordentlig behandling, mens de er i Dansk Røde Kors.

Personalet er ansat i Asylafdelingen, en gren af Dansk Røde Kors og arbejder efter de 7 principper som er medmenneskelighed, neutralitet, upartiskhed, uafhængighed, frivillig tjeneste, enhed og almengyldighed. Visionen er at asylansøgerne i >>>



Vivian der står sammen med Sara
en af vores kvinder fra Sierra Leone
– hun har tre børn anbragt pt.

Danmark skal opleve en tryk, meningsfuld og værdi ventetid med mulighed for at fastholde ansvaret for eget og familiens liv. Asylansøgere skal også bibringes en realistisk opfattelse af deres situation, så de bedst muligt bliver i stand til at tage vare på deres fremtid.

Asylarbejdet m.h.t. forebyggende arbejde med børn er veltilrettelagt i.f.t. lov om sundhedspleje, standarder og retningslinier. Vi er i alt 7 sundhedsplejersker i asylafdelingen til at forvalte sundhedsplejerskens opgaver. Vi har en solid uddannelse bag os, videreuddannelse og diverse asylrelaterede kurser i stadig opkvalificering bredest muligt til at være rustede til de meget komplekse problematikker vi møder i det daglige arbejde. Sundhedsplejerskerne er ansat på de 6 centre som drives af Dansk Røde Kors.

Der er faglig supervision med en psykolog, som er bekendt med feltet – hvilket er et must i dette arbejde og for bl.a. at undgå sekundær traumatisering.

Børn i DRK har et bedre tilbud end danske børn, da de alle betragtes som behovsbørn, der er flere besøg til den enkelte familie og det tværfaglige samarbejde foregår på centrene i de psykosociale teams, mellem psykologer, børnehavepædagoger, skolelærere, socialkoordinatorer, sygeplejerske og sundhedsplejerske, et arbejde som sikrer en tidlig indsats.

Det forebyggende arbejde foregår også i grupper typisk de nybagte mødre og babyer, ikke mindst for at bryde isolationen og skabe mulighed for netværksdannelse. Personlig kontakt forud for eks. mødregrupper eller andre fællesmøder øger fremmødet. Det er ikke alle, som har familie i landet og de kan få gavn af nye netværk siden hen.

Som asylsøgerbarn kommer du enten med din familie, alene eller sammen med andre, som ikke er dine forældre. Men uanset hvordan så tilser sundhedsplejersken børnene fra 0-18 år, minimum én gang årligt ud over det første års 7 standardiserede besøg. Lægerne ser børnene årligt til skolealderen som minimum – kommunelægen laver indskolings-



og udskolingsundersøgelser. En gravid tilbydes graviditetsbesøg omkring 7. graviditetsmåned og efter behov. Der samarbejdes med jordmoderen, som kommer regelmæssigt i modtagecentret. På andre centre henvises den gravide til det lokale jordmodercenter. Familien får en babykasse, til en værdi af godt 3200 kroner, udleveret fra DRK gennem sundhedsplejen. Pakken indeholder nyt babytøj, tæpper, dyner, sengetøj, seler, lift etc. For mange kommende fædre er det første gang at de får tilbuddet om at overvære en fødsel. Nogle synes det er en fantastisk mulighed andre vil helst være fri.

I DRK er moder sikret mod udsendelse af Danmark i 4 uger før og 8 uger efter fødsel af hensyn til mor og barn.

Det første sted er modtagecentret Sandholm eller for de uledsagede børn Center Gribskov.

Alle børn gennemgår en medicinsk modtagelse i form af en standardiseret screening ved sundhedsplejersken så hurtigt efter ankomsten som muligt, hvilket oftest vil sige indenfor den første uge, derefter får alle børn en helbredsundersøgelse fortrinsvist ved vores pædiatriske overlæge. Ved undersøgelsen tilbydes vaccination efter det danske vaccination-program i.f.t. hvad barnet tidligere har fået af vacciner. DRK benytter det gængse vaccinationskort og det medgives forældrene. Vaccinationer er et besværligt emne, idet mange af vores asylbørn har været omrejsende i andre europæi-

ske lande eller er født i andet land. Dokumentation foreligger meget sjældent for ikke alle lande bruger vaccinations kort/helbredskort eller man tager det ikke med videre til næste land, for det skal jo helst ikke opdages at familien har været i andre sikre lande før, alene af den grund at man skal søge asyl i første sikre land!

Som noget særligt tilbyder DRK screening for Hepatitis B til børn mellem 0-6 år, afhængig af svaret fra Serum instituttet vaccineres børnene tre gange.

Alle vores gravide kvinder testes for hepatitis B og HIV.

DRK er særlig opmærksom på vitaminmangel-sygdom og giver alle børnene multivitamin. Ved symptomer fra muskler og led eller hovedpine finder vi ofte D-vitaminmangel hos beboerne og der ordineres en D-vitaminbehandling i stedet. Selv hos

de børn der kommer retur fra "Danmark" har vi set denne mangel. Receptmedicin og vitaminer udleveres fra DRK uden omkostninger for beboerne.

Ved screeningen informeres, undervises og vejledes familien i aldersvarende problematikker som kan være sund kost, naturlige reaktioner på flugten og tab, alt det nye her, opdragelse, forebyggelse af ulykker, forebyggelse af caries, forældre opsyn og omsorg samt i mere specifikke emner som fnat, parasitter og revselse. De måles og vejes. Skolebørnene syns –og høreprøves samt får lavet farvesynsprøve. Til sidst lægges en handleplan for det enkelte barn i.f.t sundhedsbehovet – er der ting, der skal iværksættes straks eller kan det vente til opholdscentret. Børnene har ret til forebyggende tandpleje fra 2 år og indkaldes til børnetandlæger/tandlægeskolen regelmæssigt mindst én gang år-

ligt. Har barnet syns problemer henvises altid til en nærmere udredning hos øjenlæge.

Ved ankomsten beskriver sundhedsplejersken barnet, så vi har "billede af barnet og dets sundhedsprofil". Vi anbefaler legestue og skole svarende til alderen og forsøger at lære forældrene om struktureret og kvalificeret tid med børnene, tilbagevendende ritualer, organiseret leg /samvær og forældresamarbejde vil være en del af en god mestring af dagligdagen i den lange ventetid de nu skal i gang med. STROF kaldes den model, der arbejdes efter.

Udlændingesservice har udarbejdet retningslinier for behandling, der kan imødekommes eller søges kaution til, principielt dækkes kun udgifter til akut og infektionsbekæmpende behandling. Eller sagt på en anden måde nødvendig og uopsættelig behandling. Kaution må søges til ikke akut behandling, større tandarbejder hos voksne der overstiger over 3000 kroner og ex. psykologbehandling ud over tre første konsultationer Børn får stort set altid kaution til det der søges om.

At sundhedsydelse er underlagt visse restriktioner giver sundhedspersonalet en kontrolfunktion og medfører en del administration. Uoverensstemmelser mellem forventninger og muligheder kan kræve en del forklaringer og yderligere tid med tolkning. Ligesom retfærdighedsprincippet er meget i spil.

Psykoedukation er en del af asylafdelingens muligheder det er en metode hvor man bruger en sundhedspædagogisk model til at barnet får bearbejdet tanker, følelser og traumatiserende oplevelser. Hovedformålet er at øge den enkeltes eller familiens mestringsevne og dannelse af netværk. Psykoedukation er brugt til alle aldersgrupper.

Psykoedukationen foregår tværfagligt med psykologen, sundhedsplejerske og pædagog personer der kender barnet/den unge godt. Psykoedukation kan foregå i grupper af børn så de kan hjælpe hinanden til at få sat ord på det som er svært og meget generelt.

Psykoedukation kan med fordel bruges med hele

familien, da barnets problemer er tæt forbundet med familiens vanskelige situation.

Du bestemmer – en anderledes sundhedsvejledning, Appreciative inquiries der er anerkendende tilgang i kommunikationen og inspiration fra "Livets elv" som er en måde at fortælle familiens historie på som både kombinerer voksne og børneudtryk. Det er godt at have en narrativ tilgang til problemstillinger, at udvide fortællinger om børnene, så de ser, de er andet end flygtningebørn.

Børnelinialen, giver os mulighed for at udvikle et fælles sprog på det psykosociale team, når vi snakker om børnene fra de forskellige fora og faglige vinkler, vi hver især arbejder i.

Sundhedsafdelingen arbejder med elektronisk patientjournal, så det er enkelt at følge op på handleplanen på næste center. Alle besøg er lagt ind som fraser og standardiserede skemaer i EPJ. Skal familien bruge en kopi af journalen til brug for asylsagen udleveres den og en fordel er så at den let læselig. Ved overgivelse til kommune, medgives journalnotater til sundhedsplejersken og den praktiserende læge.

Der arbejdes med tolke som er professionelle enten på telefonen hvis konfrontationen er på sundhedsplejerskens kontor eller fysisk ved hjemmebesøg. Telefontolkning er en billigere løsning og giver den fleksibilitet at der kan bruges erfarne tolke fra hele landet, for især de mindre sproggrupper kan være svære at skaffe alle steder. Vi har en klar holdning til at børn ikke bruges som tolke!

For år tilbage blev modtagecentret også udrejsecenter for afviste asylansøgere – altså asylansøgere som ikke har en asylgrund og har fået afslag på asylsagen. Vi huser tillige de der nægter at udrejse og ikke ønsker at samarbejde med myndighederne omkring tilvejebringelse af rejsedokumenter til brug for udrejsen. Det betyder nu at rigtig mange familier har boet på et eller flere asylcentre i rigtig lang tid. Det siger sig selv at når en familie begynder at kæmpe for at opnå en tilladelse til at blive så sættes alle sejl ind på at få et grundlag for en humanitær opholdstilladelse.



Efter år i asylfase opstår "Kaserne-syndromet" eller institutionaliseringen som fører til at man præsterer visse lidelser eller får mangfoldige symptomer, hvorfor der så naturligt bliver et stort pres på sundhedsklinikerne. Beboerne kan have helt urealistiske forventninger til "den vestlige medicin" og er overbeviste om at en ny læge eller psykiater helt sikkert kan yde det de ønsker. Hvis ikke den første kan hjælpe, så kan den næste, mange kulturer er vant til denne måde at få en second eller third-opinion.

Værdigheds tab kan være et dominerende problem i denne fase, især har vi oplevet mødre som føler sig så syge at de fralægger sig ansvaret for omsorgen i.f.t deres børn, som så over tid resulterer i dårlig trivsel, forsinket udvikling samt psykosomatiske eller psykiske lidelser hos alle familiemedlemmerne. Det stiller forståeligt nok en del krav til sundhedspersonalet og samarbejdspartnerne.

Når man arbejder i et center, er flygtningefamilierne hele tiden lige ved siden af en. Det gør det nemt at følge op på forskellige tiltag som familien skal gøre, men der er også en risiko for at institutionalisere familierne. At sundhedsplejersken bevæger sig rundt i centret uden at skulle i kontakt med alle familierne, men alligevel er åben og venlig imødekommende – det er en hårfin balance.

Det er et meget underligt felt at være i som sundhedsplejerske, vi er vant til at forældre vil deres børns bedste og hvor det normalt er vigtigt for forældre at vise ressourcer og for sundhedsplejersken at bygge videre på disse ressourcer, så er det lige modsat i asyларbejdet. Jo mere der sættes i værk og underrettes til kommunen jo bedre får forældrene vist os, at de slet ikke kan udvises, når de ikke kan passe deres børn!

Hvilket selvfølgelig kan føre til at børnene må anbringes på diverse børnehjem for at få den omsorg som familien ikke længere formår at give. Det siger sig selv at det er problematisk for børnene der nu bliver mere og mere "danske". De glemmer hurtigt deres eget sprog og familien får svært ved at tale sammen under besøg.

Undersøgelser har vist at en tredjedel af børnene er psykisk lidende – har et eller flere psykiske symptomer, men det er ganske få som har en psykiatrisk diagnose, heldigvis kan man så sige at 2/3 delen af børnene har det som andre børn i Danmark.

Desværre er det blevet sådan myndighederne giver fysisk /psykisk lidende forældre flere humanitære men tidsbegrænsede opholdstilladelser hvilket gør det nødvendigt for familien at opretholde sygelige tilstande i mange år for at blive i landet. En bjørnetjeneste må man sige!



Dansk Røde Kors

TEMA: Sundhed og andre kulturer

Af **Vivian Lauridsen**, koordinerende sundhedsplejerske

Flygningefamilierne flyttes efter modtagefasen til andre centre

Kvindecentret

Kvinder og kvinder med børn, sønner skal være under 15 år, kan få ophold på kvindecentret, mens asylsagen behandles. Her er sundhedsplejerske, sygeplejerske og læge tilknyttet. Der foregår foruden det standardiserede sundhedsarbejde en del sundhedsformidling, mødregruppe, afspænding og motion. Børnene går i daginstitution og i skole enten på centerskolen eller i kommuneskole, når danskundskaberne efter lidt tid rækker til det. Det tværfaglige arbejde er standardiseret i DRK og her blot med nye aktører. Centret ligger i København. Behageligt for alt kan nås til fods og er bekvemt for beboerne.

En del af de unge kvinder på centret har herboende kærester – ægtefæller i deres kulturforståelse og når der kommer en nyfødt til, så er det ifølge reglerne den herboende med statsborgerskab eller permanent opholdstilladelse, der har forsørgelsespligten. Hvilket betyder at sundhedsplejersken i barnets opholdskommune skal tilse familien. Barnet skal til helbredsundersøgelser og vaccination hos familielægen jævnfør standard for danske børn.

Det er noget kompliceret fordi papirerne omkring faderskab, omsorgserklæring, barnets CPR nummer, familiesammenføring og meget andet skal gå op i en højere enhed hos forskellige myndigheder og ting tager tid!

Sundhedsplejersken i Dansk Røde Kors laver i samarbejde med forældrene fødselsanmeldelsen, fødsels- og navneerklæringen samt omsorgserklæringen til Kirkekontoret knyttet til fødestedet. Barnets mor bliver privat indkvarteret men er stadig knyttet til Dansk Røde Kors sundhedsafdeling på centret.

Center Kongelunden

Asylansøgere kan have behov for mere hjælp/ støtte i dagligdagen. Asylansøgere bliver visiteret til omsorgscenter Kongelunden på Amager – efter behov, centret har flere funktioner idet de også varetager relationer hvor børn ledsages af andre end deres forældre. Her vurderes om omsorgsevnen hos ledsageren er tilstrækkelig inden plejetilladelse gives. Desuden er Kongelunden et almindeligt omsorgscenter.

Omsorgsafdelingen er beliggende på Center Kongelunden på Amager og er beregnet til asylansøgere med særlige behov. Der er både enlige og familier. Centret betjenes sundhedsmæssigt med lægeklínik, sygeplejersker og sundhedsplejerske. Tandlæge og jordemoder foregår udenfor centret.

Børnene går i skole på Asylskolen i Lyngby eller på lokale kommuneskoler. Den enkelte asylansøger har en kontakt netværker, sygeplejerske og børn selvfølgelig en sundhedsplejerske.

Der er døgnbemanding med netværksmedarbejdere også i week enden. Generelt er der en højere normering på dette center af øvrige medarbejdere på netværkskontor, i børnehave, klub og vuggestue.

Alle børn der ankommer til centret tilses af centerpsykologen, som orienterer og indstiller til de psykosociale team. Det psykosociale team er faggrupperne bredt repræsenteret og ledes af socialkoordinatoren. Alle familier kommer på mindst hver 3. mdr. Når børn er på dagsordenen er sundhedsplejersken altid tilstede.

Hver sjette uge er der møde med socialforvaltningen i Dragør kommune og sundhedsplejersken er fast medlem – her drøftes bekymringsfamilier, familier der er lavet underretning på, samt løbende sager. Der kan trækkes på kommunens PPR.



Kriterier

Man skal henvises til omsorgscentret fra andre asylcentre gennem visitations udvalget, som mødes når der forligger en indstilling. Udvalget består af: Udlændingeservice Psykiatriske konsulent, Udlændingefuldmægtig, omsorgscenterets leder, Regions Sjællands sundhedsleder og asylafdelingen leder for sundhed som er psykiatrisk overlæge.

De visiterede asylansøgere skal have særlige problemer og behov så som:

- Manglende forældreven
- Omsorgsvigtede børn
- Udviklingsproblemer
- Indlæringsproblemer
- Børn med psykiske problemer
- En af forældrene have psykisk problemer

Ansvarsområde:

Sundhedsplejersken er ansvarlig for den sygdomsforbyggende og sundhedsfremmende indsats over for børn og familier svarende til Sundhedssytrelsens retningslinier der er standarder for asyl sundhedsplejen og der er fælles elektronisk patientjournal. Børn på omsorgsafdelingen defineres som børn med særlige behov.

Center Avnstrup ligger syd for Roskilde, er et opholdscenter som center Jelling i Jylland, men har en lille afdeling for voksne fysisk handicappede, der har brug for særlig indretning og hjælp til personlig hygiejne indkøb og behandling.

Center Jelling/Thyregod er et opholdscenter i Jylland. På opholdscentret har familierne ret gode boligforhold og centret ligger tæt på byen med indkøbsmuligheder og togstation/bus.

Sundhedsplejersken tager kontakt med familierne ca. en måneds tid efter de er ankommet til centret, for at høre hvordan det går, såfremt der ikke har vist sig behov for det inden. Den elektroniske journal gør at sundhedspersonalet på opholdscentret hurtigt kan følge op handleplanen lagt ved ankomsten til DRK.

Sundhedsplejerskens arbejde er tilrettelagt efter samme standard som på de øvrige centre. Ligeså tilrettelæggelsen af de psykosociale teams.

Familierne kommer fra mange forskellige kulturer og sundhedsopfattelser, og arbejdet omkring børn både ligner og er forskellig fra dansk sundhedspleje. Det ligner, fordi de sundheds emner vi snakker sammen om er, er almene for børn og forskellig fordi eks. børnesyn, viden og holdning påvirker, hvordan vi hver især gør. Sundhedsemner kan være basal hygiejne omkring barnet, værdien af tandbørstning, behovet for sukker i maden, faldulykker fra diverse senge/stole, påklædning i vort klima, betydningen af stimulation, savnet af netværk, at blive mor, at være flygtning, at bo i et asylcenter, jalousi mellem søskende, fars rolle, mad, sprog etc.. At vi i Danmark ikke anvender antibiotika, som de kan være vant til fra deres hjemland, kan også virke utrygt for familierne.

Når personalet er bekymret for et barns trivsel tages problemet, med forudgående forældreaccept, med på et tværfagligt psykosocial møde. Børnelinealen, bruges som fælles redskab i det tværfaglige arbejde.

På Centeret er der en fast træffetid hos sundhedsplejersken to eftermiddage om ugen efter skoletid, til "åben dør" funktion. Børnene vi ser har mange ressourcer, men er selvfølgelig også præget af lange opholdstid. Umiddelbart virker børnene glade, imødekomme åbne og nysgerrige. De har stor tiltro til at få hjælp og støtte i af DRK-personale.

Til centrene er også tilknyttet såkaldte annekser, det er lejligheder/huse, hvor familien bor blandt danskere. Disse er beliggende rundt omkring i Jylland og på Fyn.

De bebos af børn, der enten bor hos egen familie eller hos nær familie. Det er udlændingeservice, som godkender og bestemmer hvem, der må bo i annekser. Der er tale om familier, der skal kunne klare en hverdag uden hyppig kontakt med et Røde Kors centret. At bo i anneksebolig fungerer ikke uden at samarbejde med sundhedsplejersker og andre sundhedsfaglige medarbejdere i kommu- >>>

nerne. Sundhedsplejersken fra Røde Kors kommer hos familier i en radius af 100 km fra centret. Andre familier inviteres til centret. I 2007 deltog sundhedsplejersken sammen med personale fra centret for de uledsagede børn i en lejr tur på 3 dage og lavede bl.a. sundhedspleje til gruppen af deltagende børn/unge.

Når beboerne rejser fra centeret har sundhedsplejersken en afsluttende samtale med familien bl.a. om det danske sundhedsvæsen med specifik fokus på sundhed og børn, og "dit barn bor i Danmark" (udleveres på modersmålet), om det at flytte fra center og ud i det danske samfund.

Center Gribskov er centret for uledsagede børn. Centeret er skønt beliggende i Gribskov ved Mårup. Skolebørn køres med bus til og fra Dansk

Røde Kors skole i Lynge og de 17 årige har uddannelsesstilbud på H.C. Ørstedvej, Frederiksberg.

Centeret består af en hovedbygning med reception, administration og Modtageskole. Der er et Modtagehus og et Børne-/ungehus opdelt med 15- 17 årige drenge og piger i den ene fløj og piger og drenge i alderen 7 – 15 i den anden fløj. Kapaciteten er 40 pladser til uledsagede børn og unge, der søger asyl.

Center Gribskov har sundhedsklinik og aktivitetslokaler samt kontorfaciliteter. På nuværende tidspunkt er på Center Gribskov 50 børn og unge. 33 af disse er 16- ca. 22 år. Det yngste barn er 7 år.

Hovedparten af beboerne stammer fra Afghanistan (17), Irak (14), Sri Lanka (4). 44 af de 50 beboere er drenge/unge mænd, 6 beboere er piger/unge kvinder.

Sundhedsplejerskens opgaver

Sundhedsplejersken primære opgaver i centeret er pt:

- Medicinsk screening ved ankomst, sundhedsundervisning,
- Undervisning og opfølgning i livsstil, sundhedsformidling om menneskets almindelige funktioner, forebyggelse af sygdomme.
- Støtte og undervisning i menneskets psykiske tilstand, mestring af belastninger, omsorg for sig selv
- Tydelig og klar rollemodel som voksen
- Standardbesøg efter gældende "Kommunale Sundhedsordninger, børn"
- Akut klinikfunktion
- Tværfagligt, psykosocialt arbejde
- Psykoedukation i grupper
- Samarbejde og koordinering med andre offentlige instanser, f. eks fremtidig opholdskommune.

Arbejdet er utroligt spændende, varieret og dagligt udfordrende både fagligt og personligt. Opgaveløsning er ofte meget individuel og kreativ. Der er et stort flow af beboere på centret, da mange rejser videre til andre lande, f.eks. Norge eller Sverige.

Samtidig er der beboere, der har boet på centret i 2 år og stadig afventer svar på asylansøgning. Disse beboere har ofte psykiske problemer grundet uvisheden.

De unge er oftest fysisk ok, men har tit oplevet svære tab og levet uregelmæssigt/ usundt før ankomsten til centret. Deres viden om kroppens funktioner, sund levevis, psykiske reaktioner er tit lille. Samtidig har de unge meget forskellige skoleforudsætninger, hvilket udfordrer sundhedsplejersken dagligt i hendes tilgang til formidling/undervisning.

Det særlige ved sundhedsplejerskearbejdet her i centret er, at vi ikke har nogen forældre at samarbejde med omkring barnet/den unge.

Vi har samarbejde med slægtninge til de privat



indkvarterede, som bor hos bekendte eller familie, mens deres asylsag behandles i Udlændingeservice.

Da børnene og de unge kommer uledsaget er der stort behov for opbakning og støtte, samt bevidsthed om vores funktion som voksen, tydelig rollemodel.

Den umiddelbart største udfordring er, at mange af de unge mennesker ud fra vores faglige skøn reelt er mellem 17-22 år gamle, mens centret er opbygget / gearet til at være et rent børnecenter. Mange af de unge er tidligere gadebørn eller utilpassede unge mennesker. Ovenstående giver store faglige, personlige udfordringer og tit etiske dilemmaer i praksis. Samtidig får sundhedsplejersken indblik i mange forskellige måder at leve på og ens egen rummelighed vokser, så hun evner altid at møde en ny beboer/asylsøger fordringsløs og med undersøgende nysgerrighed.

Samarbejde med hinanden

Der er fast samarbejds møder i sundhedsplejegruppen i DRK. Ligesom der er mulighed for at kontakte hinanden efter behov pr. telefon eller intranet.

De mange udfordringer vi møder i vores arbejde gør, at når vi ansætter, kun efterspørger erfarne sundhedsplejersker med en robusthed noget ud over sædvanlig. Det er nødvendigt at have en "rygsæk fuld af værktøj", da det kræver stor faglighed at stå fast på den professionelle platform. Det er også godt at kunne de store sprog da der ikke er tolke til rådighed hele tiden.

Rigtig mange beboere er kommet hertil på en anden identitet, en del kommer uden deres børn, som så er i mere eller mindre sikre hænder i hjemlandet og andre er samlet op inden de nåede bestemmelsesstedet et andet sted i verden. Rigtig mange asylansøgere står i gæld til menneskesmuglere resten af livet og endnu andre er handlet hertil i prostitution. Så der er mange skæbner på centrene.

Det er ikke "synd" for vores beboere – de er men-

nesker, som er lige så forskelligartede som os andre og som os, gerne vil behandles respektfuldt – og så er det mennesker med mange ressourcer trods alt.

Vi oplever at arbejdet i DRK giver os udfordringer på alle planer, det sundhedsfaglige, etiske, moralske, nysgerrige, kulturelle, og ikke mindst på det personlige plan.

Sundhedsplejerskerne i Dansk Røde Kors:

Sus Oddershede, Jytte Jensen, Silole Grønlykke, Margrethe Frostholt, Elsebeth Kastberg, Grethe Nilsson og Vivian Lauridsen.

Kontakt rettes til:

Vivian Lauridsen
Koordinerende sundhedsplejerske
35279985/51355340

Sundhedspleje fremmer integration

Sundhedsplejersker har meget at byde på i dialogen med etniske forældre om børn og børneopdragelse i Danmark. De bidrager til integrationen ved bl.a. at sørge for, at etniske forældre kender den danske holdning til børneopdragelse. Men indsatsen kræver ressourcer.

Første gang, sundhedsplejersken møder den etniske minoritetsfamilie, må hun gøre meget ud af at fortælle om muligheder og begrænsninger i sit arbejdsfelt, så familierne får et klart billede af, hvordan vi kan samarbejde. Sundhedsplejersken må gøre det klart, at vi er ansat i kommunalt regi og samarbejder med f.eks. socialrådgivere. Det er vigtigt for at opnå tillid i familien, at vi fortæller om tavshedspligt og journalpligt, og at vi ikke går videre med oplysninger, medmindre forældrene er orienteret. Når rollerne er klart definerede, er det lettere for familien at bruge os og få os placeret i det kommunale system. Vi oplever ofte at blive bedt om hjælp til opgaver, der ligger ud over vores faglige område: indskrivning til daginstitutioner, oversættelse af breve, kontakt til boligforeninger, viceværter o.lign. Det skyldes både en usikkerhed om vores funktion, men også at sundhedsplejersken er den eneste dansker, der måske kommer i hjemmet. Denne position giver os en enestående mulighed for at komme tæt på familien og få et billede af familiens ressourcer, problemer og kulturelle værdier.

Det er af afgørende betydning, at vi møder forældrene i en respektfuld dialog. Vi må lytte til forældrenes fortællinger om dagliglivet for derigennem at høre, hvordan de ser på situationen. Vi må tage os tid. Det drejer sig ikke blot om at formidle viden, men om at gøre viden og færdigheder efterspurgt.

Vi må erkende og gribe fat i de kompetencer, forældrene har fra deres kultur.

Afstand og misforståelser

I dialogen får vi et indgående kendskab til andre måder at være forældre på, som beriger vores syn på børn. F.eks. ser vi, at de unge etniske minoritetskvinder umiddelbart har nemmere ved at rumme at få børn. De gør sig ikke så mange overvejelser, om de ønsker at få et barn, og om det nu måtte passe ind i deres studium, karriere og liv i øvrigt som de danske unge kvinder. Et fænomen som kolik optræder ikke så hyppigt som blandt danske småbørn. Formentlig fordi de udenlandske mødre ikke stiller så mange krav til sig selv om at måtte klare alt muligt andet ved siden af at være mor. De bliver derfor ikke så stressede, hvis det lille barn er uroligt.

Traditionelt opfatter fædrene omsorgen for små børn som kvindens domæne og prioriterer derfor sjældent at være til stede, når vi kommer. Vi skal gøre mere ud af at inddrage fædre i vores besøg for at aktivere den ressource, de besidder i forhold til deres små børn.

Børn i tomrum

Vi kan fortælle om børneopdragelse i Danmark, og om, hvordan vi opfatter børns kompetencer, udvikling og selvstændighed, individualitet kontra kol-

lektivisme, legens betydning, stimulering af de små børn samt holdning til afstraffelse. Hvis ikke etniske minoritetsforældre kender til den danske baggrund for at opdrage børn hjemme, i institutioner og skoler, vil der typisk opstå misforståelser og afstandtagen. Dette vil efterlade børnene i et tomrum, hvor der ikke er sammenhæng mellem de forventninger, normer og regler, de oplever hjemme, og dem, de støder på i det omgivende samfund.

De to punkter, hvor dansk opfattelse af barnets rettigheder for alvor støder sammen med henholdsvis muslimsk og somalisk tradition, er omskæring og fysisk afstraffelse. Lovgivningen i Danmark er klar: Begge dele er forbudt og strafbart at udføre. Sådanne forbud kan blot ikke stå alene. "Hvordan skal jeg så opdrage mit barn, når jeg ikke må slå?" er et spørgsmål, vi ofte møder. Det er nødvendigt at diskutere disse problemstillinger med forældrene, så de har mulighed for at tilegne sig nye metoder til at magte opdragelsen på.

Lykkes dialogen, kan den være medvirkende til, at forældrene er bedre rustet til at støtte deres børn i at udvikle sig optimalt og blive integreret i det multikulturelle danske samfund. Forpasses denne mulighed, kan det påvirke børnenes sundhed: fysisk, psykisk og socialt. På sigt kan det betyde en forskel i antallet af marginaliserede og dårligt integrerede etniske minoriteter.

Interkulturel kompetence

I dialogen med etniske minoritetsfamilier er det nødvendigt, at sundhedsplejersker besidder interkulturel kompetence. Hermed mener vi, at familiens kulturelle baggrund tænkes med i arbejdet, samt at familien bliver præsenteret for dansk kultur og normer og ud fra dette får mulighed for at træffe fremadrettede valg. Denne tankegang er afgørende altid at have med i arbejdet – uanset hvilket emne, der berøres. Tales der f.eks. om kost, er det relevant, at sundhedsplejersken spørger om moderens forhåndsviden fra hjemlandet: Hvilken mad ville man der vælge at give barnet? Er det noget, der kan fås i Danmark? Sundhedsplejersken informerer

om kost til barnet ud fra danske traditioner, normer og viden om ernæring. Målet er, at moderen bliver bevidst om, at der kan træffes forskellige valg. Moderen kan vælge en arabisk eller dansk løsning eller måske en kombination.

Som sundhedsplejersker oplever vi mange måder at være familie på, og det gælder selvfølgelig også for etniske minoriteter. Sundhedsplejersken skal være opmærksom på ikke at se sig blind på den kulturelle dimension, men være klar over, at etniske minoriteter kommer med vidt forskellig baggrund og også bor i vidt forskellige lokalmiljøer i Danmark, som modtager flygtninge og indvandrere på forskellig måde og med de forskellige ressourcer, der måtte være i miljøet. Der er en verden til forskel på at møde danske normer og værdier som bosnier på Fanø i forhold til de danske normer og værdier, som bosniere støder på i Vollsmose. Sundhedsplejersken og familien skal således befinde sig i et interkulturelt rum, der skabes af oprindelsesland, modtagerland og det lokale miljø.

Sundhedsplejersken som rollemodel

Når vi indgår i samtalen med forældrene, kommer vi i nogle familier til at fungere som rollemodel for, hvordan en problematik kan diskuteres på vej mod nye løsninger. Måske er der i familien ikke præcedens for diskussion mellem ægtefællerne om, hvordan børneopdragelsen gribes an.

Da den sproglige barriere ofte er stor, har vi brug for nogle nonverbale redskaber til at styrke relationen mellem barn og forældre. Det kan f.eks. dreje sig om at demonstrere vigtigheden af øjenkontakt, lave spædbarnsmassage, vise, hvordan barnets sanser kan stimuleres, sammen lave spædbarneskost osv. Marte Meo (1) er en metode, som netop kan bruges, hvor det kan være svært at verbalisere begreber.

I dialogen med forældrene må vi også tage børnenes muligheder for fritidsaktiviteter op. Ofte ved etniske minoritetsforældre ikke, hvilke muligheder der er i lokalmiljøet for at gå til sport, blive spejder, gå på biblioteket eller til andre fritidstilbud. Eller de

ved ikke, hvad det indebærer, at børnene deltager i koloni eller går til børnefødselsdage. Usikkerhed bevirker måske, at de ikke tør sende børnene af sted. Her kan en snak om forældrenes usikkerhed og barnets udviklingsmuligheder måske åbne for, at forældrene får mod på at give deres barn nye udfordringer.

Kulturelt puslespil

Vi har erfaring for, at etniske minoritetskvinder har megen glæde af gruppeaktiviteter, hvor de både kan mødes med hinanden og med sundhedsplejerskerne som både fagpersoner, kvinder og danskere. Grunden til, at vi i første omgang ikke prøver at integrere kvinderne i danske mødregupper, er primært den sproglige barriere, men også at vi mener, at kvinderne har brug for en mellemstation, hvor de kan overveje og debattere deres position mellem to kulturer. Efterhånden brydes den sproglige barriere, og de etniske minoritetskvinder får mulighed for at deltage i danske mødregupper.

Nogle kvinder, som er kommet til landet uden netværk som meget unge, har næsten ingen forhåndsviden om, hvordan børn traditionelt blev opdraget i hjemlandet, eller deres viden er måske baseret på myter. I gruppesammenhæng får de mulighed for at bygge et nyt netværk op og få samlet de brikker, der mangler i deres kulturelle puslespil. Der sker ofte det i grupperne, at der skabes grobund for forandring. Nogle kvinder er længere fremme i integrationsprocessen og kan med sundhedsplejersken som katalysator give de nytilkomne og mere isolerede kvinder et positivt skub.

Tegneterapi til børn

Ud over sådanne gruppeforløb kan der også være behov for særlige grupper for krigsramte og traumatiserede børn, f.eks. samtalegrupper eller tegneterapigrupper. Vi oplever, at mange forældre ikke magter at tage hånd om barnets angst og sorg over at forlade legeskamre, familie og fædreland, forvirring over at ankomme til et fremmedartet land, fordi de selv har mange svære ting at bearbejde i

kølvandet på forfølgelse, krig og flugt. Børnene har brug for at bearbejde disse følelser og har ikke tid til at vente på, at forældrene får overskud til at støtte dem i denne svære situation. Her kan samtalegrupper eller tegnegrupper for børn måske være et frirum for barnet, hvor det kan tale eller tegne med andre børn i samme situation under kyndig ledelse af en fagperson. Forældrene skal inddrages i sådanne forløb, og mange gange kan gruppearbejdet være en forløber for, at forældrene får mere indsigt i barnets situation.

Nøglepersoner og fagfolk

I indvandrerkrædse er der forskellige eksisterende netværk, som f.eks. kvindeklubber i boligområder, kvindeforeninger, bestyrelse for moskéen eller muslimsk skole. Her kan sundhedsplejersken trække på nøglepersoner, som kan rådgive om, hvordan vi kan få fat på folk, få spredt information eller få vejledning om konkrete problemer på et generelt plan. På den måde inddrager vi det lokale indvandermiljø som en del af vores arbejdsfelt og som en ressource. I højere grad må vi gøre brug af de ressourcer, der findes i det lokale indvandermiljø.

I de indvandrerfamilier, hvor børnene har særlige behov, er det relevant, om vi involverer andre fagpersoner, som f.eks. socialrådgivere, psykologer, familierådgivere/hjemmevejledere, pædagoger, lærere og terapeuter. Dette samarbejde bør foregå i tværfaglige grupper, hvor indsatsen bindes sammen. Afgørende er det, at de faste medlemmer i



gruppen, f.eks. psykolog og sundhedsplejerske, besidder interkulturel kompetence. Møderne bør afholdes jævnligt, og ved hvert møde bør der laves en kreativ handleplan med en deadline, som en af fagpersonerne er ansvarlig for. Vi ønsker at opløse rigide faggrænser i et samarbejde, så de enkeltes ressourcer udnyttes optimalt. Når vi kommer som konsulenter i daginstitutionerne, bliver vi ofte brugt som sparringspartnere i forhold til etniske minoritetsbørn med specifikke problemer. Ofte er det os, der har motiveret forældrene til at sende barnet i institution og har forberedt dem på, hvad det indebærer. I forhold til pædagogerne er sundhedsplejerskens styrke, at vi kender barnets hjemmemiljø og også er i stand til – i samarbejde med forældrene – at videreformidle en viden om barnet, som forældrene ikke kan pga. sproglige og forståelsesmæssige problemer. Sundhedsplejerskens essentielle redskab i arbejdet er dialogen, og derfor er adgang til god tolkning en nødvendighed. Dette forudsætter, at der er veluddannede og dygtige tolke til rådighed.

Relevant uddannelse

Der er mange faktorer, som bevirker, at sundhedsplejerskearbejdet med indvandrere kræver ekstra ressourcer. Dialogen om normer og traditioner i henholdsvis oprindelseslandet og Danmark og bevidstgørelsen om nye valgmuligheder vil tage tid. Ændring af adfærd og rutiner kræver en hyppig opfølgning, og skal dette lykkes, må sundhedsplejersken aflægge flere besøg. Hertil kommer, at tolkning indebærer, at samtalen tager dobbelt så lang tid, fordi alting skal siges på to sprog. Bestilling af en velegnet tolk tager også tid.

For at opnå interkulturel kompetence skal sundhedsplejersken have mulighed for at deltage i relevante kurser og studier. Det kan også være en god idé, om en mere erfaren sundhedsplejerske er makker med den, for hvem indvandrerområdet er nyt. Samarbejdet kan foregå både på det praktiske plan i besøgsarbejdet og som faglig vejledning. Det kræver også tid og ressourcer.

Gruppeforløb med indvandrere kræver mere for-

arbejde end med danskere. Det kan dreje sig om en længere motivationsfase. Det kan også være nødvendigt at motivere ægtefællen til at give sin tilladelse. Grupperne bliver ikke selvkørende efter et par ganges forløb, hvilket ofte er tilfældet med danske grupper.

Her skal sundhedsplejersken være tovholder i hele forløbet. Ofte vil vores forberedelse til det enkelte møde være mere tidskrævende. Der skal måske udarbejdes særligt materiale. Det kan tage ekstra tid at finde et velegnet lokale. Lokalet skal ligge i nærmiljøet, og det er vigtigt, at kvinderne kan være sikre på, at udefrakommende mænd ikke dukker op.

Arbejdet i indvandrerfamilier kræver ekstra ressourcer for at lykkes, hvilket der bør tages højde for i udregning af normering i sundhedsplejen. Hvis samfundet vil det sundhedsfremmende arbejde, også i forhold til etniske minoriteter, skal disse ressourcer afsættes.

Sundhedsplejen har med de rette ressourcer en unik mulighed for at lave et vigtigt stykke sundhedsfremmende arbejde i de etniske minoritetsfamilier. -

Lisbet Hansen er sundhedsplejerske i Esbjerg Kommune. Rie Hedegaard er sundhedsplejerske i Odense Kommune. Begge har afsluttet Indvandrerstudier på Mellemøststudiet, Syddansk Universitet i Odense.

Sundhedsplejersker oplever ofte at blive bedt om hjælp til opgaver, der ligger ud over deres faglige område: indskrivning til daginstitutioner, oversættelse af breve, kontakt til boligforeninger, viceværter o.lign.

”Hvordan skal jeg så opdrage mit barn, når jeg ikke må slå?” er et spørgsmål, vi ofte møder. Dialog med forældrene er vigtig, hvis de skal tilegne sig nye metoder til at magte opdragelsen på.

Litteratur

1. Bakke L. Video hjælper svage familier. *Sygeplejersken* 2001; (2):28-34.

Artiklen har tidligere været bragt i sygeplejersken nr. 24/2002



Find viden om sundheds- og sygepleje til familier af anden etnisk kulturbaggrund

www.Traume.dk – en hjemmeside, hvis formål er at formidle viden om følgerne af tortur- og krigstraumer til fagfolk, deriblandt sundhedsplejersker.

Teksterne på hjemmesiden beskriver kontakten med børn og voksne, som enten selv bor i eksil i Danmark eller bor sammen med en flygtning, der samtidig har krig, tortur og/eller flugt – som centrale dele af den personlige bagage. Indholdet på siden skal sætte dig i stand til at konstatere konkrete traumerelaterede problemstillinger og skal samtidig anviser forskellige handlemuligheder.

Udover en masse viden, kan du også benytte en hotline bestående af erfarne socialrådgivere, som har mange års erfaring med flygtninge og psykosociale problemstillinger.

Hotline: Ring på Telefon: 3373 5000

På www.traume.dk findes en side, der henvender sig til sundhedsplejersker. Her kan du bl.a. læse om:

- Kontakten med familien
- Håndtering af traumer i sundhedsplejen

- Hvad der kan udløse traumer samt børn med traumer
- Samarbejde på tværs
- Tolkning

Derudover findes litteratur- samt referencegruppe.

Meget af litteraturen på hjemmesiden er udarbejdet af Grethe Hjul Mandrup, sundhedsplejerske, ansvarlig for indvandrermodtagelse i Silkeborg Kommune, free-lance flygtning- og indvandrerkonsulent. Grethe har produceret meget materiale, der omhandler sundhedspleje til familier af anden etnisk herkomst.

Hjemmesiden traume.dk er udarbejdet af og finansieres i samarbejde mellem Dansk Flygtningehjælp (DFH), Rehabiliterings- og forskningscenter for Torturofre i København (RCT), Videnscenter for Transkulturel Psykiatri (VFTP) og Center for Traume og Torturoverlevende i Vejle.

FS31 – Foreningen for tværkulturel sygepleje

Er et fagligt selskab, der arbejder med vidensopsamling og udvikling af sygepleje til etniske minoriteter. Kontakt dem på fs31@dsr-medlem.dk

Brug tolke!

Efter ca. 10 års ophold i flere danske asylcentre, er jeg nu kommet ud i en kommune. Nej, jeg er ikke flygtning, men sundhedsplejerske. Det har næsten givet et kulturchok, men også en stor undren over mange ting, men især brugen eller mangel på brugen af tolke til flygtningefamilierne. Der er dog store forskelle i hvordan disse forhold løses i de forskellige kommuner.

Der kommer færre og færre flygtningefamilier til kommunerne og det giver vanskeligheder med at ansætte tilstrækkeligt med tolke, hvilket i sidste ende fører til, at der ikke bruges tolke i fornødent omfang.

Dette blev bekræftet på landskursus for tværkulturel sygepleje for nylig. Der blev givet eksempler på tvangsfjernelse af børn, hvor der ikke havde været brugt tolke, som det grælleste eksempel. Men der var også flere andre eksempler som gav stof til eftertanke.

Derfor er det vigtigt at tænke og agere på nye måder, hvis vi skal medvirke til at uligheden i sundhedstilbudene ikke øges. Skal vi kunne tale med flygtningefamilierne, er det derfor vigtigt at have tolke til hjælp. Vi kender sikkert alle et eller flere fremmedsprog, men kan måske kun sige: "Goddag, ja, nej, "smile" mange tak og farvel" eller kender et par retter fra menukortet. Det gør os jo ikke egnet til at føre nogen form for samtale. Det samme gør sig gældende hos de flygtningefamilier vi besøger, der ikke behersker vores sprog.

Jeg vil derfor gerne give mine erfaringer videre, velvidende at der er mange der allerede bruger disse metoder og redskaber.

Nogle af de flygtningefamilier der lander i vores kommuner i dag, kommer som kvoteflygtninge, fra eksotiske steder som Indonesien, Congo, Togo, Eritrea m.m. Nogle af disse flygtninge kan ikke tale hovedsproget fra deres det land de kommer fra,

men kun det sprog de er vokset op med. Derfor kan det være umuligt at få en tilstedeværende tolk, og derfor nødvendigt med telefontolkning.

Nu bliver det måske besværligt for mange og der er allerede så store barrierer, at muligheden ikke engang er til stede.

MEN læs nu videre: Konferencetelefonen er opfundet! og bliver allerede brugt mange steder, også indenfor det private erhverv – netop til konferencer hvor andre kan deltage i mødet fra en telefon hvor som helst det skal være.

En konferencetelefon har mulighed for trådløs tilkobling af mobiltelefon via Bluetooth. Den kan desuden tilsluttes til system telefoner. Det er en flexibel enhed der også kan tilsluttes til computere. Rumstørrelse kan være op til 70 kvm. Konferencetelefonen har en krystalklar lyd, der har gjort telefonmødet til et reelt alternativ til det traditionelle møde. Man har telefonen med i besøg i en lille taske, trykker nummeret på tolken, og samtalen kan begynde.

På asylcenter Brovst, hvor jeg har arbejdet, har vi givet familierne, eller den person der nu har behov for det, tasken med til læge, psykiater, psykolog og hvor der ellers har været behov derfor.

Vores samarbejdspartnere, som vi har haft et tæt samarbejde med, har en sådan konferencetelefon eller soundstation, som den også kaldes, til at stå permanent i konsultationen. For nogle er det måske en barriere der skal overvindes, men når dette er sket, er det et fantastisk arbejdsredskab, der sparer mange køretimer, tid og penge på tolkeudgifter.

Det gør det muligt at tale med en familie der f.eks. bor langt udenfor storbyområdet, på deres modersmål, kotokoli.

Tolkene kan bestilles via et tolkebureau. Det sparer tid og besvær med selv at bruge at ringe rundt.

Der behøves så ikke at ansættes tolke i kommunen, hvis det overhovedet er muligt.

Kulturmøde i svømmehallen

Børn af indvandrere og flygtninge vokser op med to kulturer og således også med to forskellige indfaldsvinkler til sundhedsopfattelser og -strategier: forældrenes og samfundets.

De er socialiseret ind i deres etniske minoritetsgruppe, men er i deres sekundære socialisering også blevet en del af den danske kultur. (Andersen og Jensen 2005).

Forskellene i opfattelse af sund levevis mellem generationerne kan give mange konflikter internt i de etniske familier. (Andersen og Jensen 2005).

Projektet "Mor/datter svømning og sundhedsguidning" er et kvalificeret bud på en metode til at mindske dette skel i sundhedsopfattelser og -strategier mellem generationerne i etniske minoritetsfamilier, og til at forbedre sundheden i denne gruppe.

En varm septemberdag startede vi endelig på sundhedsplejerskeuddannelsen i København. Alle rede første dag på skolen præsenterede daværende uddannelseskoordinator Anne Salter os for projektet "Mor/datter svømning og sundhedsguidning" i Farum. Der var brug for to sundhedsplejerskestuderende, der skulle deltage i evalueringen af projektet. Vores interesse var vakt og vi sprang hurtigt til.

Vi erfarede, at sundhedsplejerske Berit Haahr er initiativtager til projektet. Hun har i flere år spørgt be-

rit hvor mange arbejdet for SamKurser. SamKurser er en privat kursusvirksomhed, der er kendt for at have udviklet en særlig kompetence i opkvalificering af flygtninge og indvandre, som ønsker at blive bedre til dansk og at komme ud på arbejdsmarkedet eller i uddannelse.

Berit Haahr har stået for sundhedsundervisningen på kurset og blev her inspireret af deltagerne til at opstarte omtalte projekt. Idéen med projektet var at skabe et åbent kvinderum, som teenagepiger med anden etnisk baggrund end dansk og deres mødre kunne bruge sammen. Rummet skulle bestå af to dele; fysisk aktivitet og sundhedsguidning. Da Berit Haahr er uddannet svømmetræner, var det naturligt at den fysiske del skulle bestå af svømning. Sundhedsguidningen skulle skabe en fælles viden i familien og være sundhedsfremmende i teenagepigernes udvikling.

SamKurser søgte om støtte fra Egmont Fonden og i den forbindelse henvendte de sig til CVU Øresund for en ekstern evaluering. Egmont Fonden satte som betingelsen at evalueringen blev udført med deltagelse af sundhedsplejerskestuderende.

Her er det så at vi kom ind i billedet. Vi evaluerede projektet i samarbejde med to sociologer fra CVU Øresund. Aftalen var, at vi dannede to par



med henholdsvis en sundhedsplejerskestuderende og en sociolog i hver, der på skift skulle udføre deltagerobservation.

Forløbet

Projektet var udformet som et kursus med én ugentlig kursusgang i Farum Svømmehal. Vi startede kl. 19.45, først med ca. en times sundhedsguidning og herefter en times svømning.

Sundhedsguidningen fandt sted i et mødelokale i svømmehallen. Typisk gik det første kvarter med at alle ankom og fik samlet sig ved bordet. Deltagerantallet varierede fra gang til gang. Sædvanligvis var der to-tre mødre med i alt fire til fem døtre. Familierne havde baggrunde i ex. Tyrkiet, Afghanistan, Eksjugoslavien og Kurdistan. Udover mødre og døtrene var der sundhedsplejerske Berit Haahr som kursusleder samt en sociolog og en af os sundhedsplejerskestuderende, som deltagende observatører.

Sundhedsguidning i god atmosfære – et åbent kvinderum

Sundhedsplejersken indledte sundhedsguidningen med, at spørge deltagerne om der var særlige emner de gerne ville tale om. Da dette sjældent var tilfældet havde sundhedsplejersken altid forberedt et emne hjemmefra. Når sundhedsplejersken gik i gang med emnet, kom spørgsmålene fra deltagerne, som så førte til videre dialog. Guidningens form var meget åben, så deltagerne kunne påvirke emnerne i den retning de havde behov for. Emnerne strakte sig fra kvindeliv, over pubertet og seksualitet, til ernæring og sygdomme. Der var en positiv stemning og mødrene var altid veloplagte, åbne og spørgelystne.

Teenagedøtrenes engagement var vekslende alt efter emnet, men generelt var de noget mere tilbageholdende end deres mødre. Af praktiske årsager blev piger og mødre ved flere lejligheder delt op i sundhedsguidningen. Det viste sig at pigerne drog fordel af at dette, da de her talte lidt friere om ellers mere eller mindre tabuiserede emner.

Atmosfæren i sundhedsguidningen var afslappet og der var stor nysgerrighed kvinderne imellem. Vi var alle til stede som kvinder og ikke kun i kraft af vores individuelle roller, så det var vitterligt et åbent kvinderum. Dette kvinderum gav gode muligheder for kulturmødet, som var den røde tråd gennem hele kurset, selvom det som udgangspunkt ikke var det, der var hensigten. Vi som sundhedsplejerskestuderende oplevede, at vi på dette punkt fik lige så meget ud af det som de etniske kvinder. En af mødrene beskrev, adspurgt om hvad hun syntes om kurset, at netop kulturmødet var noget af det bedste.

Svømning

Efter sundhedsguidningen fulgte alle ud i omklædningsrummet. Flere af mødrene og døtrene benyttede sig af de separate, aflukkede omklædningsrum. Sundhedsplejersken og vi som observatører var de første i træningsbassinet. Vi gjorde hallen klar og sikrede, at der ikke var mænd i hallen.

Ved kursets start var der en del af kvinderne og en enkelt af døtrene der ikke kunne svømme, og de resterende var på forskellige niveauer. Da kurset sluttede, kunne alle svømme, nogen havde lært at springe på hovedet, nogen at dykke og andre var ikke længere bange for vandet. Fælles var, at alle deltagere havde gennemgået en stor udvikling.

Svømningen startede med en fælles opvarmning med 10-20-30 og sprøjten med benene. Herefter delte deltagerne sig i bassinet og sundhedsplejersken svømmede rundt og underviste dem individuelt.

Vi var med i vandet og deltog som observatører, hjælpetrænere og deltog i aktiviteterne på lige fod med mødrene og døtrene. Vores eget svømmeniveau blev også uforvaret udviklet. For eksempel måtte en af os være modig og springe på hovedet fra skamlen for at få en af teenagepigerne til at gøre det samme.

Når svømmetimen sluttede, var det til stor ærgrelse for især døtrene, der nød vandet og den gode stemning. Den generelt gode stemning fortsatte i

omklædningsrummet og det kunne tage sin tid inden alle var klar til at tage hjem.

En unik mulighed for integration

Ud over det forventede udbytte, at piger og kvinder lærte at svømme og blev guidet i sundhedsfremme, er det udbytte der står klarest for os, kulturmødet.

Der var flere forskellige etniske kulturer repræsenteret. Den danske kultur var derudover repræsenteret af både sundhedsplejerske og observatører. Denne konstellation med op til 5 forskellige kulturer repræsenteret skabte grobund for en interessant erfaringsudveksling. Der blev talt om de forskellige kulturers traditioner, værdier og holdninger. Alle viste stor interesse og respekt for de øvrige deltageres beretninger. Emnerne spændte vidt fra tandfeen, morgenmadsvaner, opdragelse, og den første forelskelse til almene husråd og personlig hygiejne.

Disse møder gav en unik mulighed for alle deltagere til at få en større forståelse for de andres kulturer. Dette gjaldt i høj grad også for os som observatører. De etniske piger og mødre var meget interesserede i at høre om danske forhold og at udveksle erfaringer om det at være ung og at være forældre i det danske samfund. Bare det at være sammen med danske kvinder, gav de udtryk for var givtigt. Mødet mellem etniske og danske kvinder om det at være kvinder gav et fælles udgangspunkt, og var en spændende og god indfaldsvinkel. Ovenstående kan ses som en unik mulighed for integration. Dette blev dog især muliggjort, da projektet var under evaluering, og der derfor var flere danske kvinder tilstede end den ene planlagte sundhedsplejerske.

Når jeg svømmer kan jeg se min egen krop

Vi oplevede, at deltagerne var meget glade for og betagede at sundhedsplejerske Berit Haahr. Hendes positive energiske udtryksform havde en afsmittende effekt på deltagerne. Det var tydeligt at det var af stor betydning at deltagerne havde tillid til sundhedsplejersken, og at hun engagerede sig i dem som individuelle personer.

Ligesom kulturmødet, var svømningen utrolig vel-

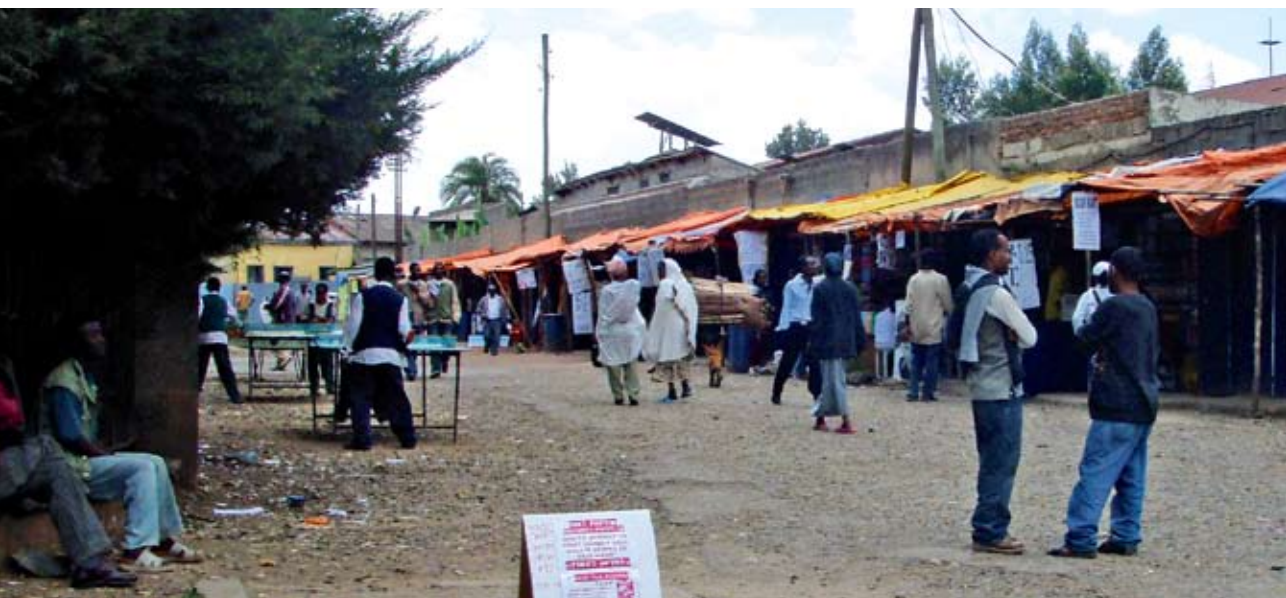
lykket. For projektets muslimske kvinder var det en mulighed for at komme i svømmehallen, hvilket ellers kan være vanskeligt, når man ikke vil vise sig i badetøj, hvis der er mænd til stede. Her var mænd forment adgang i den time pigerne og kvinderne svømmede. Et par gange skete det at en mand alligevel forvildede ind i hallen, hvilket skabte uro hos flere af deltagerne. Flere gav udtryk for at det gjorde dem flove og kede af det. En tyrkisk kvinde beskrev følelsen; "jeg bliver ked af det og genert når de kommer ind".

Kvinderne nød at bruge svømningen som motion. En af dem udtrykte det; "Når jeg svømmer er det bedre end hvis jeg fx løber eller cykler. Når jeg svømmer kan jeg se min egen krop, og også se hvis der er lidt for meget nogen steder (kvinden tog sig på maven)".

Deltagerne kom med forskellige forudsætninger, men fælles var at alle blev bedre til at svømme. Undervisningen tog udgangspunkt i den enkelte deltager. Pigen der var bange for vand, lærte at svømme og at nyde vandet, moderen som var god til brystsvømning lærte at crawl og springe på hovedet fra skamlen. I svømmehallen var det tydeligt, at både piger og mødre nød at se hinanden udfolde sig, og at dele deres oplevelser. Stemningen blandt deltagerne var positiv og let i bassinet. Denne stemning ville være god at tage med i sundhedsguidningen, ved at starte kursusgangene med svømningen. Dette var desværre ikke muligt under projektet, da bassinet først var ledigt kl. 20. Det sene tidspunkt var desuden problematisk, da døtrene skulle op i skole dagen efter, og nogle deltagere kom langvejs fra.

For os som studerende, og nu sundhedsplejersker, har vores deltagelse i dette projekt givet os et indblik i nogle af de kulturer, der præger vores samfund i dag. Vi har udviklet os både fagligt og som kvinder i mødet med disse skønne kvinder og piger.

Både projektet og hele ideen bag var vellykket. Sundhedsplejersker i andre kommuner vil med fordel kunne bruge enten hele projektet som skabelon, eller lade sig inspirere af enkelte dele.



Født som noget særligt

– om at leve med en medfødt ansigts misdannelse

FRA EN VERDEN TIL EN ANDEN VERDEN

En aften i midten af februar 2007 landede en stor Airbus i lufthavnen udenfor Addis Abeba og indflyvningen over byen havde givet et indtryk af en storby, beliggende på en højslette omgivet af bjerge. Undertegnede var for første gang nogensinde i et afrikansk land, og formålet med rejsen var at studere forhold i relation til mennesker med læbeganespalte. Jeg blev hentet i lufthavnen af en norsk pige, der var ansat på det center i byen, som jeg inden afrejsen fra Danmark, havde haft kontakt til. I en af Centrets firehjulstrækkere kørte vi sammen gennem denne afrikanske storby. Det var mørkt og forholdsvis stille i gaderne. Køreturen bød på mange forskellige indtryk og afslørede en ekstrem udtalt socialulighed. Vi kørte forbi adskillige dyre paladser og store herskabelige villaer omgivet af haver, ja nærmest parker, der igen var omgivet af hegn og pigtråd med låste porte, som oftest bevogtet af vagtfolk eller hunde. Her var store og fornemme kontorhuse,

ministerier, ambassader og universitetsbygninger. Side om side med disse lå barakker, skurer, hytter og lignende primitive boliger, nødtørftigt hæftet sammen med det forhåndenværende materiale, plastik, presenninger, bølgepap, blikplader, komøg blandet med hø og andet restmateriale. I disse fattige boliger levede familier med børn, ældre mennesker og deres kreaturer, får, geder og høns. Mange var heldige og havde ly for natten i disse spartanske boliger, hvorimod andre måtte sove på åben gade under en plasticpose, et gammelt tæppe eller hvad de kunne finde. Dette var virkelig kontrasternes by. Overalt i gadebilledet sås børn, gamle og handicappede, der tiggede om mad eller penge. Det virkede umiddelbart meget voldsomt, at komme fra lille velhavende Danmark til denne hovedstad, hvor fattigdommen ikke lod sig skjule. Hverdagslivet og dets lidelser syntes at være noget andet her end i Danmark. Men hvad?



Jeg arbejder til daglig, som specialsundhedsplejerske med familier, der har fået et barn med en Læbekæbegane-spalte (LKG-spalte). Min første kontakt med familien kan være i graviditeten, såfremt der ved en scanning er blevet påvist en spalte. Ellers møder jeg familien lige efter fødslen og har kontakt med dem så længe, der er behov derfor. Min primære opgave i kontakten med familien er råd og vejledning, omkring det at have fået et barn med LKG-spalte.

Over hele verden fødes der dagligt børn med en LKG-spalte, en medfødt misdannelse som rammer to af de vigtigste kommunikationsmidler til omverdenen, talen og udseendet og som samtidig, afhængig af spaltens omfang, kan medføre problemer i forbindelse med indtag af føde. I nogle områder, fortrinsvis i de velstillede lande, har man mulighed for at hjælpe disse børn til et værdigt og næsten normalt liv. I andre dele af verden er behandling svært tilgængelig eller direkte fraværende, hvilket kan bevirke at forældre til et barn med en LKG-spalte stilles overfor store og uovervindelige udfordringer. Dette kan medføre at børnenes trivsel og udvikling påvirkes negativt, således de i værste fald

vil dø i den spæde barnealder på grund af vanskeligheder f.eks. i forbindelse med fødeindtag¹.

Alle forældre har et ønske og et håb om at føde et sundt og velskabt barn, uanset om de er bosiddende i et rigt eller et fattigt land. Når dette ikke sker og barnet viser sig at være født med en misdannelse, som f. eks. en LKG-spalte reagerer forældrene i første omgang typisk med chok, forfærdelse, sorg og ængstelse på begivenheden. Hvordan de senere reagerer, er dels betinget af deres tidligere erfaringer og oplevelser, og dels betinget af kulturelle og sociale aspekter.

Baggrund

I Danmark fødes der ca. 150 børn om året med en LKG-spalte, et forholdsvis lille antal svarende til 2 ud af hver 1000 fødsel. Der er således mange forældre, som ikke tidligere har kendt til fænomenet, idet der ikke i deres familie eller omgangskreds er fortilfælde. Der rejser sig bl.a. spørgsmål omkring barnets evne til at spise, omkring behandlingen og forhold omkring, det at have mistet "drømmebarnet". Børn er ikke bare børn, og den danske ide om drømmebørn, det perfekte barn i den perfekte familie er dominerende. Vi konstruerer, med hjælp fra reklamer og medier børn som nogle perfekte "varer". Vi udstyrer vore hjem med moderigtigt udstyr til børnene og dresser dem i dyrt mærkevaretøj. Børnene bliver på den måde vores sociale visitkort og familiens ansigt udadtil. Blandt andet med dette i erindring må man forstå forældrenes bekymringer og udfordringer. Det opleves som et tab for mange forældre, at de ikke fik det perfekte og velskabte barn, som de havde forestillet sig.

I Danmark har man som bekendt et velfungerende team af plastikkirurger, talepædagoger, tandlæger, ørelæger, sundhedsplejersker, sygeplejersker, og psykologer, der tilbyder råd og vejledning samt behandling til disse børn og forældre.

Dilemmaer i en dansk kontekst

Siden begyndelsen af 2005 har det været normal praksis, at alle gravide tilbydes en risikovurdering, bestående af en blodprøve, en nakkefoldsscanning og en samtale om barnets familiehistorie i 12.-13. svangerskabsuge samt en fosterdiagnostik, der indbefatter en fostervandsprøve, en moderkagebiopsi eller en scanning for misdannelser i 18. svangerskabsuge.

Disse undersøgelser tilbydes af det offentlige sundhedsvæsen i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2004). Ved scanningen i 18. svangerskabsuge kan man også afsløre om et foster har en læbe/ganespalte, og dermed vil nogle vordende forældre blive bekendt med denne viden, længe før fødslen, og i en periode hvor de kan overveje en provokeret abort på medicinsk indikation², eller kan søge uden for landets grænser, hvor abort grænserne er mere fleksible. Flere af mine kollegaer, og jeg selv er blevet kontaktet af vordende forældre, der ønsker råd og vejledning for at kunne agere i denne arena af dilemmaer, usikkerhed og moralske skrupler. Det dilemma, som disse vordende forældre bringes i, er uhyre vanskeligt at håndtere talentfuldt.

Det Ethiske Råd har behandlet problematikken omkring Fosterdiagnostik og risikovurdering, og 30. maj 2003 skriver Rådet bl.a. i sit høringssvar til Sundhedsstyrelsen, at implementeringen forudsætter en bred debat af formålet med det prænatale³ tilbud, og at det rejser en del spørgsmål om information og risiko for den gravide og endelig, at det indebærer en alvorlig risiko for generel sygeliggørelse af graviditeten (Sundhedsstyrelsen 2007). Der er således brug for, at flere af disse problematikker diskuteres i det professionelle og politiske rum. For at blive klogere på nogle af disse aspekter i debatten, må vi søge viden bredt omkring. Jeg tænkte, at

vi som sundhedsantropologer måtte kunne bidrage til debatten på flere områder.

Gennem mit arbejde fik jeg kontakt til et norsk udviklingsprojekt i Etiopien, som har til formål at yde rådgivning, vejledning og behandling til børn og voksne med LKG-spalter. Ved kontakt hertil fik jeg mulighed for som studerende at arbejde med følgende problemformulering:

På baggrund af et mindre feltarbejde på et Center for patienter med LKG-spalter på et lokalt hospital i Addis Abeba at undersøge hvilke praktiske, kulturelle og sociale implikationer det har, at være født med LKG-spalte i en kontekst, hvor fattigdom og mangel på bl.a. lægehjælp er udbredt.

Med et håb om at det kunne tilføre debatten i Danmark ny viden på området tog arbejdet med dataindsamling sin begyndelse.

Etiopien

Etiopien er et af verdens fattigste lande og mange familier lever med en, for os, utænkelig fattigdom som en del af hverdagslivet. Der er f.eks. mangel på rent drikkevand, idet man anslår at kun

24% af befolkningen har adgang til rent vand, og kun 15% har adgang til toiletter og kloakker.

Det er således ikke let at vokse op i Etiopien, for omkring 1/2 million børn dør hvert år af sygdom og underernæring, eller sagt på en anden måde: at hvert 5. barn dør inden det bliver 5 år. For de der overlever, bliver barndommen ofte kort, fordi de bliver gift tidligt eller skal ud og arbejde for at forsørge familien. Pigerne hjælper til med husholdningen og drengene med dyr og afgrøder. Ifølge UNICEF er det kun 3 ud af 10 børn, der går i skole, det skyldes børnearbejde og at de bliver gift tidligt (Campbell 2006). Befolkningen er desuden meget ung. Mere end 25% af Etiopiens befolkning er under 25 år gamle, og antallet af unge mennesker med Hiv eller Aids er meget højt. Der findes op mod 1.2 millioner børn, der er forældreløse, fordi forældrene er døde af AIDS. Den gennemsnitlige levealder i landet er 45 år (Østergård 2001:44).

Børnene var meget synlige i gadebilledet i Addis



Abeba, de forsøgte at skaffe penge til det daglige brød ved at tigge eller handle med ting og sager, de havde fundet.

Yekatit 12 hospitalet var et af 7 hospitalet i hovedstaden, og det rummede det projekt jeg havde haft kontakt til før afrejsen. På dette Center undersøgte og opererede man børn og voksne med LKG spalter i samarbejde med eksperter fra Haukeland Universitets hospitalet i Bergen i Norge.

Under mit 2 uger lange ophold i byen fik jeg mulighed for at interviewe forældre med børn med LKG spalter, unge voksne med medfødte spalter samt personale på Centret.

Mine data fra felten, både interviews og deltagerobservation er senere blevet analyseret, fortolket og bearbejdet ved hjælp af bl.a. antropologerne Joan og Arthur Kleinmans tilgang til lidelse i livet, Victor Turners begreb om Liminalitet, sociologen Erving Goffmans teori omhandlende stigma problematikken samt andre antropologers arbejde med handicappede børn og deres placering i en kulturel kontekst.

Mine data fortæller og understøttes af analysen, om forældre til børn med LKG spalter som befinder sig i en overgangsfase i livet, i et refleksivt rum fyldt med usikkerhed og ængstelse og lidelse i perioden lige efter fødslen. Disse forældre kæmper med

praktiske problemer omkring barnets muligheder for at tage føde til sig. De kæmper mod dårlige levevilkår i et fattigt land. De mobiliserer deres kulturelle og sociale ressourcer og søger behandling til deres børn. De lærer at acceptere børnene, giver dem kærlighed og omsorg, således børnene vokser op og finder en position i samfundet. I den forbindelse skal anføres at de familier jeg fik kontakt til, alle havde haft ressourcer til og mulighed for at søge behandling for deres lidelse. Det er helt oplagt at der andre steder i dette store fattige land lever familier som ikke har denne mulighed og disse ressourcer. Forældre som må se til at deres børn med en LKG spalte dø p.g.a. dårlig trivsel som følge af problemer i spisesituationen. Andre børn, unge og voksne med LKG spalter, som er så heldige at de overlever de første år må leve med vansirede ansigter, voldsomme sproglige problemer og ofte udstødelse af samfundet.

Afslutning

I forbindelse med mit ophold i Addis Abeba og mit arbejde med afhandlingen er det blevet tydeligt for mig, at vi i den vestlige verden har en tendens til at skabe problemer og lidelse for os selv og hinanden som er af mere kulturel karakter. Vi er meget optaget af omverdenens syn på os selv og vores familie, hvordan vi mødes af andre og spiller sammen med andre. I Danmark er det at være født med en LKG spalte normalt ikke en spørgsmål om liv eller død.

Det jeg erfarede under mit korte ophold i Etiopien var en lidelse først og fremmest betinget af praktiske implikationer. Det var kampen for at ens barn skulle kunne overleve i et samfund hvor levevilkårene var så meget anderledes end i Danmark, og hvor familierne i større grad var afhængig af den hjælp de kunne få i deres familiære netværk. Det var børn og unge menneskers kamp for og stræben efter at blive accepteret og finde en position i samfundet.

Antropologen Susan Whyte siger så smukt om dette:

Alle steder må mennesker leve med biologiske defekter, som ikke kan blive kureret og som til en



vis grad er med til at forme menneskets funktions niveau. Men det signifikante ved fejlen er altid afhængig af mere end dets biologiske natur, det er også skabt af de menneskelige omstændigheder i hvilken de eksisterer. Egen oversættelse af (Whyte 1995:x)

Efterskrift

En dag på Centret fortalte Habte (min tolk på stedet) en historie om en dame, der ringede til Centret, for at dele sin glæde med personalet. Hun havde levet i mange år med en uopereret spalte, og folk omkring hende havde haft svært ved at forstå hendes udtale. Hun kunne overhovedet ikke gøre sig forståelig i en telefon. Som anført ringede hun, efter at hun havde modtaget behandling for sin spaltelidelse på Centret. Hun var så glad og stolt: Nu kunne hun uden problemer føre en samtale gennem telefonen.

Denne lille historie illustrerer hvordan livsforløbet med de omveje og afveje det måtte have, kan vise sig. Hvordan lidelse kan udmøntes forskelligt og skifte betydning afhængig af den kulturelle og sociale kontekst. For denne dame var hendes livskvalitet øget betragteligt. Hun kunne nu føre en samtale via telefon på lige fod med andre i samfundet, hvilket var meget værdifuldt for hende i hendes kontekst.

Litteraturliste

- Cambell, A. (2006) Etiopien. Lande i nyhederne, Flachs.
- Thinggaard, V. (2007) Født som noget særligt. Masterprojekt. Masteruddannelse i Sundhedsantropologi. Afdeling for antropologi og etnografi. Århus Universitet.
- Østergaard, G. (2001): Tæt på livet i Etiopien. København: Nordisk Forlag. Gyldendalske Boghandel.

Noter

1. Et barn med en LKG spalte kan ikke die ved brystet, og har i det hele taget store vanskeligheder med fødeindtag, hvis det ikke får lukket sin ganespalte. Børn som "kun" har en spalte i læben og gummen kan ofte die uden de store problemer. En ganespalte medfører ubehandlet store sproglige problemer på grund af de fysiske misforhold i munden og samtidig bevirker spalten, at der ved tale og forsøg på at puste, presses luft op i næsen. Dette bevirker at luften ved et pust både kommer ud gennem mund og næse, hvorfor det kan være vanskeligt bl.a. at puste et lys ud. Derudover vil en spalte i gumme og gane bevirke at tænderne vokser skævt, og uden behandling medfører dette skæve og strittende tænder.
2. Hvilket betyder en provokeret abort på anbefaling af en læge, såfremt 12 ugers grænsen, indenfor hvilken kvinden selv kan vælge abort, er overskredet.
3. Før fødslen.

Vibeke Thinggaard Jeg er uddannet sundhedsplejerske i 1993. Har arbejdet i den gamle Årlev kommune 12½ år. Efter kommunesammenlægningen er jeg fortsat ansat, nu som sundhedsplejerske i FaaborgMidtfyn Kommune. Derudover har jeg arbejdet som sundhedsplejerske konsulent til familier med børn der er født med LæbeGanespalte i 2 perioder. Førstegang fra 1986 til 1994, og i anden omgang fra 2003 og frem til nu.

I august 2005 startede jeg på Masterstudiet i Sundhedsantropologi, på institut for etnografi og antropologi ved Århus Universitet på Moesgård. Det var i forbindelse med dette studie, og som optakt til min Masterafhandling, at jeg var på feltarbejde i Etiopien i vinteren 07.

Min arbejdsmail er: vt@faaborgmidtfyn.dk og min arbejdstelefon er: 72 53 60 22 eller 51 21 45 41.

Litteraturanmeldelser

Temaet i Sundhedsplejersken omhandler kulturer. Vi har derfor valgt at bringe de anmeldelser, der omhandler kulturmødet og særligt sundhedsplejerskens møde med familier af anden etnisk baggrund.

Det vilde blod og det rene hjerte

Af Birgit Bastholm Bune.

Forlag: Lyshuset, Center for unge og seksuel sundhed, Kannikegade 18, Århus C. ISBN: 978-87-99228-0-6.

Sidetal: 134 sider, Rapporten kan fås ved henvendelse til forfatteren: bbb@mag3aarhus.dk



Bogen, er en rapport over et projekt omhandlende kærlighed og seksualitet, men også livet som ung i Danmark hos en speciel gruppe unge mænd med ikke-vestlig baggrund. De unge mænd er i alderen fra 13- 25 år og kommer i en klub i Århus Vest. Klubben er en slags værested og har bl.a. til formål at forhindre at de unge kommer ud i kriminalitet.

Projektets hovedformål er at samle viden om målgruppen, udvikle og afprøve sundhedsfremmende metoder ift seksuel sundhed og trivsel hos gruppen. Gennem rapporten følger læseren processen med at skabe kontakten og dialogen med de unge, refleksionerne over interviews samt arbejdet med de unge.

Titlen på rapporten "Det vilde blod og det rene hjerte" er det gennemgående tema og dilemma hos de unge mænd, der interviewes i bogen. De

er så tændte af følelser, begær og lyst til det andet køn. De dater, laver aftaler over nettet og er seksuelt aktive. Fælles er dog drømmen om "den gode hjemmepige med æren i behold", at gifte sig med en urørt kvinde, en af deres egne.

Birgit formår at komme ind og beskrive, hvad der foregår helt inde bagved og betegner selv rapporten som et antropologisk feltstudie. Nysgerrig og nænsom – uden fordomme.

Bogen eller rapporten er meget let læst. Jeg har faktisk læst den 3 gange og fået nye nuancer med hver gang.

Som sundhedsplejerske får man et unikt indblik i de dilemmaer, rigtig mange unge med ikke-vestlig baggrund befinder sig i om de er 13 eller 20 år – børn og unge, vi som sundhedsplejersker møder dagligt rundt om på landets skoler og ungdomsudannelser. Samtidig oplever jeg tydeligt budskabet om ikke at generalisere, men møde de unge der hvor de er og lytte til hver deres historie.

Der er masser af god inspiration at hente i forhold til planlægning af seksualundervisning og der er bestemt brug for det: For som det fremgår af bogens statistik har de unge med indvandrerbaggrund væsentlig mindre faktaviden om seksuelt relaterede emner som kroppens anatomi, prævention og sex-sygdomme.

Jeg kan varmt anbefale bogen/rapporten til alle sundhedsplejersker – både jer der arbejder med seksualundervisning, men også alle andre, der arbejder med familier og børn, hvor et mere indgående kendskab til ovennævnte dilemmaer forhåbentlig kan være med til at gøre vores arbejde mere nuanceret.

Om forfatteren: Birgit Bastholm Bune er sygeplejerske og arbejder til daglig som sundhedsfaglig konsulent i Lyshuset (1/1 08: Sundhedsagenterne)

Etniske minoritetsfamilier og socialt arbejde

Af Marianne Skytte.

Forlag: Hans Retizels Forlag

Sidetæl: 253.

ISBN: 9788741203850



I det sociale arbejde med etniske minoritetsfamilier støder både socialarbejderen og de berørte familier ofte på en række forhindringer. Disse forhindringer skyldes kulturelle forskelle, forvirring om magtforhold eller identitetsmæssige forsvarsmekanismer og strategier. Etniske minoritetsfamilier og socialt arbejde belyser de felter, hvor problemet kan opstå.

Anmelder skriver blandt andet:

Denne bog sammenfatter de elementer af viden, som kan danne grundlag for fagligt kvalificeret arbejde med etniske minoriteter. Forfatterens håb med denne bog er, at bidrage til ligestilling af den socialpædagogiske tilgang og vilkårene for etniske minoritetsbørn i forhold til andre børn i Danmark. Samtidig ønsker forfatteren at bidrage til opkvalificering af det sociale arbejde med disse familier.

Forfatteren gør klart for os, at det er vigtigt, at etniske familier ligestilles med alle andre familier i Danmark. Dette forudsætter blandt andet ligebehandling og anerkendelse af deres unikke historie og familierelationer.

Forfatteren mener, at vi som social-, pædagogiske eller sundhedsarbejdere skal bidrage til udvikling af lige muligheder for at erhverve kompetencer til at mestre det miljø, som børnene i familierne vil komme til at møde i deres opvækst.

Indvandrere beskrives ofte klichéagtigt og stereotyperet, fordi kulturtræk bliver vurderet som statiske, nedarvede og traditionsstyrede. For at gøre op med denne opfattelse redegør forfatteren for tre forskellige kulturopfattelser. Samtidig gennemgås desuden lovændringer og socialretslige ændringer, som efter hendes mening er med til at stigmatisere og diskriminere de etniske familier.

Det påpeges i bogen, at mange konflikter i det daglige arbejde opstår, fordi socialarbejderen har

et andet livssyn end den etniske familie har. Forfatteren trækker derfor forskellene op mellem det individualistiske og det kollektivistiske livssyn og beskriver bl.a. forskellen i opfattelsen af det enkelte menneskes udvikling og forskellen i opdragelsen af børnene.

Bogen er en god og lærerig beskrivelse af, hvad forfatteren tænker om, det at være en etnisk familie i Danmark i dag – både juridisk, kulturelt og identitetsmæssigt.

Der er i bogen gjort meget ud af, hvad der tænkes om omsorg og der er et kapitel om vurdering af omsorgen for børnene i familierne. Forfatteren afslutter bogen med en konkretisering af dette ved hjælp af cases om to familier fra Mellemøsten. Familier, hvis børn er blevet tvangsfjernet af de danske myndigheder.

For sundhedsplejersker, der arbejder med indvandrere og flygtninge, er det en interessant bog. Men den er lige så brugbar for andre faggrupper, som den er for os. Det er en teoretisk tung bog, men den kan være nyttig for mange faggrupper, idet den kan hjælpe med at fastholde de faglige refleksioner, som er vigtige, i det daglige arbejde med etniske familier.

Unge liv i syd

Af Karen Valentin og Catrine Christiansen (red.). Forlag: Danmarks pædagogiske universitetsskole.
Sidetal: 227 sider.
ISBN: 978-87-7684-132



Fattige børn med strutmaver. Unge i camouflagetøj med maskingevær. Gravide teenagepiger... Det er ofte de billeder, medierne bringer af børn og unge i Syd. De fremstilles som ofre for fattigdom, udemokratiske regimer og hiv/aids, men også som aktører, der eksempelvis griber til våben. Unge liv i Syd tager fat på denne dobbelthed i vores forståelse af børn og unge og beskriver de unges liv i udviklingslandene.

Anmelder skriver blandt andet: Denne bog er, som titlen antyder en beretning om, hvordan det er at være ung i udviklingslandene. Forfatterne beskæftiger sig bl.a. med børnene og de unge som sociale aktører, med indflydelse på at forme deres egne liv på trods af de strukturelle betingelser, de er underlagt. Målet for organisationernes arbejde er at inddrage de unges ideer og holdninger i forbindelse med udviklingsprojekter. På den måde tilføjes de unge empowerment og færdigheder, så de formår at forbedre egne levevilkår på længere sigt.

For sundhedsplejersker er det en interessant bog, som er lige så nyttig for os, som den er for andre faggrupper.

Har du fået lyst til at anmelde bøger?

Kontakt Anette Sørensen:
Anettesoerensen@fs10.dk



Sundhed i stribevis

– Vi har arbejdet hårdt og det har været en svær fødsel. Men vi synes, det er blevet et smukt barn!

SUNDEREN PERSONGALLERI



Her er familien, som vi vil møde det næste halve år på kommunens info-side i Sønderborg Ugeavis: Mor og far, Helle og Ole, børnene Emma, Mikkel, Camilla og Lukas, hunden Billy, og familiens sundhedsplejerske, Kirsten. Det er i øvrigt ikke tilfældigt, at sundhedsplejersken hedder Kirsten – dem er der nemlig seks af i kommunen!

Fem sundhedsplejersker i Sønderborg Kommune holder sig til terminologierne i deres fag, når de omtaler det nyeste af mange sunde tiltag: en tegneserie. Tegneserien hedder "Sunderen" og bringes som striber på side 2 i Sønderborg Ugeavis 25 uger i træk – første gang i sidste uge. Striberne formidler sunde budskaber på en let tilgængelig måde. Ideen blev født på et kursus i juni sidste år for sundhedsplejerskerne i kommunen.

– Vi fik til opgave at finde nye veje til formidling af vore budskaber – give fantasien frit løb. Kursuslederen var meget begejstret for vores ide og mente, det var noget helt nyt herhjemme og at vi skulle arbejde videre med den. Det har vi så gjort, fået kontakt med en tegner via Æ Rummelpots redaktør, Sven-Erik Ravn, og fået politisk accept, fortæller Kirsten Nørmark, en af de fem sundhedsplejersker.

– Det er utrolig sjovt og spændende, men det tager også tid. Vi havde nok ikke rigtig forestillet os, at det ville tage så meget tid. På den anden side er vi glade for resultatet, og der har også ligget en god integration i det. Vi havde nemlig vores arbejdspladser tidligere i fem forskellige af de gamle kommuner, fortæller Aase Clausen.

Billedtekst: Fem kreative sundhedsplejersker fik ideen til en tegneserie med sunde budskaber til børnefamilierne. Fra venstre er de Anette Krogh, Kirsten Tychsen, Aase Clausen, Kirsten Nørmark og Hanne Vogler.

Derfor sagde politikerne ja til "Sunderen": Erfaringer og undersøgelser viser, at antallet af overvægtige børn og voksne stiger, familierne bevæger sig for lidt, og mange oplever, at de har en stresset hverdag. Familierne orker ikke at læse lange skrivelser, der kommer fra fagpersoner og ofte er forskellige fra kilde til kilde. Det er sat som succeskriterium, at halvdelen af familierne læser "Sunderen". Der måles i form af interview-undersøgelse ved hjemmebesøg fem måneder efter, at tegneserien er påbegyndt.



Fem kreative sundhedsplejersker fik ideen til en tegneserie med sunde budskaber til børnefamilierne. Fra venstre er de Anette Krogh, Kirsten Tychsen, Aase Clausen, Kirsten Nørmark og Hanne Vogler. Foto: Kim Toft Jørgensen.

Retningslinier for arbejdet

– sundhedspleje i Grønland

Vi har meget forskellig baggrund, os der arbejder i sundhedsplejen i Grønland. Det gælder uddannelsesmæssigt, tilknytningsmæssigt og kulturelt. I Grønlands 16 sundhedsdistrikter er sundhedspleje et tilbud til børnefamilier. Sundhedsassistenter, sundhedsmedhjælpere, tolke, sygeplejersker, vikaransatte sundhedsplejersker fra Danmark samt grønlandske og danske fastansatte sundhedsplejersker er paletten af personale.

I 2005 kom de faglige retningslinier om helbredsundersøgelser og sundhedspleje i Grønland, og de har siden været ramme for det udførte arbejde. Disse retningslinier lægger sig tæt op ad de danske anbefalinger, men er tilpasset grønlandske forhold både administrativt og opgavemæssigt.

Hvad betyder det så, at der er retningslinier for sundhedsplejen?

Først og fremmest er det en vejviser for personalet om arbejdets art, omfang og tilrettelæggelse. Der ligger en kvalitetssikring af arbejdet ved at arbejde efter fælles retningslinier. Arbejdet målrettes og personale med forskellig faglig baggrund og forskellige tidsmæssige ressourcer kan orientere sig i forhold til de forventninger, der stilles fra befolknings, samarbejdsparters og arbejdsgivers side. Retningslinierne indeholder endvidere en graduering af ydelser og tilbud, som kan sættes i forhold til de aktuelle ressourcer i distriktet. Ledelsen kan her ud fra prioritere, hvilket tilbud sundhedsplejen kan give i forskellige ressourcer – og personalemæssige situationer. For personalet i sundhedsplejen har det endvidere en beskyttende og forklarende funktion i forhold til, hvilke forventninger der i det hele taget kan være til sundhedsplejerskens arbejdsområde og ydelser.

Sundhedsplejens årlige skriftlige redegørelse viser sundhedssektoren, politikere og andre læsere, i hvilket omfang sundhedsplejerskens registrerede

ydelser lever op til retningsliniernes anbefalinger. Derfor er registreringen af arbejdsindsatsen også en vigtig funktion at have med sig i hverdagen for personalet i sundhedsplejen. Registreringen er begrænset til at omfatte sundhedsplejens ydelser og giver f.eks. ikke noget billede af, hvordan indsatsen har direkte eller indirekte indvirkning på befolkningens sundheds- og sygdomstilstand.

Også Folkesundhedsprogrammet er retningsgivende i sundhedsplejerskens arbejde. Her træder det tværfaglige og tværsektorielle arbejde tydeligt frem. I 2007 har sundhedsplejen i flere sundhedsdistrikter deltaget i projekterne: *Tidlig indsats mod omsorgssvigt i de gravide familier, Kampagne om sexmisbrug af børn, Forebyggelse af selvmord, Rygestop instruktør kurser, Kampagner mod uønsket graviditet og seksuelt overførbare sygdomme*. Mange af de problematikker sundhedsplejen møder i arbejdet kræver en tværfaglig indsats, og her er den målrettede og ressourcerige Afdeling for Folkesundhed overordnet en vigtig sundhedsfaglig partner at samarbejde og videreudvikle sundhedsfremme tiltag med.

Videreuddannelsen til sundhedsplejerske foregår i Danmark, mens sygeplejerskeuddannelsen kan erhverves i Grønland. Også sundhedsassistentuddannelsen bliver udbudt i Grønland. Da retningslinierne for sundhedspleje også ligger tæt op ad de danske, minder sundhedsplejen meget om den danske. Der er mange ligheder, som umiddelbart er lette at finde ind i som dansk sundhedsplejerske. Alligevel er det meget anderledes at arbejde som sundhedsplejerske i Grønland og forskelligt fra det ene distrikt til det andet pga. meget anderledes demografiske, kulturelle og historiske forhold.

Ofte kan man blive klogere på sig selv og det nærmeste ved at gå ind i et fremmed felt. Og det er aldrig for sent!



Sundhedsstyrelsen informerer

april 2008

Den 20. februar iværksatte Sundhedsstyrelsen arbejdet med at revidere anbefalingerne for de forebyggende sundhedsydelse. Nedenfor ses kommissoriet og referencegruppens sammensætning:

Kommissorium for Sundhedsstyrelsens referencegruppe vedrørende revision af anbefalinger for de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge.

Referencegruppen er en rådgivende gruppe for Sundhedsstyrelsen, som nedsættes i forbindelse med revision af anbefalinger for de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Referencegruppen skal medvirke til udarbejdelse af nye anbefalinger på området. Medlemmerne kan desuden indgå i mindre arbejdsgrupper, der nedsættes undervejs i det omfang, der skønnes at være behov herfor. Referencegruppens medlemmer yder rådgivning i forhold til deres faglige baggrund og i overensstemmelse med den organisation, de repræsenterer. Referencegruppen er ikke besluttede.

Desuden skal referencegruppen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen udarbejde standarder for registrering af højde- og vægt, amning og børns udsættelse for passiv rygning i Sundhedsstyrelsens kommende nationale database om børns sundhed. Databasen forventes at blive etableret pr. 1. november 2008. De udarbejdede standarder vil indgå i de nye anbefalinger.

Baggrund: De gældende anbefalinger trådte i kraft 1. januar 1996, for så vidt angår det faglige indhold. I forbindelse med sundhedslovens ikrafttræden 1. januar 2007 blev anbefalingerne revideret i henhold til sundhedslovens bestemmelser, bl.a. som følge af amternes nedlæggelse. Det faglige indhold forblev uændret. Denne disposition skyldes primært, at Sundhedsstyrelsen afventede en evaluering af de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis. Evalueringen er nu afsluttet og resultaterne vil indgå i revisionsarbejde.

Sundhedsstyrelsen finder det væsentligt at revidere anbefalingerne med henblik på at styrke kommunernes samlede indsats på børne- og ungeområdet i henhold til sundhedslovens § 120-126.

Referencegruppens sammensætning: Til referencegruppen er indkaldt repræsentanter fra de relevante faglige selskaber, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner, Dansk Sygeplejeråd samt særligt udvalgte eksperter. Desuden er inviteret en repræsentant fra Sundhedsstyrelsens decentrale enhed, Embedslægeinstitutionen. Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion.

Styregruppe: Sundhedsstyrelsen har samtidig nedsat en styregruppe bestående af centerchef Else Smith, souschef xx (nyansættelse, navn endnu ikke oplyst), afdelingslæge Christine Brot og sundhedsplejerske Annette Poulsen, som også er projektleder.

Arbejdsopgaver:

- Sundhedsstyrelsen og referencegruppen definerer konkrete arbejdsopgaver i forbindelse med revisionen
- Referencegruppen bidrager med
 - faglig sparring til Sundhedsstyrelsens arbejde med nye anbefalinger for de forebyggende sundhedsydelser til børn og unge
 - konkrete tekstforslag til de nye anbefalinger
 - at udpege eksperter, hvor der er brug for det, når anbefalingernes kvalitet skal sikres
 - at udarbejde forslag til standarder til brug for børnemonitoreringsprojektet
 - konkret rådgivning i forhold til indkomne høringsforslag, såfremt Sundhedsstyrelsen finder det påkrævet

Mødeaktivitet og tidsplan: Der er planlagt 5 møder i 2008. Sundhedsstyrelsen stiler mod at sende de reviderede anbefalinger i høring primo 2009.

MFR 2-vaccination rykkes frem til 4 års alderen

Den 1. april 2008 fremrykkes MFR 2-vaccinationen til at blive givet i forbindelse med 4 års børneundersøgelsen. MFR 1-vaccination gives fortsat i 15 måneders alderen.

Overgangsprogram 2008-2016

Børn, der 1. april 2008 er ældre end 4 år, anbefales fortsat at få MFR 2-vaccinationen i 12 års alderen. Der bliver således en overgangsordning på otte år, hvor MFR 2-vaccination årligt gives til to fødselsår gange i henholdsvis 4 og 12 års alderen.

Formål med ændringen

Danmark har, sammen med de øvrige europæiske lande, tilsluttet sig WHO's mål for 2010, hvor mæslinge- og røde hunde-virus ikke længere skal kunne cirkulere frit i Europa. For at nå dette mål, er det afgørende at opnå en tilstrækkelig høj grad af immunitet i befolkningen. Ved at sænke alderen for MFR 2-vaccination i Danmark mindskes andelen af modtagelige i befolkningen, og befolkningsimmuniteten (flokimmuniteten) styrkes, når immuniteten i aldersklasserne < 12 år øges.

HPV vaccine

Ifølge regeringens finanslovsaftale fra d. 1 marts 2008 kan piger født i 1996 og de, der er yngre blive vaccineret gratis i 12 års alderen som led i børnevaccinationsprogrammet fra 1. september 2008. Piger, der er født i 1993-1995 bliver omfattet af catch-up programmet og kan vaccineres gratis fra 1. oktober 2008.03.11

Læs mere på www.ssi.dk eller på www.sst.dk

Satspuljemidlerne på sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats

Alle projekterne er nu afsluttet og som en markering heraf vil der blive afholdt en stor konference i Odense Congress Center d. 24. april. Konferencen åbnes af sundheds- og forebyggelsesminister Jacob Axel Nielsen og der vil være et indlæg af centerchef Else Smith, et indlæg om tværfaglighedens svære vilkår af lektor Morten Ejrnæs og om social ulighed i sundhed blandt børn og unge af læge Pernille Due. Desuden vil der være mulighed for at besøge de 25 projektkommuner, der hver har en stand på konferencen. Deltagelse koster 565 kr. Projektkommuner har 4 gratis pladser, som et led i projektet.

Program og tilmelding findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

Hjælp til rygestop

Ny hjemmeside til rygestop www.stoplinien.dk er åbnet den 7 marts.

Børn i familier med alkoholproblemer

Det nationale projekt "Børne-familiesagkyndige til støtte for børn i familier med alkoholproblemer" har ved årets satspuljeforhandlinger fået tildelt 15 mio. kr. til at forlænge projektperioden i 1½ år til udgangen af 2009. På nuværende tidspunkt er 74 kommuner i et eller andet omfang aktive i projektet. Med forlængelsen er det målet, at kommunerne skal forankre projektet i drift. Det er en tidskrævende proces at implementere dette tværfaglige projekt, som involverer ledelse og medarbejdere inden for skole, dagpasning, sundhedspleje, PPR, socialforvaltning, familiebehandlingscentre og alkoholbehandlingen i kommunerne.

Se om din kommune er med, og hvem der er den børne-familiesagkyndige på hjemmesiden www.naarmoreellerfardrikker.dk Her kan du også læse mere om projektet og aktiviteterne i det. 24.-26. september afholdes i Sandefjord i Norge en konference, som omhandler rusmiddelforbrugets konsekvenser for fostret, barnet og familien. Konferencen er bl.a. er støtte af Sundhedsstyrelsen. http://www.sst.dk/upload/forebyggelse/cff/alkohol/boern_i_alkoholfamilier/nordisk_konference.pdf

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

Anette Sørensen

Kildeparken 7
9260 Gistrup
Telefon: 98 32 20 84,
E-Mail: anettesoerensen@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

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

Kasserer/Indmeldelser

**Inger Lise Rasmussen**

Lerdalen 55
8270 Højbjerg
Telefon 86 27 81 77
Mobil 22 76 41 32
E-mail: ingerliserasmussen@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

**Udkommer**

Sundhedsplejersken udkommer 6 gange årligt i
lige måneder.

Annoncer

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

Layout og grafisk produktion

Frank Andersen · E-mail: fran@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. læg-
ger op til debat, og at det Faglige Selskab derfor ikke nødven-
diggvis deler den opfattelse, der gives udtryk for i bladet.

Ansvarshavende redaktør
Lisbet Nissen

Næste deadline
5. maj 2008

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

Afsender:
Kasserer
Inger Lise Rasmussen
Lerdalen 55
8270 Højbjerg



"Returneres ved varig adresseændring"