Sundhedsplejersken

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

www.sundhedsplejersken.info

Nr. 4 | august 2008 | 30. årgang

Indhold

Tema: Babyer, tumlinge og forældreroller

5 Leder: Det, de unge gerne vil …!

6 Opslagstavlen

10 Nyt fra bestyrelsen

Indkomne kandidater til Årets Sundhedsplejerske

Kom til Generalforsamling!

Sundhedsplejerskerne og forældrebladet Far mor & børn

18 Tema

Børn og søvn

De utrolige år

Det fuldbyrdede moderskab

Den intuitive mor og den praktiske far?

42 Litteraturgruppen

Anmeldelser

44 Fag

Når hørescreeningen er negativ

Inkontinens hos skolebørn

En tættekam er ikke bare en tættekam

58 Nyt fra SST

Orientering august

Get moving 08

Forsiden

Omsorg

Vi er på en frodig grøn blomstereng. Et typisk dansk gråvejr med regnbyger sørger for næring til blomster og græs. Folk har slået paraplyerne ud, som skærm mod regnen og alle sørger for hinanden i små fællesskaber. Det er dog som om, der også regner med en særlig regn indenfor paraplyerne, - en strålende regn, der lyser op, og symboliserer glæde, varme og omsorg for hinanden her midt i gråvejret.

Verner Brems
Tegner og maler

Det, de unge gerne vil …!

»Det er lige det blik, vi gerne vil ha' – ikke?« En bemærkning på en vilkårlig strand i Danmark fra 2 unge piger, der i bikini ligger og nyder solen og det gode sommervejr. Historien fortsætter med snak mellem pigerne. De har været 1 uge i Tyrkiet, for at få den brune kulør, som de nu er på standen for at vise frem. Blikket kommer fra 3 unge fyre, som går forbi – langsomt og med udforskende og længselsfulde hundeøjne…

Unge ligner på det almengyldige unge gennem alle tider, men samfundet og samtiden er helt unikt og skifter for hver generation. Fremtidsforskere mener, at en generations levetid er ca. 7-10 år, måske kortere. Det betyder, at der er nye betingelser for livet som ung i Danmark og at sundhedsplejerskerne skal være opmærksomme på hvilke spilleregler og konditioner, der er lige nu. De sundhedsplejerskestuderende har i år skrevet flere opgaver om unge, og de har mange gode bud på tiltag i forhold til de unge.

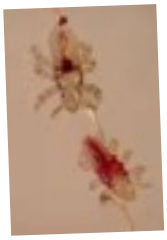
Årets Landskonference sætter også fokus på de unge. Her vil være et bredt bud på en vedkommende og faglig begrundet sundhedspleje til netop denne gruppe. Der er stort fokus på de unge fra forskernes side, og der findes meget materiale at blive inspireret af. Foredragsholdere vil også inspirere og opmuntre til at afprøve nye tiltag.

Det allervigtigste er dog at være i dialog med de unge. Høre på, hvad de selv mener at have brug for. De er opdraget i et informationssamfund, hvor vidensøgning er en helt naturlig ting. De unge kommunikerer på nye måder med hinanden – f.eks. på Facebook. Her kan man profilere sig selv, fortælle vennerne om sig selv, kontakte vennerne eller annoncere efter dem (og meget andet). Det er en verden for sig selv… denne virtuelle verden. De unge vil derfor gerne have viden fra en faglig kompetent sundhedsplejerske, om sundhedsfaglige spørgsmål som lige er aktuelle for dem her og nu – hun skal blot være tilgængelig.

Der er ikke stor forskel på det blik de unge fyre sender efter pigerne i bikini og det virtuelle blik de kan sende på Facebook. Det handler alt sammen om, at iscenesætte sig selv og på den måde skabe og bekræfte sin identitet og forståelse af tilværelsen.

Susanne Hede
26. juli 2008

LUS



Der er taget et initiativ til en koordinering af indsatsen mod luseplagen, som har højsæson fra august til oktober. Behovet for afklarende og korrekt information er stort.
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker har samarbejdet med Sundhedsstyrelsen, Statens Skadedyrslaboratorium, Apotekerforeningen, Matas, samt relevante firmaer, for at få opdateret viden om lus udbredt.
Se opdateret viden og vejledninger på www.sundhedsplejersken.info
OBS: Er din kommunes vejledning opdateret?

Deadline!
for indlæg til sundhedsplejersken er den 08.09.08

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 300kr som er kontingent for 2008.

Næstkommende bestyrelsesmøde: den 31.08 2008

Konferencer og møder

Sundhedsplejerskernes Landskonference
Tema : Teenagere i forandring! – fokus på sundhedsfremme til unge
Den 1 og 2. september 2008 på Munkebjerg Hotel.

Fagligt Selskab for sundhedsplejersker afholder Generalforsamling
Mandag den 1. september 2008 kl. 20 – 21.30 på Munkebjerg Hotel,Vejle
Læs indbydelsen i dette blad

FS 19's Børnegruppe afholder temadag for Sundhedsplejersker og børnesygeplejersker
Den. 6. oktober 2008 kl 9.30 Vissenbjerg Storkro
Om insulinbehandling til børn, insulin pumpe, mixtard udgår i 2009.
dagen handler om hvordan vi bedst vejleder og hjælper familierne!
Få program og tilmelding senest den 01.09.08.
Mail til Anette Bjerrum Jørgensen, bjerrumsejstrup@get2net.dk

Nordisk kongres arrangeret af NOSB
Tema: Barns rätt till Hälsa
Stockholm den 24 og 25 September 09
Abstract sendes inden 1. februar 2009 til evalotte.morelius@lio.se

Solbakkens Rådgivningscenter for Bevægelseshandicap

På Solbakkens Landsdækkende Rådgivningscenter for Bevægelseshandicap i Århus bliver vi meget tidligt kontaktet af forældre som har fået et barn med bevægelseshandicap.
Vi får kendskab til hvordan de har oplevet fagfolks manglende kendskab til deres barns handicap, hvorfor de sjældent får tilstrækkelige informationer – og får en uheldig start med deres nye barn.
Det er vores oplevelse, at sundhedsplejersken kan blive en meget vigtig person for forældrene – og kan hjælpe dem med at komme i kontakt med såvel deres kommune som med andre, der har større viden om barnets handicap og dets udviklingsmuligheder. En stor støtte for forældrene.

Jeg tilbyder derfor at sundhedsplejersker kan kontakte os ved behov for informationer m.v.
Karsten Torst Pedersen telf. 87 39 64 00
www.solbakkens-raadgivning.dk

Læs Karsten Torst Pedersens uddybende artikel "Når der fødes barn med et synligt bevægelseshandicap" denne kan læses på www.sundhedsplejersken.info

Af Linda Rolsted og Susanne Hede

Kandidater til Årets Sundhedsplejerske 2008

Der er indkommet 2 bud på Årets Sundhedsplejerske 2008. Det er med glæde bestyrelsen herunder kan præsentere disse i en forkortet udgave.

Dommerpanelet består af Ruth Truelsen, Chefsygeplejerske i Sundhedsstyrelsen, Connie Kruckow, Formand for DSR samt Linda Rolsted fra Fagligt Selskab for Sundhedsplejerskers bestyrelse.

Prisen på 10.000 kr. vil blive uddelt af Connie Kruckow den 1. september 2008 på Landskonferencen for Sundhedsplejersker.

Hanne Sixhøj

Afdelingslærer ved VIA University College, Sundhedsplejerskeuddannelsen i Århus, Sundhedsplejerske og Cand. Curr.

Hanne har gennem næsten 2 årtier været tilknyttet sundhedsplejerske uddannelsen i Århus. Først hed det Danmarks Sygeplejerske Højskole ved Århus Universitet og siden JCVU, det der nu hedder VIA University College – Efter- og videreuddannelse i Århus.

Hanne har været på hendes pind gennem forandringer fra den "gamle uddannelse" til den nye sundhedsplejerske uddannelse, der blev semester inddelt og hvor teorien indenfor sygepleje og sundhedsplejerske faget kom yderligere i fokus.

Hanne har, for de studerende der har taget deres sundhedsplejerske uddannelse været et fast holdepunkt. Hun har været der til at undervise, planlægge, visitere, uddelegere og vejlede.

Med sit teoretiske fundament har hun guidet de studerende igennem uddannelsen og været omstillingsparat til kontinuerligt at tilegne sig ny viden indenfor faget og bringe det videre til de studerende og praktikvejlederne.

Hanne har med sin egen forskning bidraget til at "konceptet" magt og Foucault, er kommet ind i vores sundhedsplejerske fag og dermed bidraget til, at vi som sundhedsplejersker bliver opfordret til at se på vores eget fag med andre øjne.

Den nye sundhedsplejerske uddannelse står for døren. Hanne har udtalt, at hun fortsætter med at arbejde indtil den nye uddannelse er veletableret – som en kaptajn, der sikrer sig, at skibet kommer vel i havn.

Med venlig hilsen
På vegne af nye og gamle studerende
samt nuværende og tidligere kollegaer.
Christina Louise Lindhardt
Sundhedsplejerske Svangreklinikken
Odense Universitetshospital
Ekstern underviser på VIA Århus

Lene Jakobsen og en gruppe sundhedsplejersker i Hørsholm Kommune

Vi vil fra det kommende skoleår tilbyde alle elever i 7. klasse (senere også 8. og 9. klasse), at de kan maile til skolens sundhedsplejerske om problemer som de har, og som de ønsker sundhedsplejerskens hjælp til at få løst. Problemet skal bare have varet mere end 14 dage (for at få småproblemerne luget væk!).

De unge kommunikere i dag meget via deres computer, hvorfor det vil være naturligt for dem at bruge

denne kontaktform. Det skal være muligt at skrive udenfor skoletiden, og de unge skal have mulighed for at være "anonyme".

Sundhedsplejersken vil så svare de unge så hurtigt som muligt, evt. foreslå en samtale hvis det skønnes nødvendigt.

I mange kommuner er det i dag svært for de unge at henvende sig til kommunens ansatte om personlige problemstillinger, dels fordi socialrådgiverne er svære at træffe, og de unge har også svært ved at finde ud af, hvem de skal henvende sig til, og nogle vil også være bange for at deres familier rodes ind i noget de ikke umiddelbart tør tage ansvar for.

Fra mange private organisationer ved man, at de unge har brug for rådgivning, og tallene for henvendelser er stærkt stigende. Da vi mener, at have netværksforbindelserne i orden lokalt, hvor henvendelserne vil ske fra mener vi, at vi med denne ordning kan hjælpe de unge mere effektivt og personligt.

Sundhedsplejerskerne vil annoncere via hjemmesider, opslag, brochurer, plakater og små kort som skal forefindes på skolerne og udleveres til eleverne.

Vi vil i skoleåret 2008/2009 registrere hvor mange henvendelser vi får og hvilke typer problemstillinger som optræder og hvordan vi handler på disse.

Venlig hilsen
Sundhedsplejerske Lene Jakobsen,
samt en gruppe medunderskrivere

Samarbejdsaftale med royalty til FS

Far, mor & børn Bladet har nu eksisteret siden 2003. Det er et succesfuldt projekt, hvor sundhedsplejersker er skribenter til 4 – 6 artikler i hvert nummer, hvor der er fokus på sundhed, og hvor forældrenes spørgsmål er i centrum og bliver besvaret.

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker har netop fornyet samarbejdsaftalen med Ørskov A/S, som producerer bladet. Fornyelsen betyder, at aflønning af skribenter og redaktion nu er et anliggende mellem firmaet og de sundhedsplejersker, som er ansat til dette (enten på en årlig kontrakt eller freelance).

Desuden betyder fornyelsen af kontrakten, at der tilgår Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker royalty af annoncesalget. Det vil sige, at alle de sundhedsplejersker, som distribuerer bladet til mødregrupper, Åbent Hus arrangementer, i jordemoderkonsultationen, hos egen læge eller lægger bladet i venteværelset på skolen nu har mulighed for at få del i de penge bladet indtjener. Beløbet er ikke stort, da konkurrence i branchen er hård, og da der er budgetteret med lønninger til redaktion og skribenter, men kan dog alligevel mærkes på vores legatpuljer.

Vi forventer at afkastet kan skabe basis for øgede midler til uddeling af legater, og på sigt arbejder vi på en større automatisering af legaterne og uddelingen af disse. Det skal være muligt for sundhedsplejersker landet over, at søge legat til diverse relevante arrangementer. Vi vil løbende vurdere, hvordan udviklingen af dette forløber.

Vi vil derfor opfordre alle sundhedsplejersker landet over til at uddele bladet i relevante sammenhænge. Jo flere blade, der er efterspørgsel på, jo flere legatmidler kan vi uddele til jer! Vi vil også opfordre flere sundhedsplejeordninger til at have bladet som et tilgængeligt produkt til forældre – bladet koster fortsat 1 kr. pr. stk., hvilket er billigt i sammenligning med andre tilsvarende blade.

Desuden vil vi opfordre flere til at melde sig som skribenter, og honoraret for dette, mener vi, skal følge gældende takster hos Dansk Sygeplejeråd, men er nu helt et anliggende mellem den enkelte og firmaet. Vi er vidende om, at der er forhandlet nye kontrakter for flere parter på tilfredsstillende vis.

På vegne af bestyrelsen for
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker.
Susanne Hede, formand.

Jo flere blade, der er efterspørgsel på, jo flere legatmidler kan vi uddele til sundhedsplejersker!

– skrevet af sundhedsplejersker til børnefamilierne i DK – et supplement til synliggørelse af vores profession.

Sundhedsplejerskernes Magasin til børneforældre

Som redaktør er det dejligt at opleve, at mange sundhedsplejersker har "gå på mod" til at skrive i vores fælles Magasin.

Vi har alle en viden om og stolthed over faget og derfor meget at tilbyde forældrene. Mange sundhedsplejersker, er gode til at formidle det på skrift og er friske til at "slå til", når jeg sender en mail – tak for det!

Men I er sikkert flere derude, som også vil være med til at skrive i bladet – så send os jeres mail adresse. Redaktionen giver gerne hjælp til at sætte artiklen op, kommentere teksten og gennemgå det sproglige.

- ☐ Har du lyst til at være med til at formidle skriftligt til familierne?
- ☐ Måske er I to, som i fællesskab vil prøve kræfter med det – det et helt ok, I må blot dele honoraret.
- ☐ Ved ikke – men vil godt kontaktes
- ☐ Du bliver aflønnet med kr. 1800 pr. artikel.
- ☐ Har du ønsker og ideer til indholdet i bladet, vil vi også gerne modtaget det.

Så skriv til:

- Helle Andersen,
  Redaktør: andersenhelle@webspeed.dk
- Anne Marie Lundhus,
  Brevkasseredaktør: annemarielundhus@fs10.dk

Du bedes oplyse

- Navn og telefonnummer
- E-mail
- Kommune du arbejder i

Har du en kollega, som kunne skrive i bladet, så opfordre hende til at kontakte os.

Mød op til Generalforsamling 2008!

den 1.september kl 20.00 på Hotel Munkebjerg, Munkebjergvej 125, Vejle

Generalforsamlingen foregår under Landskonferencen, men alle medlemmer er velkomne.
Medlemsbevis medbringes, dvs. Girokvittering eller PBS udskrift eller DSR nummer hvis du er indmeldt for nylig
Bestyrelsens beretning om årets aktiviteter kan læses på hjemmesiden allerede nu på www.sundhedsplejersken.info

Kandidater til bestyrelsen 2008

Bestyrelsen for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker har følgende kandidater til bestyrelsen:

- Hanne Lindhardt opstiller som ny kandidat for bestyrelsen i den næstkommende periode.
- Susanne Hede, Christina Lindhardt og Lisbet Nissen modtager alle genvalg
- Linda Rolsted modtager ikke genvalg.

Du kan læse Susanne Hede og Christina Lindhardts præsentation i Sundhedsplejersken nr. 2- 2008. Herunder vil du kunne læse Hanne Lindhardt og Lisbet Nissens præsentationer

Hanne Lindhardt, Furesø Kommune

Jeg blev uddannet som sundhedsplejerske i 1986. I 2001 afsluttede jeg en treårig uddannelse som familierådgiver fra Kempler Instituttet og i 2007 Indvandrerstudier under Åben Uddannelse på Syddansk Universitet.
Jeg har arbejdet som sundhedsplejerske i Ramsø, Holbæk og Albertslund Kommuner. Jeg har været ansat i to år som sundhedsplejerske på Dansk Røde Kors asylcenter.
Siden 2000 har jeg været ansat i Farum, nuværende Furesø Kommune.
Jeg opstiller til bestyrelsesvalg for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, fordi jeg er optaget af udviklingen af vores fag.
Kommunalreformen har betydet, at serviceniveauet på sundhedsplejerskeområdet i mange kommuner er blevet stærkt forringet. Det er derfor vigtigt at synliggøre betydningen af sundhedsfremme og forebyggelse og her mener jeg, at FS 10 har en vigtig rolle at spille.

Lisbet Nissen

Sundhedsplejerske i Tønder kommune, 47 år, gift og har 2 dejlige teenagepiger.
Jeg ønsker at genopstille til Bestyrelsen af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker. Jeg har været med i bestyrelsen i 2 år, jeg gik ind i bestyrelsen med det ønske at sætte fokus på fag og fag-identitet og støtte sundhedsplejerskers faglige fællesskab i hele landet, dengang var det særligt set i lyset af de opbrud der

var på vej i mange af fagfællesskaberne i kommunerne i forbindelse med den nye Kvalitetsreform i 07.

Jeg har i bestyrelsen haft posten som redaktør for vores medlemsblad Sundhedsplejersken. Vi har i denne periode arbejdet videre på, hvordan vi linker hjemmeside og blad tæt sammen. Vi har haft et fokus på fagets historie. Både gamle og nutidige fortællingernes er blevet trykt med det formål, at give et billede af sammenhængskraften i vores faggruppe og måske give os en forståelse af og engagement i, hvorhen vores fag bevæger sig.

Jeg har haft en spændende post i PR gruppen, hvor vi i tråd med årstemaet 07 i FS, netop har afsluttet projektet Jubilæumsbogen; "Sundhedsplejersken – 70 års sundhedspleje i Danmark".

Det har været to meget spændende og givende år for mig at arbejde i bestyrelsen og jeg kan kun anbefale andre at gøre det samme. Selvom arbejdet er ulønnet og foregår i fritiden har det været det værd. Dog skal det nævnes, at det har uvurderlig betydning, at man får forståelse og opbakning fra sin ledelse og kollegaer – det har jeg fået, tak for det!

Jeg ønsker i bestyrelses arbejdet, at arbejde for at vores fag belyses og inspireres, at det faglige forum FS er rammen for, forbliver det forum, hvor medlemmerne kan mødes, inspireres og genkende sig selv.

Jeg ønsker vores Hjemmeside og bladet Sundhedsplejersken er medier der er spændende at slå op i og er fagligt langtidsholdbare og valide. At Fagligt Selskab er et forum hvor man kan "følger med", hente ny viden og dele sin viden og at medlemmerne må føle et ejerskab af FS ved f.eks at deltage aktivt med indlæg og debat.

Lisbet Nissen, juli 2008

Sundhedsplejerskernes jubilæums bog er udkommet!

Jubilæumsbogen er en samling af helt nye og tidligere trykte artikler, essays,hverdagshistorier og billeder gennem 70 år, alle skrevet af Sundhedsplejersker. Bogen er en særudgave af Sundhedsplejersken,den er udgivet af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker i samarbejde med Kvindemuseet i Danmark, det tidligere dansk sygeplejehistorisk museum og DSR.
Læs anmeldelsen på www.sundhedsplejersken.info under Udgivelser.

Bogen er på 240 sider.
Kan bestilles på www.sundhedsplejersken.info
Pris: 178 kr. + porto.

Af Ann-E. Knudsen

Børn og søvn

Nogle af de spørgsmål som optager de fleste forældre er:

- Hvor vigtigt er det at børn sover?
- Er det særligt vigtigt for helt små børn – de 0-3årige?
- Er søvn nødvendig for hjerneudvikling og læring?
- Kan børn sove for meget/for lidt?
- Kan søvn trænes?

Som udgangspunkt kan man fra en hjernemæssigt vinkel lægge ud med at sige: søvn er livsnødvendig for os alle og små børn kan ikke sove for meget, men de kan afgjort sove for lidt.

Vi sover i forskellige faser. Vi starter med en indsovningsfase, vi "døser" i 5-15 minutter, og derefter kan resten af natten deles ind i tre typer af søvn, der gentager sig i et mønster.

1) **Overfladisk søvn**
(her kan man let vækkes af høje lyde).
2) **Dyb søvn**
(her udskilles væksthormon, og derfor har børn brug for flere perioder med dyb søvn, end voksne har).
3) **Drømmesøvn**
(her ophører alt muskel aktivitet, så det er ikke i denne periode, man kan gå i søvne, kroppen bliver helt slap.) Den måde man kan se, at et menneske drømmer på er, at øjnene – som det eneste på hele kroppen, bevæger sig hurtigt frem og tilbage inde under øjenlåget – REM = Rapid eye movement).

"Many important things happen to the brain and body during sleep. Research has demonstrated that cells in the brain and body become detoxified during sleep. Restoration of body tissues and cells can also occur."

"S-J. Blakemore and U.Frith: The learning Brain, 2005"

Hvad målinger viser

Hjerneaktiviteten under en REM søvn ændrer sig meget. Hvis man måler med en EEG (elektroder, man sætter fast på kraniet, som måler den elektriske aktivitet i hjernebarken), så kan man se, at aktiviteten ligner den, man kan måle i vågen tilstand, så der sker åbenbart lige så meget i hjernen, når man drømmer, som når man er vågen og tænker aktivt!

Undersøgelser af blodgennemstrømningen i hjernen, mens man sover, viser også, at når vi er i den dybe søvn, så nedsættes blodgennemstrømningen og iltoptagelsen i hjernen som helhed med næsten 20%, ved den overfladiske søvn kun nogle få procent, mens der ved REM søvnen er ligeså meget aktivitet og blodgennemstrømning i hjernen som i vågen tilstand. Faktisk er der ikke bare lige så meget aktivitet, men også aktivitet i de samme hjerneområder som i vågen tilstand.

Forskere undersøger den sovende hjerne

På University of London udførte Chiara Portas og hendes forskerkolleger i 2000 et fMRI eksperiment for at undersøge, hvad der i grunden foregik i den sovende hjerne.

En gruppe frivillige blev holdt vågne natten over for at være sikre på, at de kunne sove i scanneren næste morgen. Portas selv blev også oppe sammen med de frivillige, men i modsætning til dem kunne hun ikke lægge sig til at sove om morgenen. Det hun ville finde ud af var, om hjernen reagerede på en karakteristisk stimulus selv når den sov.

Hun sikrede sig, at den frivillige var nået til en REM søvns periode og så fik et bånd til at gentage deres navn for dem.

Det bemærkelsesværdige var, at selv om deltagerne altså sov dybt, så reagerede det auditive cortex (det lyd-bearbejdende hjerneområde) tydeligt mere på den frivilliges eget navn end på en hvilken som helst anden lyd, der blev frembragt i scanneren.

Næsten som om at hjernen – selv når den sover fast – ikke bare reagerer på stimuli, den vil åbenbart også helst modtage og bearbejde stimuli eller information, som også i vågen tilstand har en særlig betydning for den sovende.

Nattens perioder – vi vågner og vi drømmer

Vi vågner 20-30 gange hver nat, men som regel kan man ikke huske, at man har været vågen, for det er max. 10-20 sekunder af gangen. Det er også i disse små perioder, man kan vågne helt.

Som regel sover man i 90 minutter, før man begynder at drømme, og den første drømmesøvn varer ca. et par minutter. Så starter der en ny søvncyklus (overfladisk søvn – dyb søvn – drømme søvn). En søvncyklus varer mellem 90 og 110 minutter, og gentages 3-5 gange hver nat.

Alle mennesker drømmer altså hver nat, også dem der siger de aldrig drømmer. Man kan kun huske sine drømme, hvis man bliver vækket/vågner i en drømmefase.

Søvnen påvirker koncentration og humør

Søvnen har derfor ikke kun betydning for kroppens hvile og genopbygning. Mangel på søvn kan også påvirke immunforsvaret, vores hukommelse og indlæring. Hvis man har sovet dårligt en nat, kan det påvirke både koncentration, humør og ydeevne.

Faktisk har man lavet forsøg med at vække folk, der sover, på bestemte tidspunkter.

I et søvnlaboratorium i København har man f.eks. vækket folk der lige er startet på deres REM-søvns-

periode. Hvis man konsekvent gør det tre døgn i træk, kan man fremkalde en kunstig psykotisk tilstand. Så selvom man får lov til at sove mange timer hver nat, (afbrudt) kan man ikke holde til at miste sin REM-søvn. REM-søvnen er altså meget vigtig for at kunne leve et "normalt", sundt liv.

Man mener, at drømmene er en bearbejdning af alt det, vi oplever i løbet af dagen, og den bearbejdning er nødvendigt for at bevare os psykisk sunde.

Fakta

Jeg er uddannet cand. mag. og lektor i dansk og psykologi.
Hjernen er afgørende for, hvordan livet udfolder sig,
Hvordan vi påvirker hjernerne har afgørende betydning for, hvordan den enkelte får udnyttet sit potentiale.
Hjernen og dens udvikling er i fokus i mit arbejde.
Siden jeg startede på psykologistudiet på Aarhus Universitet har mit arbejdsfelt været neuropsykologi og hjerneforskning.
Kort sagt alt det, der ligger i krydsfeltet mellem hjerne, udvikling og læring.
Hjerneåret i 1996 bidrog til mit valg om at hellige mig hjernens mysterier. Både gennem studier, praksiserfaringer, forskning og formidling.
Jeg fungerer bl.a. som konsulent på skoler.
Her hjælper jeg fx. lærere med at afklare, om udsatte børn har neurologiske problemer eller "bare" almindelige adfærdsproblemer.
Jeg skriver bøger, holder foredrag og har også medvirket i en lang række interviews i aviser, tidsskrifter, radio og tv.
Og jeg har bl.a. medvirket i tv-udsendelserne "Den lille forskel" og "Test nationen".
På DR2 sendes i efteråret 2008 et dokumentarprogram om intelligens, som jeg også medvirker i.
Aktuelt er jeg også involveret i en tænketank, som udarbejder visioner for børne og ungeområdet (0-18 år) i Århus Kommune.

Hvis søvnen spoleres

Selvfølgelig er også søvnen i sig selv vigtig. Hvis man eksperimenter med at holde folk vågne, vil de fleste kunne klare en enkelt nat.

Men på andendagen begynder de første problemer. Man virker mere irritabel, måske lidt apatisk eller fraværende og humøret bliver svingende.

På tredjedagen kan man få hallucinationer, dvs. begynde at forestille sig ting, eller "se" ting som ikke eksisterer. Nogle kan også næsten få forfølgelsesvanvid, så derfor stoppes også de fleste forsøg på tredjedagen.

Heldigvis viser det sig også, at hvis man så derefter får lov at sove, så ikke bare sover vi meget længe, men der er også meget kort mellem REM søvns perioderne. Så vi kan "reparere" os selv igen, med det som er nødvendigt.

Søvnen påvirker indlæring

Hvad der måske nok er mindst lige så interessant, når vi snakker sammenhæng mellem børn og søvn er, at mangel på søvn i høj grad påvirker både børn og voksnes evne til at lære og til at tage beslutninger.

Mange undersøgelser viser, at hvis mennesker den ene dag indlærer noget nyt og derefter får forstyrret eller ødelagt deres søvn, så vil den følgende dags indlæring være dramatisk forringet.

Et psykologisk studie foretaget af Jim Horne og Yvonne Harrison fra 2004 viser tydeligt, at hvis man mister blot en enkelt nats søvn, forringer det evnen til at tænke innovativt, til at tage beslutninger og at opdatere planer i forhold til nye informationer.

De konkluderer, at manglen på søvn eller søvnforstyrrelser går værst ud over evnen til at tænke kreativt og de frivillige i eksperimentet fik i stedet en tilbøjelighed til at blive mere rigide i deres tænkning og falde tilbage på kendte strategier eller gentagelser, selvom opgaverne ændrede sig.

(her citeret efter S-J. Blakemore og U. Frith: The Learning Brain, 2005)

Ydermere reagerer hjernen også kompensatorisk, når den mangler søvn.

Når søvn forstyrres, arbejder hjernen anderledes

Der er lavet nogle forsøg hvor deltagere i en scanner skal nævne så mange ord med samme begyndelsesbogstav som muligt. Det ene hold deltagere havde sovet en normal nattesøvn, mens det andet hold deltagere havde fået deres søvn forstyrret.

Deltagerne, som havde sovet normalt, løste opgaven ved at benytte neuralt netværk i tindingelapperne, som er specialdesignet til at løse den slags sproglige opgaver, mens deltagerne som manglede søvn måtte hente ekstra hjælp fra isselapperne, som en slags søvnkompenserende strategi.

Tankevækkende i forhold til hvor vigtig evnen til at lære nyt, at tænke kreativt og til at finde nye løsninger er for børn i alle aldre – ikke mindst når de starter i skolen!

Babyer drømmer og får orden på alt det nye

Allerede mens man er foster, drømmer man – meget endda. Man ved, at når moderen er 36 uger henne i graviditeten, drømmer det lille foster 75% af søvnen, når det så bliver født drømmer det ca. halvdelen af søvntiden og i 3-4 års alderen drømmer alle børn ca. 20% af den tid de sover, og det er omtrent det niveau drømmene holder sig på resten af livet.

Det helt lille barn må altså have rigtig mange sanseindtryk og oplevelser fra de vågne timer om dagen, der skal "lægges på plads på de rigtige hylder" i hjernen om natten, og derfor ekstra meget brug for søvn!

I dag ved forskerne, at de hjerneområder der i vågen tilstand har været involveret i læring, er de samme områder i hjernen som under drømmesøvnen bliver aktive igen.

Og der er vel aldrig igen en periode i et menneskes liv, hvor så meget nyt skal læres på ekstremt kort tid, som mens vi er helt små?

Hjerneområder aktives om dagen og derefter om natten

Pierre Macquet fra University of London foretog i 2000 nogle forsøg med at scanne hjernerne hos frivillige under kompleks indlæring. Deres hjerneaktivitet blev optaget via scanneren og om natten kunne han konstatere, at præcis de samme hjerneområder som om dagen havde været involveret i den kompilerede indlæring nu var aktive igen under REM søvnen.

Det valgte han at tolke, som hjernens forsøg på at styrke den indlæring, der havde fundet sted, og han blev efterfølgende bestyrket i den formodning, fordi deltagerne efter nattesøvnen havde forbedret deres udførelse af opgaverne fra dagen før.

Men hvad der er nok så vigtigt i denne sammenhæng er, at der lavet tilsvarende eksperimenter med, hvilke hjerneområder der er aktive under søvnen og under REM søvnen også hos det helt lille barn.

Hjerneforskeren Ian Law fortalte allerede i 1997 i forbindelse med hjerneåret i et temaprogram på DR2, at der var lavet PET scanninger af et barns hjerne under drømmesøvnen.

Han viste nogle meget flotte billeder af spædbørns hjerner, som tydeligt viste at de områder af hjernen, som er aktive under drømmesøvnen, er præcis de samme områder som barnet både i 0-3 års alderen og senere har brug for er velfungerende for at kunne lære noget.

Det sovende barns hjerne er selvfølgelig først og fremmest en sansehjerne, med stor aktivitet i høreområdet, synsområdet, de motoriske strips på begge sider af centralfuren på begge sider af hjernen og på oversiden af isselap/pandelap.

Drømmesøvnen træner de områder af hjernen, som har forbindelser allerede ved fødslen, men som det er tydeligt at se i denne bogs andre faktaartikler, også netop de funktioner i hjernen som senere bliver ufatteligt vigtige for udvikling af hukommelse og intelligens.

God og rigelig søvn stimulerer hjernen

Med andre ord: spædbørn skal sove og helst sove meget, det er der god hjernestimulation i!

De fleste børn kan også trænes til at sove meget.

(Bortset fra børn, hvis hjernestammeaktivitet allerede fra fødslen er meget for høj!).

Men det fungerer for børn, præcis som det gør for voksne. Det er ikke nødvendigvis noget de kan, den første uge forældre forsøger. Det kender vi fra os selv.

Den første uge man har sommerferie, vågner man til sædvanlig tid kl. 6.45, også selv om vækkeuret ikke ringer, og man sådan set kunne sove, så længe man havde lyst.

Den næste uge af sommerferien vågner man stadig omkring kl. 7, men nu kan man godt falde i søvn igen og er man så heldig, at have tre ugers ferie i træk, så har mange sikkert prøvet fornemmelsen af, at kunne sove længe uden afbrydelse, således at den første arbejdsdag, hvor vækkeuret igen ringer kl. 6.45 kan føles som et voldsomt overgreb, og man tager sig i at ligge i sin seng og overveje en sygemelding.

Den danske søvnforsker Søren Berg støtter sig til et nyligt offentliggjort forskningsprojekt fra New Scientist, når han siger, at et barn indtil skolealderen skal sove mellem 10 og 12 timer og fra skolealderen og frem til puberteten mellem 9 og 10 timer, og først når man er helt voksen kan man klare sig med 7 timers søvn.

Selv helt små børn fungerer på samme måde som voksne – søvn kan trænes, middagssøvn skal ikke afbrydes, jo mere de sover, jo mere kan de sove og læringsmæssigt er det godt givet ud.

Hjerner elsker søvn!

Af **Lene Bjerre og Birthe Sand Knudsen**, sundhedsplejersker

"De utrolige år" i sundhedsplejen

– et forældrekursus om børneopdragelse.

"De utrolige år" er et forældrekursus, som henvender sig til forældre med børn på 3-8 år. Deltagerne er forældre, som mangler redskaber til at håndtere de udfordringer, hverdagen med børnene giver.

Det kan være familier, hvor samspillet er blevet negativt med mange konflikter, og hvor barnet ofte har en udad- reagerende, antisocial og grænseafprøvende adfærd. Familierne er ofte havnet i en negativ spiral med dårlig stemning, hvor relationerne er påvirkede og spinkle.

Ofte er der uenighed om børneopdragelsen mellem forældrene.

"De utrolige år" (DUÅ) er udviklet af professor Carolyn Webster-Stratton i USA. I USA har programmet været anvendt siden 80-erne. Det er siden udbredt til andre dele af Verden. I Norge tog man programmet ind for 10 år siden. Her er der lavet forskning og tilpasning til nordiske forhold. Programmet er evidensbaseret og der er således dokumentation for effekten heraf.

I år 2005 indgik Herning, Ikast, Ålborg og Holstebro kommuner et partnerskab om endnu et evidensbaseret forældrekursus-program – "De utrolige år".

Dette er en fortsættelse af partnerskabet med PMT (ParentManagementTraining).

Lene Bjerre og Birthe Sand Knudsen er sundhedsplejersker og gruppeledere for "De utrolige år" i Holstebro Kommune.

Kurset er gruppebaseret. 6 forældrepar mødes med 2 gruppeledere 2 timer en gang ugentligt i 12-14 uger. Der lægges stor vægt på, at begge forældre deltager.

Undervisningen foregår ud fra en samarbejdsmodel (the collaborative process). Gruppen udvikler principper for opdragelse gennem diskussion ud fra deres egne erfaringer, anonyme videoklip og rollespil.

Forældre får hjemmeopgaver hver uge, både praktiske øvelser i forhold til aktuelt emne, udfyldelse af aktivitetsskemaer samt læsning af kapitler i bogen "De utrolige år".

Gruppelederne følger op med telefonopringning hver uge og kursisterne ringer til hinanden og giver opbakning og danner netværk.

Der tilbydes børnepasning, hvis dette er et problem for forældrenes deltagelse i kurset.

Kurset er manualbaseret, men udbyttet bliver meget individuelt, da det tager udgangspunkt i den enkelte families situation.

Der anvendes et spørgeskema vedrørende barnets adfærd (Eyberg-skema), som begge forældre udfylder før og efter kursusforløbet. Dette bruges dels til udvælgelse af familier til deltagelse i grupperne og dels som evalueringsredskab.

Kurset kan have både et forebyggende og behandlende sigte.

Kurset er meget handlingsorienteret og fremadrettet.

Der arbejdes ud fra et overordnet princip om, at: *den adfærd, som får opmærksomhed, forstærkes og vokser.*

Gennem hele kurset fokuseres på at opbygge barnets sociale og emotionelle kompetencer. Foræl-

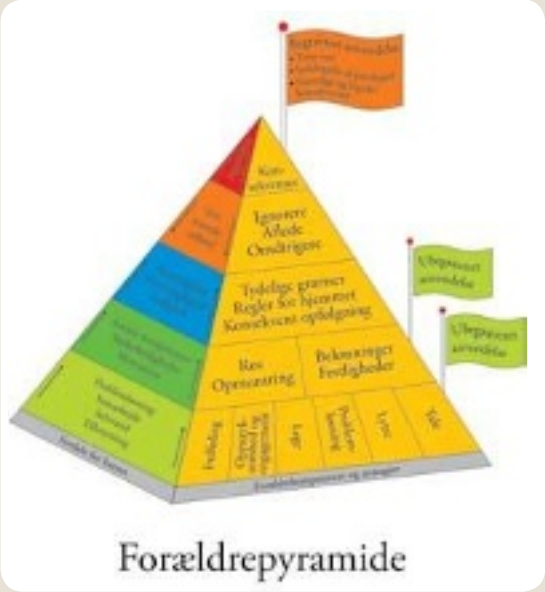
drene udvikler en større sikkerhed i forældrerollen og får værktøjer til at håndtere vanskelige situationer.

Første halvdel af kurset handler hovedsageligt om at opbygge de gode relationer mellem forældre og barn. Der er fokus på de kompetencer, barnet kan tilegne sig gennem samvær med forældrene.

Gennem legen med barnet styrkes tilknytningen og barnets selvværd samt barnets lyst til samarbejde og problemløsning. Ved diskussion udvikler forældrene principper for legen. F.eks. at lade barnet føre an i legen, undlade at overtage legen, vise opmærksomhed og engagement, støtte barnets initiativer, styrke kreativitet og fantasi og afpasse legen til barnets alder.

For at fremme den positive adfærd hos barnet, anvendes anerkendelse, ros og opmuntring i stor udstrækning. Der arbejdes med belønningssystemer som motivation for at lære nyt. Forældrene øver i at give færre, klare, positive beskeder samt at følge op på de givne beskeder.

I anden halvdel af kurset arbejder hver enkelt familie med at konkretisere, hvilke regler og grænser, der er vigtige hjemme hos dem. Forældrene arbejder med at håndtere egne følelser og dermed blive tydelige og forudsigelige for barnet.



Der arbejdes med begreber som ignorering, afledning, konsekvenser, problemløsning og time-out. Time-out bruges som en pause fra en uhensigtsmæssig opførsel, så barnet hurtigt får mulighed for et nyt positivt forsøg, som barnet kan anerkendes for i stedet.

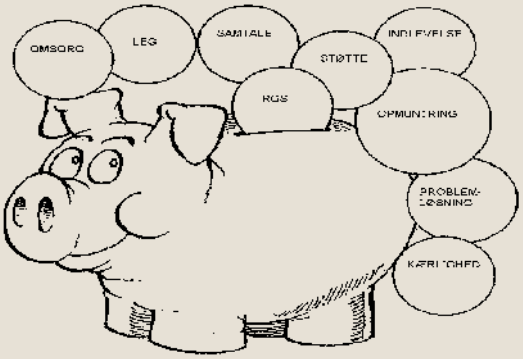
I Holstebro kommune har vi i løbet af 2006-07 gennemført 4 kursusforløb i sundhedsplejen. Vores erfaringer er meget positive. Alle forældre har udtrykt, at de har fået stort udbytte af kurset. De føler sig bedre klædt på til at takle konflikter med børnene på en positiv måde, de er blevet bedre til at sætte grænser og være tydelige uden vrede. Mange forældre beskriver, at omgivelserne har bemærket en markant bedre adfærd hos barnet. Forældrene udtrykker, at både de og barnet har oplevet et øget selvværd og en langt bedre stemning i hjemmet.

Det er svært at ændre indgroede familiemønstre og mange giver klart udtryk for, at netop det, at forløbet er over 3 måneder med opbakning og støtte både fra med-kursister og gruppeledere, er afgørende for, at det kan lykkes at fastholde de gode principper. Der er desuden opfølgende møder med hvert hold efter 3 og 6 måneder.

Holstebro kommune har valgt at prioritere implementering af evidensbaserede metoder som et indsatsområde med det formål at sikre, at flest mulige børn og unge bliver i stand til at mestre eget liv. Familiebehandlingscenter Spiren og sundhedsplejen er i gang med uddannelse af 4 gruppeledere til DUÅ. Der er givet tilsagn om yderligere uddannelse af 4 mere. I efteråret 07 er der opstartet Dino-grupper i tilknytning til forældrekurset. Her uddannes pædagoger som gruppeledere for børnegrupper. Børnene lærer her tilsvarende principper i forhold til sociale kompetencer og hensigtsmæssig adfærd. Der er lagt planer for at daginstitutioner og skoler skal inddrages med tilsvarende programmer.

Det tværfaglige samarbejde, som programmerne fører med sig, ser vi som meget udviklende i forhold til fælles strategier og målsætninger for børnepolitikken i Holstebro kommune.

Uddannelsen til gruppeleder foregår med under-



Husk at opbygge din bankkonto

visning og supervision fra Norge, England og USA. Der kan ansøges om certificering efter 2-3 års praktisk arbejde med forældregrupperne. Den enkelte gruppeleder bruger ca. 40% af en fuldtidsstilling til arbejdet.

I sundhedsplejen ser vi store muligheder for, at DUÅ kan være et sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, som kan være til gavn for de positive relationer i familien. I Tromsø i Norge har de gjort sig erfaringer med et forebyggende, kortere kursusforløb, som tilbydes alle forældre. Der er lavet forskning på effekten af dette. Forskningen forventes afsluttet i løbet af foråret 08. Vi venter spændt på resultatet af dette, da denne model måske kan anvendes til at nå ud til flere familier før tingene går i hårdknude

(jan08)Servicestyrelsen har planer om at udbyde uddannelsen af flere gruppeledere til forældregrupperne i efteråret 08.

I oktober 07 var vi sammen med lederne fra Børne-Unge området på studietur til Norge. Vi mødtes med praktikere og forskere i Norge for at hente inspiration til implementering og udvikling af programmerne i Danmark. Det var utrolig spændende og inspirerende at være sammen med dem, som har været med i tilpasningen af de amerikanske programmer til nordiske forhold. Vi fik mange ideer med hjem, som vi kan arbejde videre med.

FS10 har støttet vores studietur med et legat. Tak for det.

Af **Louise Jul Boutrup**, antropolog

Det byrdefulde moderskab

– Kvindelig identitet på spil

I denne og efterfølgende artikler behandles moderskab i Danmark i begyndelsen af det 21. årh. ud fra et antropologisk perspektiv. Artiklerne beskæftiger sig overordnet med de kulturelle opfattelser, der knytter sig til moderskabet i en dansk sammenhæng ved at fokusere på danske førstegangsmødre og deres sociale netværk herunder kontakten til svangeromsorgen og sundhedsplejersker.

Moderskabet som projekt

I nutidens danske samfund hænger indbegrebet af kvindelighed fortsat overordnet sammen med moderlighed. – Findes der måske noget mere ukvindeligt end en kvinde, der ikke vil have børn? Fordi kvindelighed er lig med moderlighed, er det af stor betydning for en kvinde at blive mor og at blive en perfekt mor. Moderskabet viser sig imidlertid som et byrdefuldt pres for mange førstegangsmødre, fordi forventningerne til egne evner som mor ikke harmonerer med erfaringerne som mor, og fordi moderskabet er blevet et projekt, der skal lykkes. Det, der står på spil, er nemlig meget mere end at være en god mor: Det er noget endnu mere fundamentalt; ens kvindelige identitet i forhold til omverden og en selv. Hvis omverden vurderer, at en mor er i stand til at imødekomme sit barns omsorgsbehov, er det nemlig ensbetydende med, at hun har bevist sit værd som kvinde.

Jeg er 30 år og uddannet antropolog fra Københavns Universitet i 2007. Under uddannelsen har jeg særligt beskæftiget mig med social identitet. Fra august 2005-januar 2006 udførte jeg et etnografisk feltarbejde på Fyn med moderskab blandt danske socialt velfungerende førstegangsmødre som hovedtema. Mit speciale bygger på dette feltarbejde, og er skrevet i samarbejde med KVINFO (landsdækkende forsknings- og formidlingscenter vedr. kvinde- og kønsstudier.) Privat er jeg gift og mor til en dreng på 4 år og en pige på 1 år. Vi bor på en gård på Nordfyn.

Findes den naturlige mor?

Almindeligvis opfattes moderskabet i Danmark som en relation mellem mor og barn, der er funderet i naturlige processer, hvor moren ved at *»mærke efter på egen krop«* bedst forstår at tolke barnets behov, og hvor moren derfor bliver barnets primære omsorgsperson. Denne opfattelse kan betragtes som en særlig dansk moderskabsideologi. Førstegangsmødrene forventer at kunne mestre moderskabet intuitivt, men finder det vanskeligt at tolke børnenes behov og dermed at imødekomme behovene i praksis. Det afstedkommer en oplevelse af frustration fra førstegangsmødrenes side, der indikerer, at evnen til at være mor ikke er indlejret i den kvindelige biologiske krop, men tværtimod er noget, der tilegnes vha. erfaringen med at passe et barn. Førstegangsmødrenes frustration forstærkes af, at de selv og omverden pga. forståelsen af de kvindelige intuitive omsorgsevner betragter moren som hovedansvarlig for et barns trivsel. Det ansvar medfører et kæmpe pres på førstegangsmødrene og en følelse af ensomhed, der ofte i negativ forstand påvirker kvinders opfattelser af sig selv som mødre og som kvinder.

Kulturelle forestillinger om moderskabet

Samtaler med 13 danske gravide og førstegangsmødre suppleret med interviews med sundheds-

personale, herunder sundhedsplejersker, samt deltagerobservation, har givet et indblik i, hvilke kulturelle forestillinger moderskabet i nutidens danske samfund forbindes med. Der tegner sig et overordnet billede af, at evnen til at være mor er noget naturligt, som kvinden intuitivt mestrer. Forestillingen om, at moderskabet er en naturlig del af en kvindes identitet, er imidlertid et samfundsskabt ideal, som mødre og deres omverden, herunder sundhedsvæsnet, har internaliseret, og som kan være med til at forklare, hvorfor hver tredje eller fjerde kvinde ifølge GAIA får en psykisk efterfødselsreaktion i forbindelse med sit moderskab. Førnævnte forestilling om den naturlige mor har historiske rødder tilbage til dannelsen af borgerskabet som samfundsklasse i 1800-tallet. Den særlige danske moderskabsideologi er således ikke universelt gældende, men derimod socialt skabte forestillinger, der er udsprunget af nogle danske kulturelle værdier og historiske samfundsudviklinger, som nærværende og følgende artikel vil beskæftige sig med.

Urealistiske forventninger til mødres intuitive omsorgsevner

Under mit feltarbejde blandt de gravide udfyldte de et skema bestående af 24 timer, hvor de skulle anføre, hvordan de forestillede sig, at et døgn med et barn på 2 mdr. ville forløbe time for time. Skemaerne viste tydeligt, at de gravide stort set ingen erfaring havde med at passe et spædbarn, men de gravide var ikke bekymrede over udsigten til at skulle drage omsorg for deres børn efter fødslen. – For som de gravide forklarede, så var de som kvinder skabt til at passe et barn, og det var jo kun naturligt, at de som mødre skulle tage sig af børnene. Imidlertid stemte de gravides forventninger til egne intuitive omsorgsevner ikke overens med erfaringerne efter fødslen, hvor de var mor til et spædbarn. Førstegangsmødrene oplevede generelt stor usikkerhed i forhold til, hvordan de skulle gribe barnepleje an og konsulterede derfor sundhedsplejersker i et bredt omfang for at drøfte tvivl og blive bekræftet i, at de som mødre passede børnene på tilfredsstillende vis. De interviewede sundhedsplejersker angav, at blive inddraget alt for meget i barneplejen, fordi førstegangsmødre generelt er for autoritetstro og mangler en fornemmelse for børnene. Sundhedsplejersken Hanne påpegede, at førstegangsmødre mangler at bruge deres intuition til at kigge på barnet og med udgangspunkt i sig selv forstå barnets behov. Ifølge Hanne efterlyses *»sund fornuft«* hos førstegangsmødrene.

Der er altså tale om et paradoks: De gravide og førstegangsmødrene forventer intuitivt at kunne mestre moderskabet og tillægges selv samme intuitive omsorgevner af såvel jordemødre som sundhedsplejersker, men de nævnte parter oplever, at de forventede intuitive evner ikke omsættes i praksis. Det paradoksale herved kan forklares med, at ideen om mødres intuitive omsorgsevner er socialt skabte forestillinger, der hænger sammen med nogle særlige kulturelle opfattelser af henholdsvis naturen og kvindens rolle i samfundet, som artiklen nu vil se på.

Idealiseringen af naturen og dets betydninger for moderskabet

Centralt i den førnævnte særlige danske moderskabsideologi er en forståelse af, at relationen mellem mor og barn er naturlig og altså, at moderskabet er funderet i naturen. Men hvad er der så særligt ved naturen, at en kvinde heri skal kunne findes svarene på, hvordan hun skal drage omsorg for sit barn og være mor? Indledningsvist er det vigtigt at fastslå, at natur er en kategori skabt af den menneskelige hjerne, der netop inddeler fænomener og deres associerede værdier i forskellige grupperinger for at skabe overblik i en ellers uoverskuelig verden. Kategorien natur er i Danmark overordnet forbundet med nogle positive værdier, og der er en tendens til at idealisere naturen, hvilket kommer til udtryk ved, at naturen opfattes som noget ægte og oprindeligt, hvor vi kan finde svar på givne spørgsmål. Ofte anvender danskere begrebet *»naturens vilje«* og henviser dermed til, at naturen egenhændigt har en mening om, hvordan en ting skal være,

som mennesker er underlagt. Naturen repræsenterer for danskere en overordnet sandhed, og derved bliver naturen en magtfaktor, som vi kan henvise til for at legitimere en given opfattelse. Derfor bruger vi udtrykket *»det er naturligt at gøre sådan«,* når vi bliver spurgt til en handlemåde, der for os at se ikke kunne eller burde være anderledes.

Den udbredte danske idealisering af naturen tog sin begyndelse i 1700-tallets naturalisme og blev i takt med industrialiseringen den gængse måde at betragte naturen på ved 1800-tallets afslutning blandt byens borgerskab. Borgerskabet, der bl.a. bestod af håndværksmestre og forretningsdrivende, var en ny samfundsklasse i byerne og datidens kulturelle trendsættere. Tilvandringen fra landet til byerne under industrialiseringen resulterede bl.a. i en fremmedgjorthed over for naturen på landet, som borgerskabet sjældent var i direkte berøring med. Fremmedgørelsen gav sig udslag i en forherligelse af naturen, der blev opfattet som en modsætning af byens forurening, sociale usselhed og kapitalistiske grådighed. Idealiseringen af naturen fik afgørende betydning for datidens nye moderskabsideologi, der lagde grundstenene til den nutidige moderskabsideologi.

Siden 1800-tallets afslutning har moderskabet blandt det danske borgerskab (der kan betragtes som nutidens middelklasse) været genstand for en *»naturalisering«, »individualisering«* og *»intimisering«.* Naturaliseringen af moderskabet indebar, at den biologiske moder blevet betragtet som værende i besiddelse af et instinkt, hendes intuition,

der gjorde hende i stand til at elske barnet og drage den rette omsorg for det. Det lå altså i kvindens natur, at hun kunne mestre moderskabet. Individualiseringen omhandlede, at den biologiske mor pga. førnævnte instinkter forventedes at varetage alle omsorgsfunktioner i forhold til barnet. Endelig udmøntede intimiseringen af moderskabet sig i en forventning om, at forholdet mellem mor og barn bestod af et dybtfølt kærlighedsforhold, der indledtes med en symbiotisk tilstand. De her nævnte borgerlige forestillinger om moderskabet bredte sig til de andre sociale grupperinger i det danske samfund, hvor forestillingerne kom til at blive alment accepterede, og så indgroede, at de fortsat gør sig gældende i vor tid.

Det identitetsskabende moderskab

Forud for industrialiseringen var det almindelig praksis blandt det danske samfunds økonomisk- og socialt velstillede samfundslag at overlade børn til en amme frem til treårs alderen, men med dannelsen af borgerskabet som samfundsklasse i 1800-tallet ændredes denne praksis.

Blandt borgerskabet blev hjemmet og familien et dominerende ideal. Dette ideal hang sammen med, at arbejdsplads og hjemmet var adskilt, og at borgerskabets mænd varetog ansvaret for arbejdspladserne ude i byen, mens borgerskabets kvinder var henvist til hjemmet, den private sfære, der indretningsmæssigt og følelsesmæssigt var deres skaberværk. Borgerskabets forestillinger om familien var baseret på kærligheden mellem ægtefællerne og en ideologi om forældrekærlighed og børneomsorg, hvor mødre, i kraft af at være kvinder, spillede en særlig rolle. Borgerskabets opfattelse af kvindelighed var lig med moderlighed, og qua sit køn var moren hjemmets hjerte, der var indbegrebet af emotionalitet. Faren derimod defineredes ud fra produktionssfærens betingelser om rationalitet og effektivitet, og han sørgede for den økonomiske opretholdelse af familien og hjemmet, mens moren tog sig af børnene (se Frykman og Löfgren 1994). Ammerne blev overflødige, fordi borgerskabets kvinder selv begyndte at amme og varetage omsorgen for deres små børn, da denne omsorg blev opfattet som en kvindes kald. Moderskabet blev med andre ord en eksistensberettigelse for borgerskabets kvinder. Årsagen hertil er at finde i borgerskabets forståelse af kvindens køn, som knyttede betydninger af kvindens biologiske krop- altså reproduktive organ og bryster – med opfattelser af kvindens samfundsmæssige plads- altså i hjemmet. Der skete med historikeren Bente Rosenbecks ord en *»forskydning fra kvindelighed til moderskab og moderlighed«* (Rosenbeck 1987:155), og i denne forskydning ligger en forståelse af, at moderskabet er *»kvindens primære og naturlige livsopgave«* (Rosenbeck 1987:155).

At blive mor er en begivenhed

Forskydningen fra kvindelighed til moderskab og moderlighed fremgår tydelig af de data, som mit feltarbejde tilvejebragte. Adspurgt om, hvorfor de gravide og førstegangsmødrene havde besluttet at blive gravide, svarede de fleste, at det bare var noget de »altid« eller »længe« havde vidst, at de engang ville være og uddybede ikke nærmere, som om det var unødvendigt at forklare, da lysten til at være mor var åbenlys for enhver. Førstegangsmoderen Line forklarede kort, at *»det er en naturlig kvindeting at ville være mor«,* og udtrykte dermed en opfattelse af moderskabet som noget en kvinde qua sit køn selvsagt ønsker. Moderskabet opfattedes altså af førstegangsmødrene som en naturlig del af livet som kvinde, men moderskabet viste sig ofte som et byrdefuldt pres. Jeg spurgte førstegangsmoderen Anne om, hvad hun fandt var det mest vanskelige ved at være mor, og hun svarede: *»Det er om andre synes man gør det godt nok«.* At blive mor for første gang er i en dansk sammenhæng blevet en begivenhed, der indebærer nogle store forventninger fra moderens side til moderskabet, og nogle store forventninger fra omverdens side til moderen. Det begivenhedsrige ved moderskabet kan forklares udfra, at det at blive mor er en af de mest identitetsskabende faktorer for kvinder. Ved at få et

barn får en kvinde med andre ord mulighed for at udvikle sit kvindelige potentiale. Hvordan en kvinde opfatter sig selv som mor afhænger i høj grad af omverdens vurdering af hendes moderlige evner, der samtidig er en vurdering af hendes værd som kvinde. Førstegangsmoderen Lotte formåede ikke at leve op til sit eget og sundhedsvæsnets ideal om at amme barnet fuldt ud i mindst 4 måneder, og som konsekvens tænkte Lotte: *»Ej, hvor er jeg bare en dårlig mor, at jeg ikke kan amme mit barn«.* I forbindelse med den mislykkede amning led Lotte af mindreværdskomplekser og oplevede, at andre så ned på hende som mor. Derfor undskyldte og forklarede Lotte alle der spurgte, hvorfor amningen var ophørt, da barnet var tre uger.

»Det er jo naturligt at amme»

I løbet af mit feltarbejde hørte jeg igen og igen gravide, førstegangsmødre og sundhedspersonale udtale, at *»det er jo naturligt at amme«.* Den gængse opfattelse af amning blandt informanterne var, at en kvinde er skabt til at gøre det, at hun instinktivt ved, hvordan hun skal gøre det, og at hun derfor gør det. Til trods for at de sundhedsmæssige og psykologiske fordele ved amningen betonedes af sundhedspersonalet, angav flere sundhedsplejersker, at *»moderskabet sidder jo ikke i brysterne«,* når talen faldt på mødres problemer med at amme. Ifølge de nævnte sundhedsplejersker kan man altså godt være en god mor, selvom man ikke ammer. Imidlertid oplevede førstegangsmødrene det som en nødvendighed at amme deres børn for at kunne fremstå som en god mor i egne og andres øjne. Derfor er det fatalt, når amningen mislykkes som i førstegangsmoderen Lottes tilfælde. Moderskab er en slægtsrelation, der handler om indbyrdes kærlighed mellem mor og barn, og denne kærlighed indebærer bl.a. for moderens vedkommende at yde barnet den bedst tænkelige omsorg. Som følge heraf føler førstegangsmødrene, at de skal gøre et forsøg og ideelt set lykkes med at amme deres børn, fordi modermælk og amning – foruden at været associeret med sundhed – også anses for at medføre et nært emotionelt forhold – også kaldet symbiose- mellem mor og barn, der er at eftertragte.

Symbiose er et ideal

En del af den særlige danske moderskabsideologi handler om, at der bør eksistere et symbiotisk forhold mellem mor og barn, mens barnet er spædt. Under symbiosen lader moderen sig opsluge af barnet og dets behov og nedprioriterer andre gøremål i hverdagen. Historikeren Anne Løkke beskriver det symbiotiske forhold som et *»næsten helligt bånd mellem mødre og deres børn«,* som *»vi opfatter som naturgivent«* (Løkke 1993:7). Imidlertid er troen på det ideelle ved symbiosen ikke universelt gældende men betinget af nogle danske kulturelle forestillinger om barnets psykiske trivsel og udvikling og om moderens betydninger i forhold til sidstnævnte. Med 1700-tallets naturalisme opstod nogle pædagogiske tanker om barnet, som fortsat holdes i hævd i Danmark. Før naturalismen blev barnet forstået som en dyrisk lille voksen, der skulle tugtes, men med naturalismen blev barnet til et godt lille barn, der skulle elskes og kærligt oplæres igennem barndommen til på sigt at indtræde i voksenlivet. Som beskrevet tidligere kom moderen til at spille en særlig rolle i forhold til det lille barns liv og trivsel. For at en mor kan udfylde denne rolle, er det en forudsætning, at hun og barnet er fysisk tilstedeværende sammen, og at de økonomiske – og sociale livsbetingelser er sikre, hvilket gjorde sig gældende for borgerskabets hjemmegående kvinder og for nutidens mødre på barsel. At den danske moderskabsideologi er kulturelt særegent fremgår tydeligt, når mit speciales undersøgelse sammenstilles med antropologiske studier af moderskab i andre lande. Eksempelvis har sygeplejersken og antropologen Nancy Scheper-Hughes (1985) vist, hvordan fattige mødre i Brasiliens slumbyer undgår at knytte sig til deres børn, før børnene har vist sig levedygtige. De fattige brasilianske mødres manglende tilknytning er bl.a. forårsaget af, at de økonomiske ressourcer, der kan sikre faste måltider

og medicinsk lægehjælp ved sygdom, ikke er tilstedeværende, og det medfører en enorm dødelighed blandt små børn. For at undgå at investere følelser og kræfter i børn, der måske ikke overlever treårs alderen, afstår mødrene fra at give børnene navn og undlader unødig fysisk berøring med børnene, før end mødrene mener sig overbevist om, at børnene er levedygtige.

Naturen er tvetydig

Moderskab har i en dansk sammenhæng som nævnt gennemgået en naturalisering, der indebærer, at en mor instinktivt ved, hvordan hun skal drage den fornødne omsorg for sit barn. Derfor kan det fremstå som et paradoks, at førstegangsmødre konsulterer fx sundhedsplejersker om barnepleje. Sundhedsplejeinstitutionen repræsenterer nemlig en professionalisering af moderskabet, der har rødder i lægevidenskabens medikalisering af moderskabet og barnepleje siden 1800-tallets afslutning. Professionaliseringen af moderskabet indebærer et videnskabeligt perspektiv på børneomsorg og kan umiddelbart forstås som den direkte modsætning til førstegangsmødres opfattelse af det naturlige ved moderskabet. Førstegangsmødres kombination af en tro på det naturlige ved moderskabet og behovet for at konsultere sundhedsplejersken beror på, at den danske opfattelse af naturen ikke er entydig, da naturen både repræsenterer noget godt og sandt og har indbygget et risikomoment, der betyder, at naturen kan være farlig. Bakterier kan fx slå barnet ihjel, eller barnet kan dø af undervægt. Førstegangsmødrenes forståelse af det risikofyldte ved naturen i forbindelse med moderskabet udmønter sig i et behov for at forebygge og kontrollere de risikobetonede aspekter herved, og derfor involverer og anerkender førstegangsmødrene sundhedsplejerskerne som forebyggende og kontrollerende instanser. At man som førstegangsmoder både kan forstå moderskabet som værende naturligt og samtidig konsultere sundhedsplejersken uden at denne kombination forekommer førstegangsmødrene paradoksal skyldes, at førstegangsmødrene hver især forhandler sig frem til en meningsfuld balance mellem de to tilgange til moderskab.

Førstegangsmødres fokus på børns vægt

Sundhedsplejerskerne fandt, at førstegangsmødrene havde et enormt fokus på deres børns vægt, og sundhedsplejerskerne angav, at i stedet for at rette opmærksomheden på tal, burde førstegangsmødrene *»se på barnet om det trivedes«.* Ifølge sundhedsplejerskerne burde førstegangsmødrene generelt *»mærke efter«* i sig selv og *»stole på deres intuition i aflæsningen af barnets behov og så handle derefter«.* Sundhedsplejerskerne arbejder udfra en fænomenologisk tilgang til moderskab, der indebærer en implicit forventning om, at mødre besidder en intuitiv forståelse af deres børns behov. Førstegangsmødrene og deres omgangskreds forventer ligeledes, at kvinder qua deres biologiske køn besidder denne intuitive indsigt, men i praksis har førstegangsmødrene som nævnt svært ved at stole på intuitionen. Når førstegangsmødre oplever et stort behov for at få barnet vejet af sundhedsplejersken, skyldes det flere ting. Sundhedsplejersken er en ekspert i barnepleje, og når en førstegangsmoder spørger en sundhedsplejerske til råds om, hvorvidt barnet tager nok på i vægt, og sundhedsplejersken bekræfter dette, så opnår førstegangsmoderen svar fra en – for hende at se – autoritet på barnepleje-området. Sundhedsplejerskens svar betyder for det første, at førstegangsmoderen bekræftes i, at barnet trives, og at det onde ved naturen holdes i ave, hvilket er af stor betydning for førstegangsmoderen, der elsker barnet. Men sundhedsplejerskens svar betyder også, at førstegangsmoderen kan fortælle

sin omgangskreds, at sundhedsplejersken vurderer, at barnet trives, og det betyder indirekte, at førstegangsmoderen griber moderskabet rigtigt an, og at hun altså er god nok som mor – og dermed god nok som kvinde.

Erfaring med barnepleje

Som artiklen har illustreret, er forestillingen om kvinders intuitive omsorgsevner netop en forestilling, som nutidens førstegangsmødre frustreres over ikke at opleve i praksis efter fødslen. Vore dages kvinder i den fødedygtige alder har generelt tilbragt en meget stor del af deres barndom i daginstitution, og de færreste har lært af egne forældre, hvordan plejen af mindre søskende fandt sted. Derfor befinder nybagte førstegangsmødre sig i den situation, at de efter fødslen står med et spædbarn og ingen praktisk erfaring vedr. barnepleje har at trække på. Samtidig har opfattelserne af den rette barnepleje ændret sig markant, siden førstegangsmødrene selv var spæde, og derfor oplever mange førstegangsmødre, at bedstemoder-generationens råd om barnepleje er ubrugelige. Det er følgelig ikke underligt, at mange førstegangsmødre oplever især den første del af barselsperioden som stressende og ikke som den entydigt lykkelige tid, som tiltænkt under graviditeten. Kvinderne skal nemlig lære at være mødre: de skal lære at pleje deres børn og forstå de signaler deres børn sender. Flere førstegangsmødre fortalte, at de følte sig hjælpeløse i de første måneder efter fødslen, fordi de ikke vidste, hvad barnets gråd betød. – Var barnet sultent eller træt, eller hvad kunne der ellers være i vejen? Når børnene var omkring to-tre måneder angav førstegangsmødrene, at de begyndte at kunne slappe mere af som mor, fordi de havde lært deres børn at kende og nu kunne skelne nuancerne i gråden. Dermed oplevede førstegangsmødrene, at de bedre kunne fortolke og imødekomme børnenes behov. Den periode, der passerer fra fødslen og frem til tre måneders alderen, kan betragtes som en læretid, hvor førstegangsmødrene ved at praktisere den daglige pleje samler erfaring sammen som mor. Førstegangsmødrene lærer via praksis, hvordan man er mor til et barn og får dette barn til at trives. Læretiden som mor slutter imidlertid ikke, når barnet er tre måneder, men fortsætter livet igennem, hvor moderen lærer, hvordan hun skal forholde sig til barnets behov udfra det udviklingsstadie, som barnet befinder sig på.

Evnen til at være mor kan beskrives som learning by doing, og det er en pointe, som nutidens førstegangsmødre – og deres omverden – med gavn kunne blive præsenteret for. Pointen vil nemlig tilkendegive, at førstegangsmødrene ikke har intuitive omsorgsevner, men skal lære at være mor i samspil med barnet. Dette samspil foregår som vist i artiklen i en kulturel dansk sammenhæng, hvor der findes nogle særlige forestillinger om, hvori den rette barnepleje består, og hvordan man ideelt set bør være som mor.

Litterære henvisninger:

1. Jonas Frykman og Orvar Löfgren: Det Kultiverte Mennesket. Pax Forlag, Oslo, 1994.
2. Anne Løkke: »Forældrebilleder – skitser til moderskabets og faderskabets historie«, i Social kritik nr. 25/26, s. 7-21. 1993.
3. Bente Rosenbeck: »Kvindekøn: Den moderne kvindeligheds historie 1880-1980«, Gyldendal, 1987.
4. Nancy Scheper- Hughes: »Culture, Scarcity, and Maternal thinking: Maternal Detachment and Infant Survival in a Brazilian Shantytown«, i: Ethos, vol. 13, no. 4 (Winter), s. 291-317. 1985.

Tekst skrevet »med kursiv i anførselstegn« er citater fra interviews med informanter. Alle informanters navne er ændret for at sikre dem anonymitet.
Artiklen er skrevet på baggrund af specialet: Moderskabelse – en antropologisk undersøgelse af slægtskab mellem danske førstegangsmødre og deres børn.
Institut for Antropologi, Københavns Universitet, 2007.
Specialet kan lånes via www.bibliotek.dk eller købes i landets bogbutikker.

Af **Louise Jul Boutrup**, antropolog

Den intuitive mor og den praktiske far?

Dansk moderskabsideologi og dens betydninger for omsorgsrollerne i familien under barselsperioden.

Fordelingen af barselsugerne

Langt størstedelen af barslen afholdes fortsat af mødre til trods for, at der lovgivningsmæssigt er mulighed for at fædre kan tage op til 34 ugers barsel. Som forklaring på den ulige fordeling af barslen mellem forældre anføres fædres generelle højere lønindkomst oftest som årsag. Dette er imidlertid en unuanceret begrundelse, der overser betydningerne af den danske moderskabsideologis afgørende rolle, når barselsugerne skal fordeles mellem forældre. I sidste udgivelse af Sundhedsplejersken beskrev artiklen "Det byrdefulde moderskab…" hvordan den danske moderskabsideologi indebærer en opfattelse af, at kvinder intuitivt mestrer moderskabet. Nærværende artikel tager afsæt i "Det byrdefulde moderskab…" og fokuserer på, hvilke betydninger moderskabsideologien har for fordelingen af omsorgsroller i familien under barselsperioden.

Baggrund for artiklerne

Artiklerne af undertegnede er skrevet på baggrund af et etnografisk feltarbejde udført på Fyn i 2005-2006, hvor jeg har indsamlet data om moderskab blandt danske socialt velfungerende førstegangsmødre under deres svangerskab og efter fødslen. Under feltarbejdet interviewede jeg nogle få fædre, men min primære data er dog førstegangsmødrenes oplevelser med at være mødre og deres opfattelser af partnerne som fædre.

Denne artikel hedder: "Den intuitive mor og den praktiske far?…", fordi det er de roller, som den nutidige moderskabsideologi tildeler henholdsvis moren og faren, der har et lille barn. Når jeg har sat et spørgsmålstegn i overskriften, er det for at problematisere, hvorvidt det er de roller en mor og far overordnet kan varetage i forhold til det lille barn. I det følgende vil jeg vise, hvordan rollerne som intuitiv mor og praktisk far kom til udtryk under mit feltarbejde og beskrive, hvordan førstegangsmødrene oplevede at være tildelt evnen som den intuitive mor og at have en partner, der angivelig var praktisk far.

Triaden efter fødslen

I de informationer om graviditeten, fødslen og den første tid herefter som de gravide fik under jordemoderkonsultationer og fødselsforberedelse fremgik der klart nogle kulturelle holdninger til, at de personer, som familieforøgelsen primært omhandlede, var mor, barn og far. Det var kvinden og manden, der skulle være forældre til et lille barn, og i kraft af førnævnte kulturelle holdninger kommer kernefamilien til at stå som en afgrænset enhed overfor de øvrige medlemmer af slægten. Sundhedsvæsnet lagde op til, at farens rolle i triaden med mor og barn efter fødslen bestod i at være moren behjælpelig med praktiske gøremål og psykologisk støtte, så hun kunne indgå i symbiose med barnet. Denne forståelse af fædres placering i forhold til mor og barn delte alle de interviewede førstegangsmødre. En interviewet sundhedsplejerske fortalte, at nybagte førstegangsmødre ofte havde svært ved at afvise

besøgende i den første tid efter fødslen, hvor mor og barn havde brug for fred og ro til at hvile og få amningen i gang. Pågældende sundhedsplejerske påpegede, at fædre i sådanne situationer burde påtage sig at takke nej til de ivrige gæster på vegne af den nybagte mor for derigennem at støtte op om morens behov for ro. Udfra førstegangsmødrenes beskrivelser af den første tid efter fødslen fremgik det, at de 14 dages barselsorlov, som deres partnere tog, var af stor betydning for mødrene, fordi fædrene i denne tid var hjemme og kunne ordne fx indkøb og madlavning, mens førstegangsmødrene helligede sig børnene.

Hvis far tør og mor giver lov

Alle fædrene havde arbejde, som de genoptog efter endt 14 dages barselsorlov, og de var væk fra hjemmet mange timer om dagen. Når fædrene ikke arbejdede, kunne de potentielt tage sig lige så meget af den del af barneplejen, der ikke involverede amning, som førstegangsmødrene, men det skete kun hos førstegangsmoderen Dorte, der i øvrigt ikke ammede sit barn. Dorte beskrev sin partners engagement mht. barneplejen med, at fædre kunne jo lige så godt som mødre, og for fædres vedkommende var det et spørgsmål om at turde, at have lysten og få lov. Dorte troede, at der var mange fædre, der ikke fik lov af barnets mødre. Men hvordan kan det være, at fædres engagement i varetagelsen af barneplejen tilsyneladende afhænger af mødres accept heraf? Det er for mig at se et vilkår, som udspringer af den udbredte opfattelse af, at moren har intuitive omsorgsevner i forhold til barnet, der gør hende til barnets primære omsorgsgiver. Sidste artikel beskrev, at moderskabet har været genstand for en individualisering siden slutningen af 1800-tallet, der betyder, at en mor pga. sine medfødte instinkter opfattes som den mest betydningsfulde i sit barns liv og i forhold til dets trivsel. – Så hvis far skal på banen, skal han turde og mor skal tillade det.

Symbiosen: Et ambivalent forhold

Under graviditetsfasen fandt de gravide det ikke problematisk at skulle indgå i et meget tæt forhold med det spædebarn, for de forestillede sig, at dette forhold ville være genstand for en ubeskrivelig glæde og kærlighed. Det viste forholdet til barnet efter fødslen sig også delvist at være, men førstegangsmødrene oplevede ligeledes den meget nære relation til barnet som enormt frustrerende og ambivalent. Gennem fødselsforberedelse lærte de gravide om, hvor vigtig nærhed og kropskontakt med det nyfødte barn er, og denne indsigt viste sig for flere at være en byrde. Førstegangsmoderen Mette følte sig lænket til lænestolen med sin nyfødte søn i den første måned efter fødslen. Hver gang sønnen var faldet i søvn i hendes arme, forsøgte hun at lægge ham i liften, så hun kunne nå at ordne lidt praktisk i huset, mens han sov. Men hver gang sønnen var lagt i liften, vågnede han og græd, hvorefter Mette tog ham op igen, mens hun ofte følte en stor irritation over, at han ikke bare kunne ligge for sig selv og sove. Samtidig med at Mette følte sig bundet af barnets behov for at have kropskontakt med hende den første måned efter fødslen, kunne Mette ikke slappe rigtigt af, hvis sønnen blev holdt af andre, fordi hun opfattede, at sønnen havde det bedst hos hende. Mette forklarede at: *"Det er jo ikke fordi de mishandler ham, men de holder ham bare på en anderledes måde end mig. Emil (det er sønnen) bliver måske irriteret over at blive holdt sådan af andre, men jeg siger ikke noget, når andre holder ham. Det er også bare fordi, at jeg selv kender ham så godt, kender alle hans tegn, og jeg vil helst være sammen med ham hele tiden".*

At overlade ansvaret

Symbiosen med barnet, som førstegangsmødrene oplevede, var altså en byrde for mange, men samtidig var det også svært for mødrene at slippe børnene og stole på, at andre kunne tage sig ordentligt af børnene. En dag havde førstegangmoderen Sofie en aftale i byen, hvor hun ikke kunne tage sønnen med, og han skulle derfor blive hjemme hos sin far. Inden Sofie tog af sted, talte hun med sin mand om, hvordan han skulle passe sønnen under hendes

fravær. Fx sagde Sofie, at det var meget vigtigt, at sønnens bluse blev skiftet, hvis den var våd, så han ikke blev lagt ud i barnevognen med fugtigt tøj. Sofie forklarede mig, at hun godt vidste, at sønnens far ville passe godt på ham, og at det egentlig ikke var nødvendigt at sige det med at skifte blusen, men at hun var nødt til at sige det alligevel for at være sikker på, at sønnen havde det godt, mens hun var borte fra hjemmet.

Oplevelser af ensomhed som førstegangsmoder

En af konsekvenserne af, at førstegangsmødre selv forstår og forstås af andre som barnets primære omsorgsperson, er, at førstegangsmødrene oplever det som trættende at stå med hovedansvaret for børnenes pleje og trivsel. Det lægger et kæmpe pres på førstegangsmødrene, der føler sig som hovedansvarlige, hvis barnet ikke har det godt eller er urolige. Dette overordnede ansvar for børnene må førstegangsmødre vise deres sociale netværk, at de mestre, fordi mødrenes evner som mor vurderes af netværket. Denne fortolkning kan være med til at forklare, hvorfor de interviewede sundhedsplejersker ofte oplever, at førstegangsmødre præsenterer moderskabet, så det tager sig godt ud i omverdens øjne, for mødrenes kvindelighed står på spil. Det begivenhedsfulde ved moderskabet består netop i dets potentiale for at kunne manifestere værdien af ens kvindelige identitet for sig selv og for sin omverden. Mange førstegangsmødre oplever moderskabet som uendeligt ensomt, og det skyldes ikke kun, at de er hægtet af arbejdsmarkedet under barslen og er afskåret fra mange sociale relationer i dagtimerne, hvor partneren, familien og venner går på arbejde. Ensomheden skyldes også oplevelserne med at skulle forholde sig til frustrationerne over at være barnets primære omsorgsgiver og samtidig at opretholde en facade udadtil mod omverden, og agere som om moderskabet virkelig er sådan en entydig lykkelig begivenhed, som et udbredt kulturelt romantisk familieideal i bl.a. medierne lægger på til.

Konflikter om pasning af barnet

En anden konsekvens af, at førstegangsmødre forstås som barnets primære omsorgsperson, er, at forståelsen potentielt kan skabe konflikter mellem børnenes forældre i forhold til varetagelsen af barneplejen. Førstegangsmødrene forklarede generelt, at deres partnere deltog i et begrænset omfang i plejen af barnet, og at fædrene fx ikke hørte børnene, når børnene vågnede om natten. Førstegangsmødrene fortalte også, at fædrene ville synes, det var sjovere at have med børnene at gøre, når de kom i kravlealderen.. Implicit i disse forklaringer af fædres adfærd ligger en accept af, at forældreskabet for mange fædre er mere hygge-betonet, end det er for mødrene. Førstegangsmoderen Lotte beskrev, at hendes partner havde: *"…hjælper- til -rollen"* i forhold til barnets pleje, og at han ofte afslog at give barnet skemad, bade det eller skifte det med henvisning til, at Lotte var bedst til det. En dag havde Lotte i frustration over hans manglede deltagelse i barneplejen spurgt ham: *"Hvad fanden kan jeg egentlig sætte dig til?".* Dette citat angiver meget præcist, hvem der er arbejdsgiveren, og dermed hvem der står med det overordnede ansvar for at barnet bliver plejet.

Førstegangsmødre vil bestemme barneplejen

Fædrenes udbredte afholdenhed i at deltage i barneplejen kan dog ikke alene forklares med at forældreskabet generelt var mere hygge-betonet for dem. Førstegangsmødrenes opfattelse af deres egen altafgørende rolle for børnenes velbefindende kom til udtryk i, at mødrene helst så, at deres partneres håndtering af barneplejen afspejlede mødrenes egen pleje, som mødrene opfattede som bedst. Derfor havde førstegangsmødrene tendens til at rette på partnernes måde at håndtere barnets pleje på med det resultat, at fædrene ofte trak sig med en følelse af manglende evner til at pleje barnet. En dag jeg besøgte førstegangsmoderen Anne og hendes partner, kritiserede hun ham for ikke at give sønnen hagesmæk på, inden han skulle spise. Part-

neren henvendte sig til mig i et forsvar og sagde: *"Det er derfor jeg helst vil have at Anne selv giver ham (sønnen) mad, for så bliver det gjort rigtigt"*. Lidt senere havde partneren skiftet sønnen og forklarede Anne, at han altså var kommet til at vende sønnens bukser med vrangen udad, hvortil Anne svarede, at det ikke gjorde noget.

Er far en praktisk gris?

I kraft af, at mødre holder størstedelen af barslen, er det mødrene, der har børnene mest mellem hænderne og derigennem lærer at tolke barnets signaler. Som resultat af, at børnene tilbringer mest tid med mødrene, og modtager mest omsorg og nærvær fra mødrene, lader børnene sig også nemmest trøste i mødrenes favn. En undersøgelse af fædre i København foretaget for nylig viser, at fædre undlader at tage en lang barselsorlov med deres børn, sådan som de nye barselsregler ellers lægger op til er muligt, bl.a. fordi fædrene er bange for at være alene med deres børn. Denne frygt fra fædrenes side for at være alene med barnet i hverdagen kan forstås ud fra sidste artikels beskrivelse af kønnenes associerede egenskaber blandt borgerskabet i slutningen af 1800-tallet. Som nævnt associeredes manden ikke med omsorgsmæssige instinkter lige som kvinden. I nutidens samfund er det fortsat sådan, at mænd overordnet defineres ud fra produktionssfærens betingelser om rationalitet og effektivitet. Derfor opfattes fædre som praktiske i forhold til barnet og ikke som intuitive, og som en konsekvens heraf udføres størstedelen af barneplejen af mødrene. Det er en dominerende kulturel opfattelse i Danmark, at det kvindelige biologiske køn overvejende tillægges de omsorgsmæssige evner for barnet, og det afspejles i de politiske vedtagelser på barselsområdet. Mødre skal afholde 14 dages barsel efter fødslen, mens fædre kan vælge at holde barselsorlov i samme periode, og størstedelen af barslen er fortsat forbeholdt mødre. Hvis faren ønsker at holde barselsorlov i nogle af de 32 uger, som forældreparret frit kan fordele mellem sig, kræver det en underskift fra moren. Førstegangsmødre kan dog ligesom fædre være ængstelige ved at være alene med barnet. Det gjorde sig fx gældende for førstegangsmoderen Julie, men hun havde aldrig nævnt det for andre end sin mand og jeg, fordi hun skammede sig over det.

Fædre kan mødre

Det nutidens fædre mangler, når et barn fødes, er, antropologisk set, det samme som mødre mangler; nemlig erfaringen med at passe et spædbarn. Vore dages fødedygtige generation har tilbragt en meget stor del af barndommen i daginstitution, og de færreste har lært af egne forældre, hvordan plejen af mindre søskende fandt sted. Nyere psykologisk forskning (se fx Sommer 1993,1999) påpeger, at såvel mænd som kvinder er i stand til at indleve sig empatisk i et lille barn og kan ved at tilbringe tid med barnet lære at tolke dets sindsstemninger og behov og derigennem skabe sig erfaring med at yde en omsorg, der får barnet til at trives – selvom fædre selvfølgelig ikke kan amme. Men for at denne psykologiske indsigt kan vinde gehør i det danske samfund, må det blive almindelig kendt, at forståelsen af kvindens intuitive omsorgsevner og mandens mangel derpå er socialt skabte forestillinger, der hverken er universelt givne eller uforanderlige. Et sådan kendskab ville potentielt kunne føre til, at fædre begyndte at afholde mere barselsorlov, og at ansvaret for og udførelsen af barneplejen blev mere ligeligt varetaget af forældreparret. Herigennem kunne mange mødres oplevelse af moderskabet som et byrdefuldt pres modificeres til hele familiens fordel.

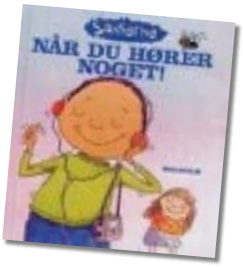
Kilder:

1. D. Sommer: "Fædre og børn: Betyder de noget for hinanden?" i: S. Carlsen & J. Larsen (red.): Den svære balance: Om sammenhængen mellem arbejdsliv og familieliv set i et ligestillingsperspektiv, s. 155-65, Ligestillingsrådet, 1993.
2. D. Sommer: "Faderskab i den radikaliserede modernitet: En undersøgelse af fader-spædbarn-relationen" i: L. Dencik & P. Jørgensen (red.): Børn og Familie i det Postmoderne Samfund, s. 217-41, Hans Reitzels Forlag, 1999.

Nyt fra Litteraturgruppen

Temaet i dette blad omhandler børn i alderen 3 – 6 år. Vi har derfor valgt at bringe anmeldt litteratur, der henvender sig til denne aldersgruppe.

Når du hører noget!
Oversat og bearbejdet af:
Lotte Nyholm
Forlag: Maaholm
Sideantal: 31
Pris: 99 kr
ISBN: 87-7959-275-9



Bøgerne om sanserne er en serie på fem fagbøger, der egner sig til oplæsning og samtale med børn fra 5-8 år. De andre bøger i serien er følgende:
Når du lugter til noget!
Når du ser noget!
Når du føler noget!
Når du smager på noget!

Bøgerne beskriver på en underholdende og lærerig måde, hvordan vi bruger sanserne til at undersøge verden omkring os. Der gennemgås forskellige lyde, hvordan mennesker og dyr hører, når vi ikke kan høre, hvordan vi passer på ørerne og der er forskellige lydlege.

Ordvalget i bøgerne er let, og bøgerne er gennemillustreret med sjove og informative tegninger. Bagest i hver bog er der et afsnit til forældrene og et afsnit til pædagoger og lærere med forslag til lege og aktiviteter.

Når sådanne bøger skal vurderes, må den bedste måde være, at teste materialet på bøgerne i aldersgruppen, de henvender sig til. Jeg har læst bøgerne med min 5 årige datter. Hun har været meget optaget af bøgerne og spørger igen og igen, – skal vi læse bogen om at mobbe mm. Hun har kunnet genkende episoder og har været meget optaget af at fortælle om hendes egne oplevelser fra hendes hverdag fra børnehaven. Jeg kan derfor kun give bøgerne mine bedste anbefalinger, både som forældre og som sundhedsplejerske.

Om forlaget: Maaholm er et en del af Borgens forlag. Maaholm udgiver en række bøger, rettet mod børn i folkeskolen, se flere bøger på www.maaholmsforlag.dk

Når jeg bliver mobbet
Forfatter: Jen Green, oversat og bearbejdet af Lis og Torben Pøhler
Forlag: Maaholm
Sideantal: 31
ISBN: 87-7959-134-5
Pris: 99 kr.

Hos samme forlag findes en række bøger om følelser. "Når jeg bliver mobbet" er en af bøgerne i en serie, der omhandler følelser. Serien består af bøgerne:
Jeg er ensom
Jeg er genert
Jeg er glad
Jeg keder mig
Jeg er noget særligt
Når jeg er i dårligt humør
Det er uretfærdigt
Bøgerne, der er beregnet til oplæsning og samtale med børn i alderen 5 – 8 år, beskriver en række episoder og udsagn omkring forskellige følelser og sætter fokus på hvad man kan stille op og lærer børnene at differentiere mellem forskellige grundfølelser. Formålet med bøgerne er at udvikle børne-

nes bevidsthed om sig selv, at registrere og handle på dét man føler og udtrykke det på en hensigtsmæssig måde og dermed udvikle deres handlekompetencer.

Hallo – Er der hul igennem? – dit barns hjerne 0 – 18 år
Forfatter: Ann – Elisabeth Knudsen og Karin Svennevig Hyldig
Forlag: Schønberg
Sideantal: 202
ISBN; 978-87-570-1718-2

Forfatterne indleder kapitlet om barnet i børnehaveårerne således:

Treårige Benjamin er kommet i spørgealderen og stiller sit ophav på nye prøver: "…Men hvor var jeg henne, da du mødte far? Inde i maven? Eller i barnevognen? Hos mormor?…og hvordan kom jeg derind? Hvaaaaaarrrr?

Som det fremgår af ovenstående er Hallo – er der hul igennem? Et humoristisk indspark, i håndbøger om barnets, med særlig fokus på den neurologiske udvikling.

Hallo – Er der hul igennem? Tager tråden op fra hjerneforsker Ann – Elisabeth Knudsens foregående to bøger, Pæne piger og dumme drenge og Seje drenge og superseje piger. Håndbogen bygger især på de mange reaktioner og spørgsmål som forfatteren har fået stillet af forældrene i forbindelse med hendes foredrag landet over og er således en mere forældrerettet fremstilling af de foregående bøgers hovedtanker om børns udvikling og reaktionsmønstre sat i relation til deres hjernemæssige udvikling.

Bogen omhandler de mest almindelige problemer, forældre står overfor i barnets udvikling fra foster til næsten voksen og indeholder derudover en række faktaartikler, bl.a. om søvns påvirkning af den neurologiske udvikling (læs artikel om søvn i dette nummer af Sundhedsplejersken), kostens betydning, motorik og meget mere.

Som forfatterne også skriver i efterskriftet, er bogen rettet mod forældre. Bogen er derfor let læselig og har, som de andre bøger af samme forfatter, en humoristisk indgangsvinkel på et "tungt" emne, der gør, man sidder lidt med et smil på læben og nikker genkendende til mange emner. Som sundhedsplejerske har jeg alligevel haft fornøjelse af at læse bogen. Den har givet mig mange aha – oplevelser og formidler viden, der ellers kan virke svær tilgængelig, på fornøjelig vis. Sidst i bogen findes litteraturliste, der kan anvendes, såfremt teorierne bag, ønskes studeret nærmere. Særligt faktaartiklerne har været inspirerende læsning da de indeholder viden fra ny hjerneforskning – her vil jeg fremhæve artiklen om søvn, som særlig relevant for sundhedsplejersker.

Er du blevet inspireret og dermed fået lyst til at anmelde bøger?
Vejledning til udarbejdelse af anmeldelser findes på hjemmesiden, hvor anmeldelserne fra Sundhedsplejersken bringes i sin fulde længde – se www.sundhedsplejersken.info eller Kontakt Anettesoerensen@fs10.dk
Læs også anmeldelser af bøgerne: **Kognitiv terapi. Stress og traumer af** Thomas Iversen og **Regnbuefamilier** af Kirsten Korning

Af **Maria Løye Andersen**, M.A., Audiological Consultant, Interacoustics og **Maria Moon Kærlund Birch**, M.A.,

Når screeningen er negativ

Sundhedsplejersken bimler med bjælden. Lukas, der netop målrettet har proppet "Griberen" (den røde pind) i munden, kigger opmærksomt op og drejer sig nysgerrigt efter lyden. Flot… Lukas reagerer helt fint, og hans mor ånder lettet op. De sagde jo også ved hørescreeningen, at han kunne høre.

Neonatal hørescreening – et stort fremskridt… eller hvad?

Siden neonatal hørescreenings indførelse, er det landet over lykkedes at identificere et stort antal børn med høretab før 6-månedersalderen. Et afgørende skridt, da man med tidlig opsporing kan begrænse eller helt forhindre den negative kædereaktion, som sent opdagede høretab i værste fald kan medføre. En tidlig indgriben har vist sig stærkt at nedsætte påvirkningen af tale- og sprogtilegnelsen, skolemæssige præstationer, social udvikling og uddannelses- og senere karrieremæssige muligheder[1].

Mange spædbørn får nu tilbudt høreapparat og dermed de bedste forudsætninger for en normal tilværelse allerede før deres 1-års fødselsdag.

Men selvom de neonatale hørescreeninger er et uvurderligt skridt i den rigtige retning, er der så stadig børn, der ikke bliver fundet? Og hvis der er, hvordan kan vi så opspore dem i så tidlig en alder som muligt?

Kandidatafhandlingen *"Når man leder efter en nål i en høstak"* kaster lys over netop disse spørgsmål. Målet med afhandlingen var endvidere ud fra den eksisterende forskning at udarbejde et alternativ til BOEL-prøven, der i øjeblikket udgør den eneste opfølgning på de spædbørn, der går uproblematisk gennem screeningsforløbet kort efter fødslen.

[1] Se bl.a. (JCIH) Joint Committee on Infant Hearing (2007) Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs (www.jcih.org), samt Moeller, M. P. (2000) Early Intervention and Language Development in Children Who Are Deaf and Hard of Hearing. Pediatrics vol. 106 no. 3 September pp. e43

Hvordan hørescreener man egentlig?

I Danmark screenes alle nyfødte for medfødt høretab, når de er ca. 5 dage gamle. Det gøres vha. Otoakustiske Emmissioner (OAE) og Auditory Brainstem Response (ABR), eller på dansk hjernestammeaudiometri. For at opnå så sikkert et resultat som muligt foregår screeningen i to stadier. Først screenes spædbarnet med OAE, der undersøger om de ydre hårceller i cochlea (sneglen) fungerer normalt.

De børn, der ikke "består" denne test, går videre til ABR, der tester om hørebanerne fra sneglen op til auditive cortex i hjernen fungerer, som de skal. Man får på den måde et overblik over hele det auditive system fra hårcellerne i sneglen og lydens vej op til modsatte hjernehalvdel via hørenerven.

Et ”hul” i opsporingsprocessen

Selvom hørescreeningen er en sikker og valid test, skal man imidlertid være opmærksom på, at der er tale om en *screening*. Der er altså ikke tale om en diagnostisk test, hvilket i praksis betyder, at der er børn hørescreeningen ikke er konstrueret til at kunne opspore.

Der er her primært tale om:

- Børn med postnatale hørenedsættelser
- Børn med milde hørenedsættelser

Det giver sig selv, at børn der ikke har høretab på screeningstidspunktet ikke bliver opsporet.

Hørescreeningen er desuden fokuseret på høretab, der ligger over 40 dB. Et barn med en hørenedsættelse på 35 dB vil altså ikke blive identificeret. Vigtigheden af at finde netop disse børn med mildere høretab på så tidligt et tidspunkt har dog været omdiskuteret, eftersom der er store individuelle forskelle på i hvor meget børn påvirkes af en mindre hørenedsættelse. Nogle klarer sig næsten problemfrit, hvorimod andre får store vanskeligheder.

Udover postnatale og milde hørenedsættelser er der også en lidt mere udefineret gruppe, der ikke bliver fundet. Det kan skyldes menneskelige fejl, målefejl og andre faktorer, der aldrig helt vil kunne undgås.

Der er således til at være flere grupper af børn, der skal følges op på efter hørescreeningen, hvilket i dag kun sker vha. BOEL-prøven.

Indtil for få år siden har BOEL-prøven været det primære opsporingsredskab i forhold til hørenedsættelse hos småbørn. Selvom de neonatale hørescreening er indført, foretages prøven stadig mange steder. Dette skyldes, at den en også har andre formål end lige netop høretest og giver et helhedsindtryk af barnets udvikling. Derudover kan BOEL-prøven nu fungere som en slags follow-up på hørescreeningsresultatet ved fødslen.

Desværre viser flere større undersøgelser en ringe validitet af BOEL-prøvens egnethed som hørescreeningsredskab.

Der er altså ingen garanti for, at børn som Lukas, der både klarer hørescreeningen og BOEL-prøven fint, ikke har problemer med hørelsen.

I det værst tænkelige scenarie har Lukas signifikant høretab på begge ører. Uheldigvis er det gradvist kommet snigende, og det blev derfor ikke opdaget ved den neonatale hørescreening. Eftersom Lukas er meget visuel og opmærksom, reagerer han ved BOEL-prøven på, at sundhedsplejerskens arm bevæger sig og går derfor også glat igennem testen. Hvad værre er, at Lukas mor nu føler sig forsikret om, at han kan høre, da han nu er blevet testet to gange. Hun vil derfor være tilbøjelig til at slå eventuelle tegn på høreproblemer (som f.eks. forsinket taleudvikling) hen. I værste fald, vil der gå endnu længere til inden Lukas' hørenedsættelse bliver opsporet, end hvis han slet ikke var blevet screenet. Selvom screeningen er en sikker test, risikerer den altså også at give forældrene en falsk tryghedsfølelse. Denne tryghed kan få store konsekvenser for barnets udvikling, eftersom hørebanerne har de bedste betingelser for udvikling i det første leveår. Det vil derfor have alvorlige konsekvenser for Lukas' kommunikative og dermed også sociale udvikling, hvis han måske først får høreapparat i 3-4-års-alderen.

Selvom de neonatale hørescreeninger har muliggjort tidlig opsporing af et stort antal børn, ser det altså samtidig ud til, at der er et ”hul” i opsporingsprocessen, og at der således er opstået en øget risiko for, at der skabes et A-hold og et B-hold. A-holdet består af de børn, der er blevet opfanget tidligt og har fået hjælp, mens B-holdet udgør de børn, der opspores langt senere, og hvor der derfor ikke er sat ind med de nødvendige tiltag i tide.

Kan ”hullet” lukkes?

Det store spørgsmål er så, hvad der kan gøres for at de børn, der ikke opdages ved den neonatale hørescreening opdages på så tidligt et tidspunkt som muligt. Meget få undersøgelser belyser, hvor stort et antal børn det egentlig drejer sig om.

Et oplagt spørgsmål er, om det ville være en mulighed at screene igen på et senere tidspunkt? Her vil man opfange børn med postnatale hørened-

sættelser og sandsynligvis også de børn, der blev fejltestet pga. menneskelige fejl eller målefejl. Der findes i dag flere pålidelige håndholdte apparater, der ville være nemme for f.eks. en sundhedsplejerske at have med på et af de besøg hun kommer på hos familien i løbet af barnets første leveår.

Endnu en screening vil dog være omkostningsfuld, hvilket kan gøre det vanskeligt at opnå den nødvendige politiske velvilje. Særligt eftersom problemets omfang endnu ikke er klarlagt og dokumenteret på danske børn. Desuden vil milde høretab sandsynligvis stadig ikke blive opsporet, selvom det som nævnt må være en afvejning af, om det er vigtigt at finde denne gruppe børn inden for det første leveår.

Da endnu en screening ikke umiddelbart er inde for rækkevidde, vil det derfor være mere realistisk at kigge i retning af en videreudvikling eller omlægning af de muligheder og ressourcer, der allerede eksisterer i dag. Set fra denne vinkel vil det være oplagt at inddrage både sundhedsplejerskerne, men også forældrene i opsporingsarbejdet. Sundhedsplejerskerne følger familierne tæt gennem de første år af barnets liv og vil kunne indtage en afgørende rolle i form af rådgivning til familien. Forældrene, der har den daglige kontakt med barnet, vil med den rette vejledning også selv kunne deltage aktivt i at få klarlagt, om deres barn kan høre normalt.

Eftersom det er altafgørende for barnets udvikling at en evt. hørenedsættelse bliver opsporet inden for det første leveår, må man anvende et redskab, som kan afdække udviklingsmæssige afvigelser, der kan skyldes nedsat hørelse, i netop denne periode.

Det mest umiddelbare tegn på dette vil være forsinket sprogudvikling, som udgør den enkeltfaktor der bedst forudsiger tilstedeværelsen af et høretab. En dybdegående viden om normal sprogudvikling er derfor væsentlig, da man nødvendigvis må vide, hvad der er normalt før det kan afgøres, om noget er afvigende.

Undersøgelser viser, at barnet allerede i fostertilstanden er i stand til at opfatte og reagere på lyd. Efter fødslen og gennem det første år udvikles hørebanerne, og barnet begynder selv at forsøge at efterligne og eksperimentere med de mange lyde, der forekommer omkring det. Det vil desuden få opmærksomhed på den kommunikation, der ligger i socialt samvær og leg og selv forsøge at benytte sig af den. Alt dette bidrager tilsammen til en normal kommunikativ udvikling.

Som en naturlig følge af manglende hørelse vil barnet agere anderledes i forhold til de sproglige og sociale input, som det konstant bombarderes med. Denne afvigende kommunikative adfærd må derfor kunne bruges som indikator for, om der kan være høremæssige problemer, og om barnet bør sendes til audiologisk udredning. Opmærksomhed på dette område vil muligvis kunne være med til at lukke "hullet" i opsporingsprocessen.

Et muligt alternativ

På baggrund af et litteraturstudium, har kandidatafhandlingen bl.a. mundet ud i et skema, der opsummerer de seneste års forskning og den viden vi i dag har om den sproglige og sociale udvikling indenfor det første leveår. Tanken er, at skemaet skal uddeles til forældrene ved et af sundhedsplejerskens første besøg hos familierne. Det er samtidig dennes opgave at fortælle forældrene om sprogudvikling og forklare, at skemaet er en form for rettesnor, og at der er store individuelle forskelle på børns udvikling. Det er vigtigt at understrege, at i tilfælde af at netop deres barn ikke kan alle de ting, der står i skemaet på det givne tidspunkt, er det ikke nødvendigvis ensbetydende med, at der er noget galt. Skemaet må derfor ikke betragtes som en facitliste, men snarere en rettesnor, der giver et overblik over, hvad man som forældre bør være opmærksomme på.

Eftersom et sådant skema ikke er universelt og kan stå alene, belyser afhandlingen også en del materialer, der allerede eksisterer til vurdering af den tidlige udvikling. Der findes på nuværende tidspunkt flere materialer til vurdering af børns tidlige kommunikative færdigheder. Blandt disse er LittlEARS, udviklet af MED-EL. LittlEARS er oprindeligt udviklet til vurdering af kommunikation hos børn, der har

Alder:	Taleopfattelse og sprogforståelse:	Sprogproduktion:	Socialisering og leg:
Indtil 3 måneder	Blinker eller åbner øjnene ved visse lyde, stopper eller ændrer sutterytmen. Kan beroliges af venlige eller kendte stemmer. Forskrækkes, græder eller vågner ved kraftige lyde. Nogle børn bevæger sig rytmisk til talemønstre. Begynder at kigge efter forlængede lyde, som f.eks. støvsugerens.	Producerer små lyde helt nede fra halsen. Barnet udtrykker sine følelser ved at pludre, "gurgle", smile og græde. Når barnet er op mod 3 måneder pludrer og smiler det af tilfredshed. Udviser tiltagende eller vedvarende pludren, når nogen gentager barnets lyde.	Gentagelser af egne aktiviteter. Leger med egne fingre og fødder. Kigger og følger ting med øjnene eller holder på ting. Putter instinktivt ting i munden. Beroliges når det tages op, eller reagere ved at smile, sparke eller vifte med armene. Nyder at blive lavet sjov med.
3 – 6 måneder	Lytter efter og morer sig over rangle eller andre lydgivende former for legetøj. Reagerer med kurren på behagelige lyde. Ser på den, der taler til det og reagerer på ændringer i stemmens toneleje. Holder op med at lege og lader til at lytte til lyde eller tale. Viser begejstring over lyde som stemmer og fodtrin.	Hørbar latter Græder forskelligt alt efter, om årsagen er sult, ubehag eller smerte. Kurrer – producerer forskellige uuhh-, aahh- og andre vokallyde. Pludrelyde ligner tale mere og mere med mange forskellige lyde, f.eks. /p/, /b/ og /m/ Laver pludrelyde, både når det er alene og sammen med andre.	Giver respons i form af smil. Opmærksom på vante rutiner. Svarer med kurren, når det tiltales. Begynder at forstå, at hele tingen godt kan eksistere, selvom det kun kan se en del af den, og kan lide at lege "titte-bøh". Undersøger ting og begynder at banke, ryste og manipulere med tingene. lagttager opmærksomt den talendes læber, når vedkommende taler og bevæger læberne som for at "tale".
6 – 9 måneder	Stopper midlertidigt det, det er i gang med, som reaktion på et "NEJ". Genkender almindelige ord som "kop" og "sko" Drejer hovedet direkte mod stemmer, eller andre spændende lyde, og lytter, når der tales til det. Begynder at forstå rutinevendinger, når de bruges sammen med en gestus, som f.eks. "hej-hej".	Pludrer og gentager konsonant-vokalkombinationer, som f.eks. "ba-ba-ba" og kan benytte mindst 4 forskellige stavelser. Laver mishagsytringer Laver lyde med stigende og faldende pitch. Begynder at bruge tale-agtige lyde eller andre former for vokalisering for at blive taget op og få opmærksomhed. Begynder at efterligne andre lyde end talelyde, som f.eks. hosten eller smasken.	Barnet udviser følelser og bruger øjenkontakt i sin kommunikation og reagerer også på andres følelser. Begynder at rækker armene i vejret som tegn på, at det gerne vil løftes op. Græder og skubber en uønsket genstand væk eller forsøger at beskytte det legetøj, det leger med. Forsøger at opnå og vedligeholde social kontakt med omgivelserne. Forsøger at lede andres opmærksomhed. Undersøger ting nøje. Reagere på sit eget spejlbillede
9 – 12 måneder	Følger simple instruktioner, når der følger en gestus med, som f.eks. "kom her" eller "giv mig den". Reagerer når nogen siger dets navn. Drejer sig og lokaliserer lyd fra en hvilken som helst retning. Kigger efter mor ved "hvor er mor henne?" Begyndende interesse for bøger og blade og billeder i dem.	Siger lyde, når det vil have opmærksomhed. Imiterer lyde Producerer mange forskellige talelyde i mange forskellige pitch, som f.eks. ma, ba, da. Har et eller to ord, som f.eks. "hej-hej", "mama" eller "dada", som ikke nødvendigvis er tydelige og rettet mod den rigtige person. Kalder på foretrukne personer med lyde, der nærmer sig, hvad vedkommende hedder.	Begynder at kunne følge voksnes blikretning. Begynder at vise ting frem for andre. Begynder i slutningen af perioden at kunne kigge i den retning, der peges, dog mest konsekvent i slutningen af perioden. Begynder selv at pege og bruge gesti Begyndende imitation af voksnes intentioner. Deltager i sociale/relationelle lege Barnet vil også være i stand til at bruge to ting simultant i sin leg. Reagere med følelser på andres følelser, f.eks. med glæde ved ros.

modtaget Cochlear Implant (CI)*, men indbefatter ligeledes en forældrerapporteringsdel, der ifølge producenten også anvendes til opsporing af høretab hos normale børn indenfor det første leveår.

Materialet indeholder bl.a. et spørgeskema til forældre, bestående af 35 ja/nej spørgsmål, der belyser en række faktorer, som forældrene selv kan observere hos barnet igennem det første år. Der bliver bl.a. spurgt, om barnet reagerer på lyde, som er langt væk, om barnet bruger lyd i sin leg, og om barnet efterligner lyde.

Efter besvarelse af spørgeskemaet kan antallet af rigtige svar plottes ind i en graf og ses i forhold til en kurve over normal udvikling.

I tilfælde af, at forældrene på baggrund af skemaet over sprogudvikling, de fik udleveret ved et af sundhedsplejerskens første besøg, får mistanke om høretab, vil det være oplagt at bruge et materiale som LittlEARS. Hvis forældrenes besvarelse af spørgeskemaet afslører at barnet ligger udenfor normalområdet, kan spørgeskemaet gennemgås igen sammen med en relevant fagperson. Hvis resultatet er uændret bør barnet sendes til audiologisk udredning på et af landets hospitaler.

Når man leder efter en nål i en høstak

Selvom de neonatale hørescreeninger har medført at mange børn med høretab nu bliver fundet tidligt, ser det altså desværre ud til, at der stadig er et ukendt antal børn, der ikke bliver opsporet. Det drejer sig her om børn med postnatale hørenedsættelser og børn med milde hørenedsættelser. Herudover er der en børnegruppe, der af andre årsager, som f.eks. menneskelige fejl eller målefejl ikke bliver

Efter kandidatprojektets afslutning er Maria Moon Kærlund Birch blevet ansat som tale-hørelærer i Holbæk kommune.
Maria Løye Andersen fungerer som audiologisk kompetence hos Interacoustics mla@interacoustics.com
Hent og læs div.skema og artikelen på www.sundhedsplejersken.info

fundet. Eftersom problemet indtil nu har været overset, og der endnu ikke findes nogle redskaber til at finde disse børn, er opsporingsarbejdet i dag, som at lede efter en nål i en høstak.

En afgørende styrke ved forslaget, der her præsenteres, er, at det muliggør opsporing ved hjælp af de ressourcer, der allerede findes omkring barnet gennem det første år i form af forældre og sundhedsplejersker. Det gør det samtidig muligt at indsamle repræsentative oplysninger om meget små børn, hvilket ellers kan være vanskeligt og omkostningsfuldt. Skemaerne muliggør desuden observationer over længere tid, og forældrespørgeskemaet har den metodiske fordel, at det kun kræver afkrydsning og genkendelse. Det er struktureret og let at gå til, hvilket gør det hurtigt at anvende både for forældre og sundhedsplejersker. Forældrespørgeskemaet er ligeledes udstyret med eksempler, hvilket kan lette besvarelsen for forældrene og begrænse risikoen for misforståelser. Resultatet er let at analysere og kræver ingen komplicerede udregninger. Disse faktorer gør tilsammen forslaget tilgængeligt og brugbart. Forslaget stemmer også overens med den seneste internationale forskning i screening, der opfordrer til løbende overvågning af den kommunikative udvikling hos børn gennem de første leveår, uanset hvilket resultat man opnåede ved den neonatale hørescreening[2].

Imidlertid skal det nævnes, at forslaget også har ulemper. Man må bl.a. være opmærksom på, at forældrefaktorer kan have en negativ indvirkning, da der i sagens natur er store individuelle forskelle på forældre og deres måde at bedømme på.

De er ikke trænede observatører og kan derfor have en tendens til at overvurdere deres eget barn. Flere undersøgelser viser dog, at forældrerapportering er en pålidelig og valid målemetode[3].

Unødige bekymringer vil også kunne spille ind, hvis forældrene ikke føler, at deres barn lever op til skemaernes udviklingsbeskrivelse.

Man kan heller ikke være sikker på at få et komplet billede af det enkelte barns udvikling, da skemaerne opfordrer forældrene til at være opmærksomme på nogle meget specifikke parametre. Hvis noget andet, som skemaerne måske ikke tager højde for, skulle pege i retning af høretab, vil dette i sagens natur ikke blive afdækket. En forbedringsmulighed til spørgeskemaet kunne derfor være et kommentarfelt, så forældrene får mulighed for at skrive andre observationer ned.

De fleste af disse ulemper vil dog kunne begrænses betydeligt med en grundig instruktion fra sundhedsplejersken både mundtligt og på skrift. Fordelene kommer således til at opveje ulemperne, da man her kombinerer en dybdegående viden om den kommunikative udvikling med forældrenes store viden, om deres eget barn.

Et alternativ som dette vil eventuelt kunne hjælpe forældre til børn som Lukas, der måske om flere år vil stå uforstående tilbage efter at have modtaget beskeden om hørenedsættelse. De har igennem en længere periode ikke haft muligheden for at hjælpe Lukas og give ham de bedst mulige forudsætninger for optimal sprogudvikling, uddannelse og karriere. De har fejlagtigt troet, at de havde et hørende barn og behandlet ham derefter, hvilket de næppe kan fortænkes i, når screeningen er negativ.

2 Se (JCIH) Joint Committee on Infant Hearing (2007) Year 2007 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs (www.jcih.org),

3 Se Karmiloff-Smith, A & Karmiloff, K (2002) Barnets veje til sprog. 1. udgave 1. oplag. Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S, København, samt Tsiakpini, Weichbold, Kühn-Inacker, Coninx, D'Haese & Almadin (2004) LittlEARS – Auditory Questionnaire Manual. Medical Electronics (MED-EL)

Af **Bente Thordsen**, kontinenssygeplejerske

Mit barn skal i skole – hvad gør vi?

Det kunne være det første spørgsmål der mødte jer som sundhedsplejersker, enten i private hjem eller på skoler og andre institutioner, hvor I har jeres gang.

Som ansvarlige forældre, har man selvfølgelig et stort ønske om, at problemet bliver taget alvorligt, så det på længere sigt kan blive løst.

Kendsgerningerne er at *ca. 50.000 danske børn lider af inkontinens*. Mange forældre og børn bruger alt for lang tid på at få den rette information, og ifølge kontinensforeningen går der i nogle tilfælde helt op til 10 år.

Som forældre kører tankerne rundt. Hvad har vi gjort forkert som forældre?

Er jeg mon verdens dårligste mor? "Man kan vist optræne blæren med knibeøvelser«.

"Hvad med en børnepsykolog«? "Har du prøvet alternativ behandling«?

De fleste forældre, har sikkert "hørt« meget og fået mange "gode« råd, uden at det har hjulpet dem noget som helst.

Inkontinens hos børn skyldes oftest fysiologiske årsager, og kun meget sjældent psykiske årsager.

Langt de fleste af børnene fungerer helt normalt, men hvis ikke der bliver gjort noget for at afhjælpe problemet, kan det give psykiske problemer, idet børnene meget ofte får problemer med deres selvværd

Det er nok det allerførste I skal få fortalt forældrene, samt at det er nødvendigt at barnet bliver ordentligt udredt, så det kan få den rette hjælp. Langt de fleste børn med urin- eller afføringsin- kontinens kan behandles med succes.

Hvornår taler man om urininkontinens hos børn?

Når barnet er 5-6 år gammelt, og der stadig er ugentlige episoder med ufrivillig vandladning eller aff.

Det er vigtigt at barnet selv er motiveret for at der skal gøres noget, ligesom det er vigtigt at få barnet udredt inden det skal i skole. (For at undgå drillerier og mobning).

Man skal tage sig rigtig god tid til at tale med forældrene og barnet. (Der skal afsættes mindst en time i første omgang, så hvis I ikke lige har tiden, så er det bedre at aftale et møde en anden dag). Det er også vigtigt at barnet er til stede, så det selv kan komme med tilføjelser, og man kan få et indtryk af motivationen og modenheden.

Udredning når barnet har urininkontinens

Under samtalen skal man få konkret at vide, om det er daginkontinens, eller natinkontinens, evt. begge dele, idet man først skal udrede for daginkontinens, og først når der er styr på dagproblemerne, kan man tage fat på natproblemerne.

Dernæst skal man forsøge at indkredse problemerne med spørgsmål som:

- Hvornår er problemet startet?
- Har barnet på noget tidspunkt været tørt?
- Hvor ofte går barnet på toilettet?
- Hvordan er barnets drikkevaner?
- Er der problemer i skolen eller i hjemmet?
- Hvordan påvirker inkontinensen barnet?
- Er der også afføringsproblemer?
- Har forældre eller søskende haft problemet?
- Er der svie ved vandladning?
- Motivation fra forældre
- Social adfærd.

Husk at undersøge urinen for Albumen, Blod og Sukker og evt. også for nitrit. Dernæst skal forældrene instrueres grundigt i at udfylde et tisse/drikke skema.(kan evt. downloades fra nettet), over 2 helst 3 sammenhængende døgn. Her er der også mulighed for at lave blevejningstest, så man kan se hvor stor natdiuresen er.

Ud fra dette skema vil I få en masse oplysninger om:

- Vanladningsfrekvens (Normalt 5-7 pr. dag.)
- Hvor meget drikker barnet og fordelingen over dagen. (1-½l.)
- Funktionel blærekapacitet *
- Natlig urinproduktion
- Inkontinensperioder.

* Normal blærekapacitet hos 6 årig er 30 ml. x 6 (alder) plus – minus 30 ml. dvs. 150ml. til 210 ml.

Daginkontinens

Hvad kan der gøres?

Ofte fortæller børnene at de ikke kan mærke når de skal tisse, eller at de ikke kan nå at komme på toilettet. Det kan de sådan set godt have ret i. Tidsrummet fra tissetrangen melder sig, til blæren starter med at tømme sig er så kort, at barnet ikke når at registrere det f.eks. hvis de er midt i en spændende leg, eller hvis man skal spørge om lov til at gå ud først.

Årsagerne kan være fordi blæren er lille, men i øvrigt tømmer sig fint. Det vil også give natproblemer, idet barnet ikke vågner ved vandladningstrangen. Her er det også små portioner urin der evt. kan komme flere gange i nattens løb. (Den hyppigste årsag.)

Derfor er det meget vigtigt at både forældre og børn får en god og grundig forklaring på, hvad det er der sker når tisseblæren tømmer sig, og hvordan man får styr på det. Dvs. at der skal en grundig pædagogisk indføring i blærens anatomi og fysiologi samt vanladningsmekanismen. Så ved de hvad der sker når man tisser, og hvorfor det i nogle tilfælde går galt. Her kan det også være nyttigt at lære børnene nogle afværgemekanismer, som f.eks. at sætte sig i hug. (Det kan godt få vandladningstrangen til at falde til ro, hvorefter børnene så kan gå stille og roligt på toilettet.)

Nogle børn bliver tørre om dagen, alene ved at lære om disse ting, og lytte til kroppen. Det er selvfølgelig også nødvendigt med hjælp fra voksne (pædagoger, forældre og andre voksne der omgiver barnet.) Ingen børn kan klare det alene.

Nogle børn kan også have glæde af et vibrationsur eller et ur med bip signal, der signalere hver 2. til 3. time, så barnet bliver mindet om at gå på toilettet i løbet af dagen. Her skal man være *konsekvent* som voksen og sende barnet af sted selvom det måske siger at de næsten lige har været på toilettet. *Det skal ikke være til diskussion hver gang uret ringer/vibrerer*. Ellers er det vigtigt at der ikke bliver snakket alt for meget om "tisseriet" i løbet af dagen.

Hvis ikke der i løbet af 3-4 måneder ses forbedring (kan kontrolleres ved at forældrene udfylder et nyt tisse/drikke skema), kan det være nødvendigt at give medicin, for at få blæren til at slappe af så man kan træne med den, indtil den kommer til at arbejde normalt igen. Medicinen virker ved at dæmpe blæremusklens aktivitet, så blæren bliver mere rolig. På den måde kan barnet træne blæren til at fylde sig bedre, så man kan nå toilettet i ro, inden vandladningen melder sig.

Natinkontinens. (enuresis)

Hvis det er natproblemer det drejer sig om, skal man også her ind og lave et drikke/tisse skema over 3 sammenhængende døgn, samt blevejningtest…

Hvis det også her drejer sig om en blære med lille rummelighed vil ringeapparat/ringelagen metoden være et rigtig godt valg, idet barnet også her skal lære at reagere på vanladningstrangen om natten, og få stoppet vandladningen, så de kan gå på toilettet og tisse færdig.

Hos nogle børn ser man at natdiuresen er halvdelen, eller endda mere en halvdelen af den samlede døgndiurese. Her vil det hjælpe at give Minirin som smeltetablet i passende dosis (skal måske forhøjes), i 3 måneder efterfulgt af 1 uges pause. Hvis der igen kommer inkontinens nætter starter man igen med 3 måneder efterfulgt af 1 uges pause.

Husk at fortælle forældre at børnene kun må drikke højst ½ glas vand efter barnet har fået smeltetabletten.

Med til udredningen af inkontinens hos børn hører selvfølgelig også en grundig lægelig undersøgelse, med ultralydsscanning af nyrer og urinveje, samt scanning af blæren, efter vandladning, så man er helt sikker på at de får blæren ordentlig tømt.

Det kan også være af stor betydning, at gå med barnet ud på toilettet, forklare dem lidt om *"gode tissevaner"*. At tage sig ordentlig tid til toilet besøg, evt. at piger får en skammel til fødderne, for at sidde i en korrekt "tissestilling", at man opfordrer drenge til at sætte sig på toilettet i stedet for at stå op, og hvis de står op, så lære dem at trække bukserne helt ned imens…

Af **Bente Thordsen**, kontinenssygeplejerske

Børn med afføring inkontinens

Også her eksisterer myten om psykiske årsager desværre stadig, selvom vi i dag ved, at for langt de fleste børns vedkommende, drejer det sig om forstoppelse, og i forbindelse med dette er der måske opstået en lille rift ved anus, som kan være meget smertefuldt, og som kan betyde at barnet ubevidst holder afføringen tilbage.

Hos *kun ca. 5% af børnene* ligger der en sygdom som årsag til forstoppelse.

Langt størstedelen af børnene med afføringsinkontinens har det, man kalder funktionel forstoppelse, som også er "Den onde cirkel«.

Barnet oplever en ubehagelig fornemmelse eller smerte i forbindelse med afføring, og holder afføringen tilbage. De undertrykker den naturlige afføringstrang og normale tømningsrefleks. Dette medfører tiltagende ophobning af afføring i endetarmen, som så igen er med til at give yderligere ubehag og smerte, når barnet skal af med afføringen. Efterhånden overstrækkes endetarmen af den ophobede afføring, og mister dermed fornemmelsen for afføringstrangen, og barnet mærker ikke, at det skal have afføring.

Forstoppelse kan også være årsagen til at man tisser i bukserne. Det viser sig, at hvis man behandler forstoppelsen så vil 80% af de børn som også tisser i bukserne om dagen, ikke længere have problemer.

Man mener at der er flere børn med forstoppelse nu end tidligere. Det er der dog ingen dokumentation for, men måske er der nu ved at komme større opmærksomhed på problemet.

Når jeg kommer ud i børnehaver og holder foredrag, fortæller pædagogerne mig alligevel, at de syntes der er flere børn i dag med inkontinensproblemer end tidligere.

Afføringsmedicin skal gives i samråd med lægen, og skal gives i den anbefalede mængde/dosis.

De afføringsmidler der bruges til børn i dag er ikke farlige. Væsken den er blandet op med, kan ikke optages af tarmen, og når derfor helt ned til afføringen, og kan være med til at opløse den. Medicinen udskilles altså med afføringen, og er ikke vanedannende eller sløver tarmen.

Hvis barnet har været forstoppet gennem længere tid, kan det tage en hel del dage inden tarmen er tømt. Derfor skal der i starten gives en højere dosering. Målet er at barnet har daglig blød, formet afføring.

Da problemet ofte har varet længe, kan det være nødvendigt at behandle børnene op til ½ år eller længere.

I kombination med medicinen er det også vigtigt at få lært sit barn nogle gode toiletvaner. Her kan barnet tage nogle bøger, evt. musik eller et spil med, for at gøre det lidt hyggeligt.

- Det kan. f.eks være at sidde på toilettet 10-15 min. mindst 2 gange daglig, ½ time efter at barnet har spist. Det hjælper med at udnytte tarmens egne reflekser
- Barnet skal sidde foroverbøjet med støtte under benene f.eks. en skammel, idet knæene holdes højere end hoften.
- Kroppen skal lænes fremover, og man kan evt. hvile albuerne på knæene, og spile maven ud.

Det er selvfølgelige meget vigtigt at både børn og forældre i denne periode har nogle støttepersoner de kan komme i kontakt dagligt.

Det er meget almindeligt at børn får "tilbagefald« undervejs, hvor afføringsproblemerne kan vende tilbage. Her er det vigtigt, at vedligeholde eller øge behandlingen i en periode.

Ja der er rigtig mange ting som I som sundhedsplejersker kan tage fat på. Hvis I er usikre på udredning osv, er det vigtigste at I fortæller forældrene, at de er ikke alene med dette problem, og at der er masser der kan gøres. Fortæl dem hvor de kan blive udredt og hjulpet, hvad de skal gøre først osv. Hvis I evt. har lavet drikke/tisse skema sammen med forældrene, så sørg for at forældrene tager skemaet med, hvis de skal videre henvises.

Fortæl forældrene at der findes gode pjecer fra Kontinensforeningen, som kan rekvireres fra deres hjemmeside, og at der også er en brevkasse hvor man kan få spørgsmål og svar. De er også meget velkomne til at sende en e-mail til mig via min hjemmeside. Jeg har beskæftiget sig med inkontinens i 12 år.

Af **biolog Kim Søholt Larsen**

En tættekam er ikke bare en tættekam

På flere måder er det at skulle anskaffe sig en tættekam lidt at sammenligne med at skulle købe bil. Der er mange forskellige modeller på markedet; priser og kvalitet er meget forskellige og desværre følges tingene ikke altid ad. Så det er – igen som ved bilkøb – noget med at finde den model, der fungerer i praksis og som passer bedst til ens behov. Og glem ikke at også tættekamme kan testes for deres kvalitet (læs effektivitet).

Tættekamme, der meget ligner dem, vi kender i dag, har været kendt og anvendt i de sidste 3500 år. Som dengang er lusekammene også nu populære til at fjerne lusene med. Men det er nok ikke mange, der ved købet af en tættekam tænker nærmere over, at det faktisk er et stykke "specialværktøj", de får i hånden.

Der er forskellige formål med at bruge en tættekam. Ved regelmæssig anvendelse kan kammen bruges til at forebygge, at tilkomne lus etablerer sig. Har lusene indfundet sig, kan kammen enten anvendes til at tjekke, om en behandling med et lusemiddel virkede, eller man kan ved gentagne kæmninger med tættekammen få fjernet lusene. Yderligere kan visse tættekamme også anvendes til at fjerne æg med. Så start med at finde ud af, hvad kammen egentlig skal bruges til.

Har kammens farve betydning?

Mange foretrækker en lys kam, så det er let at se lusene eller æggene, men i praksis ved fx vådkæmning med brug af balsam har farven mindre betydning. Her kan kammen (med lus og æg i balsam) tørres af i hvidt toiletpapir/køkkenrulle efter hvert træk gennem håret og man kan se om der er fangst af lus.

Er kammen lavet af ordentligt materiale?

Er kammen af plast, skal det være en god kvalitet med styrke og fleksibilitet. Er tænderne for bløde, "gaber" de, og afstanden mellem dem bliver for stor til, at lus eller æg holdes tilbage af kammen. Tænder, der er for bløde, kan komme til at feje hen over lusene uden at trække dem med ud af håret. Omvendt, hvis tænderne er for sprøde, knækker de for let. Prøv at trække tommelfingeren langs tænderne, og du vil få en fornemmelse af kammens kvalitet.

Hvor tæt skal tænderne sidde?

Skal kammen bruges til at fjerne såvel lus som deres æg, må der ikke være for langt mellem tænderne på tættekammen. Et luseæg er 334 + 31 µm tykt. Forsøg med forskellige kamme har vist, at tændernes form er af stor betydning for hvor effektivt kammen fjerner æg. Generelt skal en tættekam have ca. 100 µm mellem tænderne for at kunne fjerne æg. Skal der fanges lus, gælder det, at afstanden mellem tænderne skal være 0,2-0,3 mm. Helst nærmere de 0,2 mm for at få de små nyudklækkede lus med. Omvendt må tænderne heller ikke sidde for tæt. Så kan kammen ikke trækkes ordentligt gennem håret. Selv med balsam i håret kan det være smertefuldt og ikke særlig effektivt, fordi kammen ikke kan komme ordentligt gennem håret.

Betyder formen af tænderne noget?

Med hensyn til formen på tættekammenes tænder er det generelt en fordel med kantede tænder på kammen. Vær opmærksom på at ved brug af kamme, hvor afstanden mellem tænderne ikke er den samme ved spidsen (ned mod hovedbunden) som længere oppe på tænderne, bør kammen lægges mere mod hovedbunden ved kæmningen for at fungere optimalt (håret kommer gennem der, hvor

Hvilken kæmmemetode er den bedste?

Ved eftersyn i tørt hår uden brug af kam er chancen for at finde eventuelle lus meget mindre end ved anvendelsen af tættekam. Men selv ved anvendelsen af en tættekam i tørt hår er chancen for gevinst ikke den bedste. Lus kan nemlig bevæge sig relativt hurtigt væk fra det sted, hvor man kigger efter dem. Lusene bevæger sig næsten lige så hurtig i tørt hård, som når håret kun er fugtet. Undersøgelser har vist, at såkaldt "vådkæmning", dvs. kæmning med en tættekam med anvendelse af balsam, er det mest effektive. Nogle foretrækker at anvende vegetabilske olier i stedet for balsam. Her risikerer man dog at skulle fjerne fedtpletter fra tøjet. Det kan også kræve flere gange hårvask at fjerne al olien i håret efter kæmningen. Så balsam er nemmere at bruge.

tænderne sidder tættere). Det øger effektiviteten af kæmningen, da lus og æg typisk sidder ved hovedbunden.

Hvor lang tid tager en vådkæmning?

En vådkæmning tager typisk mindst 20-30 minutter per person (selvfølgelig afhængig af hårlængde og -type). Så vælg en kam der ligger godt i hånden. Det tager sin tid at nå hele familien igennem. Kammen bør heller ikke være for bred. Så skal der trækkes for meget hår gennem kammen til, at det er behageligt, både for den der kæmmes og den, der udfører kæmningen. Lad være med at bruge tættekamme, der købes i dyrehandler eller lignende steder. De er typisk beregnet til at kæmme efter lopper og er som regel ikke velegnede til lus.

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

Sundhedsstyrelsen informerer
august 2008

Satspuljen på sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats

Den 24. april afholdt Sundhedsstyrelsen en stor konference i Odense Congress Center som markerede afslutningen på 2 års arbejde i 25 store og små projekter under de tre temaer
De socialt svageste gravide og spædbørnsmødre (14 projekter)
Sundhedshuse med fokus på etniske minoriteter
Socialt svage fædre
Temadagen var desværre præget af afbud fra såvel sundhedsplejersker som jordemødre på grund af konflikten, men de ca 170 fremmødte havde en spændende dag med oplæg af overlæge Pernille Due, Statens Institut for Folkesundhed, som trak de væsentligste pointer fra den nye antologi *"Social ulighed i børns sundhed"* frem samt lektor Morten Ejrnæs, der har undersøgt det tværfaglige samarbejde mellem fire faggrupper, der er centrale i forhold til det sociale arbejde med udsatte børn. Bogen *"Faglighed og tværfaglighed"* (2006) beskriver bl.a. de værdier og holdninger der er fremherskende i de forskellige faggrupper, ikke mindst indbyrdes i faggrupperne. Mellem de to oplæg havde de 25 projekter lejlighed til at præsentere deres projekter ved caféborde, hvor deltagerne kunne søge hen og høre om det emne, der interesserede dem mest.
I forbindelse med projekternes afslutning har Sundhedsstyrelsen udgivet to publikationer, der begge kan rekvireres gratis (mod porto og ekspedition) hos Schultz Information. Den ene publikation *"Tværgående vidensopsamling på satspuljen og anden tidligt tværfaglig indsats"* trækker en lang række erfaringer op, som er gjort dels på tværs af alle projekter og dels på tværs af de tre temaer, mens den anden publikation *"Stemmer fra praksisfeltet"* er en antologi med fortællinger fra de 25 projekter. Publikationerne kan læses hver for sig eller som en samlet helhed. Det er Sundhedsstyrelsens håb, at de to publikationer kan bidrage til inspiration til det fortsatte arbejde med de socialt svageste familier ude i kommunerne, og at den tværgående vidensopsamling kan hjælpe projekterne godt i gang uden at skulle starte fra bunden.
På grund af konflikten har det ikke været muligt at få afrapporteret fra de 10 pilotprojekter, der har haft tidlig indsats i dagtilbud og tidlig indsats i skolen som omdrejningspunkt. Når denne afrapportering foreligger, vil Sundhedsstyrelsen informere herom i bladet.

Ind- og udskolingsundersøgelser

Folketinget vedtog inden sommerferien en lovændring, der betyder, at det pr. 1. august 2008 er frivilligt for kommunerne om de vil lade ind- og udskolingsundersøgelserne ske ved en læge eller en sundhedsplejerske.
For at kunne foretage de lovpligtige undersøgelser skal sundhedsplejerskerne have gennemgået et *obligatorisk* kursus af en uges varighed. Kurset vil blive udbudt af Kommunernes Landsforening med baggrund i en vejledning, som Sundhedsstyrelsen har udformet. Vejledningen kan ses på www.sst.dk
For yderligere information om kurserne henvises til Kommunernes Landsforening.

To – delt kampagne!

Sundhedsstyrelsens kampagne er to-delt. Første del er gennemført og bestod af et TV-spot indrykket i reklameblokkene på landsdækkende TV i perioden 2. juni til 15. juni samt GoCards på cafeer og

Skal du ryge herinde, må du gå udenfor!

Dette er budskabet i Sundhedsstyrelsens nye kampagne, der skal begrænse børns udsættelse for passiv rygning i hjemmet. Passiv rygning er skadelig for alle mennesker – men børn er særligt sårbare over for de farlige stoffer i tobaksrøg. De bliver oftere syge, kommer oftere på hospitalet og kan endda udvikle kroniske sygdomme, som vil følge dem resten af livet. Derfor bør alle børnefamilier gøre deres hjem helt røgfrit! Vi har hørt og sagt det mange gange før, men der er flere gode grunde til, at det skal siges igen.
Den nye kampagne om børn og passiv rygning taler med store bogstaver. Det er ikke i orden at udsætte sine børn for passiv rygning. At installere iltmasker, som kan sikre børnene ren luft, når mor og far ryger, er næppe en brugbar løsning – selv om det er den model, som kampagnens TV-spot anvender. Der er kun en vej, der er effektiv: at få røgen helt ud af huset – til hverdag og fest!

Mindst 200.000 børn udsættes for passiv rygning i hjemmet!
Bevidstheden om, at passiv rygning er sundhedsskadelig, er efterhånden udbredt i den danske befolkning. Vi har indrettet vores samfund sådan, at man praktisk talt kan færdes på arbejdspladser og i det offentlige rum uden at blive udsat for passiv rygning. Også i mange private hjem har man indført regler, der ikke længere tillader rygning inden døre. Når det gælder familier med børn i alderen 0 – 15 år, har halvdelen allerede et helt røgfrit hjem. Det er en positiv udvikling, men det betyder også, at alt for mange børn stadig udsættes for passiv rygning i hjemmet! Således viser den seneste undersøgelse fra december 2007, at mindst 200.000 børn stadig lever i hjem, hvor der ryges inden døre.

Børn tåler ikke passiv rygning.
Tobaksrøg indeholder mindst 200 stoffer, der er sundhedsskadelig for mennesker. Og børn er mere sårbare end voksne. Det gælder især de helt små børn, men også børn op til 15-års alderen har en større følsomhed for røgen. Den samme mængde røg i et rum gør større skade på børn end voksne, fordi

- børn er mere aktive
- børn ofte roder rundt på gulvet og i møblerne
- børn trækker vejret flere gange i minuttet end voksne gør
- børn har en mindre krop end voksne

Luftvejsinfektioner, mellemørebetændelse, nedsat lungefunktion og astma er de almindeligste sygdomme hos børn, som følge af passiv rygning. For spædbørn er vuggedød også en mulig konsekvens. I Danmark kunne flere tusind indlæggelser og ambulante behandlinger af børn hvert år undgås, hvis de ikke blev udsat for passiv rygning. Og på længere sigt kan passiv rygning medføre kræft og hjertekarsygdom.

Rygning under emhætten er ikke nogen løsning!
At ryge for åbent vindue, under emhætten eller i et særligt rum kan ikke hindre, at børn udsættes for passiv rygning. De skadelige partikler spreder sig i luften i hele huset, og en del af dem opsuges i møbler, tæpper og gardiner, hvor de kan optages af børn mange timer efter, at der har været røget. Der er kun en effektiv løsning: at undgå rygning inden døre.

lignende i de større byer.
Anden del gennemføres i oktober/november i samarbejde med Apotekerforeningen og kommunerne. Den består af TV-spottet indrykket i regionale reklameblokke, GoCards, plakater samt aktiviteter på apotekerne. Der lægges især op til en aktiv indsats i kommunerne fra alle, der er sammen med børn og unge og/eller arbejder med tobaksforebyggelse i deres hverdag.
Bestilling af materiale til kampagne kan fra den 15. august findes på www.stoplinien.dk/tilkommuner
Yderligere oplysninger fås hos projektleder Jørgen Falk, 7222 7767 jf@sst.dk eller Anne Dalhoff Pedersen 72 22 7489 adpe@sst.dk

HPV-vaccination – *Vaccination mod livmoderhalskræft i børnevaccinationsprogrammet*

Den 1. oktober 2008 starter de første gratis vaccinationer mod livmoderhalskræft. De tilbydes piger født i 1993, 1994 og 1995. Fra 1. januar 2009 kan også piger født i 1996 og fremefter blive gratis vaccineret. Vaccination sker hos egen læge, og det normale vaccinationstidspunkt bliver 12-årsalderen. Der skal gives tre doser vaccine. HPV-vaccination beskytter mod to typer af HPV-virus (HPV 16 og 18), som tilsammen forårsager 70% af alle tilfælde af livmoderhalskræft. Vaccinen, der benyttes i børnevaccinationsprogrammet beskytter også mod de to typer HPV-virus (HPV 6 og 11), som forårsager 90% af kønsvorter (kondylomer). Da HPV-vaccination ikke beskytter mod alle tilfælde af livmoderhalskræft, skal pigerne informeres om at følge screeningsprogrammet, når de bliver lidt ældre. Kondom mindsker risikoen for smitte med HPV-virus, hvilket også er et vigtigt budskab til de unge.
I forbindelse med start af programmet udarbejder Sundhedsstyrelsen et informationsmateriale om HPV-vaccination til pigerne og deres forældre samt til sundhedspersonale:

- En informationspakke vil blive udsendt til de praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste omkring 1. september.
- Kort udsendes til piger født i 1993, 1994 og 1995 fra Sundhedsstyrelsen med oplysninger om det gratis tilbud og en folder om HPV-vaccination.
- Informationsmaterialerne vil være at finde på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk
- Lægefaglig information om HPV-vaccination gives i EPI-NYT i slutningen af august.

Sundhedsstyrelsens motionskampagne GetMoving 08

Børn og unge bevæger sig for lidt. Vi lever i et videnssamfund, hvor inaktivitet og stillesiddende aktiviteter er blevet en naturlig del af vores hverdag. Det er nemt at undgå fysisk aktivitet i hverdagen, og omgivelserne motiverer ikke børn og unge til at være fysisk aktive.
Sundhedsstyrelsen lancerer for 3 år i træk motionskampagnen GetMoving. Sundhedsstyrelsen håber, at landets sundhedsplejersker vil hjælpe med vende den kedelige udvikling ved at bakke op om kampagnen og dermed være med til at sikre, at flere børn og unge efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
Målgruppen for kampagnen er 5 – 16 årige skolebørn
Kampagnen afvikles i uge 41.
Årets kampagne inddrager mange forskellige måder og former at være fysisk aktiv på. Dette gælder både børn og unges muligheder for aktive oplevelser i naturen, materiale til at gennemføre en konditest og børns muligheder for at engagere sig i alternative idrætsdiscipliner.
Aktiviteterne er udviklet i samarbejde med Danske Gymnastik- og Idrætsforeninger (DGI), Danmarks Idrætsforbund (DIF), Hjerteforeningen og Skov- og Naturstyrelsen. De fire parter tilbyder forskellige aktiviteter og tiltag, der kan give sundhedsplejersker og skolelærere viden, inspiration, kompetencer og redskaber til at arbejde med fysisk aktivitet i skolerne.
Alle aktiviteter, inspiration og viden til at arbejde med fysisk aktivitet beskrives i et inspirationskatalog. Inspirationskataloget er gratis og kan bestilles på telefon: 70 26 26 36 eller downloades på www.60minutter.dk. Sundhedsstyrelsen håber, at sundhedsplejersker og skolelærere vil bruge inspirationskataloget i det daglige arbejde med børn og unge i forhold til motion og sundhed.
Har du spørgsmål til kampagnen kan du kontakte Just Bendix Justesen på jbj@sst.dk eller læse mere om kampagnen på www.60minutter.dk

Sundhedsstyrelsen anbefaler

- At alle børn og unge under 18 år er fysisk aktive mindst 60 minutter om dagen. Aktiviteterne skal være af minimum moderat intensitet. De 60 minutter kan opdeles i mindre perioder, fx 15 minutter om morgenen, 15 minutter senere og 30 minutter efter skole, eller 6 gange 10 minutter i løbet af dagen.
- At alle børn og unge under 18 år mindst to gange om ugen fremmer og vedligeholder deres kondition, muskelstyrke, bevægelighed og knoglesundhed gennem fysiske aktiviteter med høj intensitet af 20-30 minutters varighed.

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

Christina Louise Lindhardt
Sadolinsgade 78
5230 Odense M
Telefon 66 12 15 31
Mobil 22 90 87 57
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

Ansvarshavende redaktør
Lisbet Nissen

Næste deadline
8. september 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

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
Birgit Buhr · E-mail: buhr@stibo.com
Stibo Graphic A/S
Tlf. 7626 3600
www.stibographic.com

Oplag
2.380 eksemplarer
I perioden 1. januar – 30. juni 2007

ISSN nr.
09069577

Kontrolleret af

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

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

Afsender:
Kasserer
Inger Lise Rasmussen
Lerdalen 55
8270 Højbjerg

POST B

PP DANMARK

"Returneres ved varig adresseændring"