Sundhedsplejersken

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
www.sundhedsplejersken.info

Nr. 1 | februar 2009 | 31. årgang

Indhold

Tema: Fødselsdepression

5 Leder

8 Opslagstavle

Nyt fra bestyrelsen

10 Dagsorden til generalforsamling

10 Indkaldelse af Kandidater til bestyrelsen

Landskonference

27 Program og tilmelding

Tema: Fødselsdepression

12 Vigtigt med en tidlig opsporing af fødselsdepressioner

14 Relationen til barnet påvirkes tidligt!

24 Fædres psykiske reaktioner på forældreskab

38 Ikke erkendte fødselsdepressioner hos fædre,slider på parforholdet

40 Forskning

41 Mangel på uddannet personale

Faglitteratur

44 Bonusmor – uden filter

Europa i globaliseringens tidsalder

Unge, fester og alkohol

45 Æblekinder og kondisko

Fag

46 Stramt tungebånd hos det ammende barn

49 Spaltet drøbel ved skjult ganespalte

Nyt fra sundhedsstyrelsen

52 Sundhedsstyrelsen orienterer februar 2009

"Når mor og Far drikker"

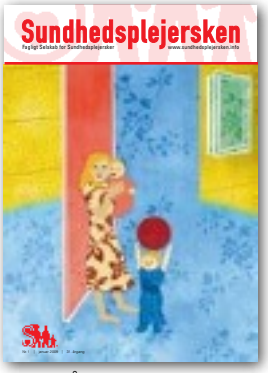
Børns og unges sundhed

Satspuljen på sundhedsplejen

Tjek bleen

53 Astma og allergi i skolen

Kamillete og kosttilskud



Forside: "Åben dør"© Dorte Andersson / Visuals Angels

Store penselstrøg

2008 blev året, hvor lægernes monopol på at foretage ind- og udskolingsundersøgelser for skolebørn blev erstattet af frivillighed for de enkelte kommuner. Sundhedsplejersker landet over, skal nu gennemgå en obligatorisk efteruddannelse, så de er klædt på til at udføre funktionsundersøgelser. Sundhedssamtaler i skolen er fortsat en meget vigtig del af barnets møde med en sundhedsplejerske, og her har hun længe haft en ekspertrolle. I region Midtjylland er der pt. 3 ud af 19 kommuner, som har børn- og ungelæger ansat.

På 3 store områder er der uafsluttede faglige arbejder i forhold til Sundhedspleje i Danmark.

Det er den nye **sundhedsplejerskeuddannelse**, som har været på vej gennem en længere årrække. En arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen har allerede i 2005 lavet det forslag, som nu ligger til grund for en "Bekendtgørelse om specialuddannelse til sundhedsplejerske". Høringsfasen, som vi har været en del af vil være afsluttet, når du modtager dette blad. Selskabet har modtaget dette udkast 19. december 2008. Svarene er sendt tilbage til Sundhedsstyrelsen, og så må vi alle igen vente på næste fase. Vi vil orientere alle sundhedsplejersker, så snart der foreligger noget konkret.

Revision af **Svangreomsorgen** er et afsluttet arbejde – også i Sundhedsstyrelsens regi. Arbejdsgruppen afleverede forslaget allerede i slutningen af 2007. Høringsfasen i foråret derefter er siden afløst af økonomiforhandlinger, som fortsat foregår mellem Ministeriet, Kommunernes Landsforening og regionerne. Alle venter med spænding på, at parterne når til enighed om finansieringen. Sundhedsplejersker landet over kan konstatere, at den seneste sparerunde i regionerne allerede har betydet ændringer for fødende kvinder og barselsplejen (hvis der er noget af dette). Rigtig mange nybagte forældre kommer hurtigt hjem, og er dermed overladt til den service Sundhedsplejen i den enkelte kommune tilbyder.

"Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge – **anbefalinger**" er udgivet af Sundhedsstyrelsen. Den seneste udgave fra 2007 er kun tilrettet i forhold til lovændringer, men ikke i forhold til fagligt indhold. Det er udarbejdet i midten af 90'erne. Derfor er der et stort revisionsarbejde i gang i Sundhedsstyrelsen. Det foregår planmæssigt, og forventes afsluttet midt på året. Sendes derefter i høring, og skal gennem en økonomiforhandling, hvis der er forslag, som koster nye ressourcer til området.

Alle 3 ændringer/revisioner kan få stor betydning for den enkelte sundhedsplejerskes daglige arbejde. Fleksibilitet og tilpasning er derfor forsat en kompetence som den enkelte sundhedsplejerske får brug for i vores moderne og foranderlige samfund.

Alle ved dog at stabilitet og kontinuitet er forudsætninger som for de fleste er betydningsfulde i forhold til et godt arbejdsliv. Vi ønsker derfor at sætte fokus på sundhedsplejerskernes arbejdsliv ved den kommende Landskonference og i Sundhedsplejersken hen over året. Det er arbejdsgiverens ansvar at sørge for et godt arbejdsmiljø, men den enkeltes ansvar at fortælle, hvordan det opleves. Sammen kan der skabes løsninger.

Susanne Hede
15. januar 2009

Husk at rette dit postnummer, hvis du har fået et nyt!

– Ellers når bladet ikke frem!

Efter 1/1 2009 eftersender postvæsnet ikke længere din post.
Log på www.sundhedsplejersken.info og ret dine kontaktoplysninger.

Far, mor & børn

SUNDHEDSPLEJERSKERNES MAGASIN OM BØRN

Sundhedsplejerskernes forældremagasin Far, mor & børn har eksisteret siden 2003. Det er et succesfuldt projekt, hvor sundhedsplejersker er skribenter til 4 – 6 artikler i hvert nummer.
Der tilgår Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker royalty og vi forventer at dette afkast kan skabe basis for øgede midler til vore legater i FS
Derfor opfordrer vi alle sundhedsplejersker til at uddele bladet i alle relevante sammenhænge.
Jo flere blade, der er efterspørgsel på, jo flere legatmidler kan vi uddele til jer!
Vi håber at sundhedsplejeordninger fortsat vil vælge at rekvirere FAR MOR OG BØRN- bladet, som et supplerende vejledningsmateriale til forældre, da dette er god PR for vores fag.
– bladet koster fortsat bare 1 kr. pr. stk.
Hvis du ønsker at melde dig som skribent kan du henvende dig til Redaktør Helle Andersen på andersenhelle@webspeed.dk, som kan oplyse dig om honnorar

Mvh. Bestyrelsen for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker.

Få Sundhedsplejerskernes Jubilæums bog på dit natbord !

- Kend dine rødder og spejl din fagidentitet i denne bog

Bogen indeholder hverdags historier, essays og artikler, alle skrevet af sundhedsplejersker.
Den er rigt illustreret med billeder fra Sundhedsplejen. Er vedkommende og hyggelig læsning.
Bogen er på 240 sider og er en særudgave af Sundhedsplejersken udgivet af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
Læs hele anmeldelsen og bestil bogen på
www.sundhedsplejersken.info
pris kun 178 kr

Næstkommende bestyrelsesmøde i FS er den. 27 marts 09

Deadline!

Er den 09.03.09 for indlæg til SUNDHEDSPLEJERSKEN

www.farvellus.dk

Foran i folieringen forefindes en DVD, der indeholder fire kortfilm med information om lus, hvordan man opdager dem, hvordan man kommer af med dem og sidst, hvordan man undgår at lusene kommer tilbage. Læs mere på ovenstående link, eller på www.sundhedsplejersken.info

Instruktionsfilmen er udfærdiget på basis af "Vejledningen om hovedlus", udarbejdet i samarbejde af Skadedyrslaboratoriet, Sundhedsstyrelsen og Lægemiddelstyrelsen, maj 2007 ogvejledning "Sådan kæmmer du lus ud af håret", udarbejdet af Det Jordbrugsvidenskabelige Fakultet, Institut for Plante-beskyttelse og Skadedyr, Skadedyrslaboratoriet,januar 2008. En stor tak for samarbejdet under udarbejdelsen til Sundhedsstyrelsen, Institut for Plantebeskyttelse og Skadedyr, Skadedyrslaboratoriet samt Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

'Vælling bliver 2 måneder ældre'

Det er blevet pålagt producenter af vælling at ændre anbefalingen på pakkerne fra 4 måneder til 6 måneder. Det sker ved implementeringen af EU direktiv 2006/141/EF, der blev etableret i Dansk Bekendtgørelse nr. 1504 af 13. december 2007. Denne bekendtgørelse er med til at støtte op om Sundhedsstyrelsens anbefaling om primært at amme frem til barnet er 6 mdr.

Hvad vil det sige i praksis

Det betyder i praksis, at al vælling pr. 31.12.2009 skal have den nye anbefaling på emballagen. Selv om der er et års tid til, at lovgivningen træder i kraft, får den vælling der produceres allerede nu, påtrykt den nye anbefaling. Det sker fordi, der er lang holdbarhed på denne type produkter, og det giver en lang overgangsperiode. Det forventes at produkterne findes i butikkerne omkring årsskiftet 08/09, men det kan variere fra butik til butik, da det ikke er muligt at vide, hvornår forretningerne sætter de nye produkter på hylderne.

Ernæringskonsulent Marlene Boiesen
Telefon: 43 58 93 50/ 40 15 43 63
Email: marlene.boiesen@beauvais.dk

Forløbsbeskrivelse – 3 måneders kolik – hvad ved vi og hvad kan vi gøre?

Der er nu en regional dækkende forløbsbeskrivelse vedrørende 3 måneders kolik – hvad ved vi og hvad kan vi gøre? Forløbsbeskrivelsen indeholder bl.a. gode råd og vejledning til hvad man gør, når man har et barn og mistænker kolik. Forløbsbeskrivelsen er godkendt af Forretningsudvalget for Specialerådet i Pædiatri i Region Midtjylland.

Læs mere om forløbsbeskrivelsen på www.sundhedsplejersken.info
Direkte link: http://www.sundhed.dk/wps/alias?alias=1026081119134821

Indkaldelse til Generalforsamling

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Mandag den 4. maj 2009 kl. 20.00 – 21.30 på Hotel Munkebjerg, Munkebjergvej 125, Vejle

Dagsorden:

1. Velkommen, præsentation af bestyrelsen
2. Valg af dirigent
3. Valg af Stemmetællere og referent
4. Godkendelse af dagsordenen
5. Beretning fra bestyrelsen
6. Fremlæggelse af godkendt og revideret regnskab for 2008
7. Indkomne forslag
8. Fremlæggelse af forslag vedr. kontingent og rammebudget for 2010
9. Det kommende års aktiviteter
10. Præsentation af den nye bestyrelse
11. Valg af revisor
12. Evt.

Husk:

- Generalforsamlingen er kun åben for medlemmer af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker.
- PBS udskrift eller Girokvittering er gyldig medlemskvittering.
- At opgive DSR – nummer ved ankomst.

Forslag til behandling på generalforsamlingen skal være formanden i hænde elektronisk eller pr. brev senest den 3. april 2008
Adresse: Susanne Hede, G.C. Amdrupvej 12, 8200 Århus N • E-mail: susannehede@fs10.dk

Endelig dagsorden inkl. forslag vil kunne ses på www.sundhedsplejersken.info d. 27.april eller kunne tilsendes ved ønske herom.

Susanne Hede
Formand for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Kandidat til bestyrelsen for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker – er det mon noget for dig?

Overvejer du at stille op til bestyrelsesvalg 2009 i Fagligt Selskab for sundhedsplejersker? Så er det tiden at opstille. Arbejdet er frivilligt og ulønnet. Drivkraften er samarbejde med inspirerende og engagerede bestyrelseskolleger, indflydelse på fagets udvikling og kontakt til fagfæller via nordisk og internationalt samarbejde. Har du lyst til at høre nærmere, er du velkommen til at kontakte en af os i bestyrelsen.

Hanne Lindhardt

Kandidater til Bestyrelsen for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker 2009

På valg er: Anette Sørensen (modtager genvalg) Anne Marie Lundhus & Inger Lise Rasmussen (modtager ikke genvalg).

Navn:

DSR-nr.:

Stilling:

Privatadresse:

Tlf. (privat):

Arbejdsgiver: Tlf arbejde:

Ovenstående ønsker at opstille til bestyrelsesvalg for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker. Kandidater skal være medlem af FS for Sundhedsplejersker, man vælges for 2 år. Kandidatopstillingsskema, foto samt et kort oplæg til præsentation i "Sundhedsplejersken" skal sendes til formanden for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker Susanne Hede, og være formanden i hænde inden den 1. marts 2009. Suppleant i FS er også en mulighed. Suppleanter vælges for 1 år ad gangen, og deltager ikke i bestyrelsesmøder. Suppleanten skal være parat til at træde ind i bestyrelsen ved langvarig sygdom (over 2 måneder) eller hvis et medlem træder ud. Suppleanter vil få en plads på den efterfølgende Landskonference. Der skal vælges 1 eller 2 suppleanter.

Af **Poul Videbech**, overlæge, professor, dr.med.

Vigtigt med en tidlig opsporing af fødselsdepressioner!

Det er uhyre almindeligt at kvinder, der har født, oplever store emotionelle udsving i barselsperioden, mens egentlig depression efter en fødsel forekommer hos 6-10 % af alle fødende. Det er vigtigt at fødselsdepressionen opdages, idet den udover at være lidelsesfuld for kvinden, den rammer, også påvirker familiens liv og kan påvirke barnets udvikling. I sjældne tilfælde kan den endog være farlig for såvel kvindens som det nyfødte barns liv. På den anden side er den taknemmelig at behandle, omend der er særlige problemer omkring medikamentel behandling og evt. amning.

Symptomatologi og særlige problemer

Fødselsdepressionen defineres i følge ICD-10 ud fra de samme kriterier, som andre depressioner. På trods af de alvorlige konsekvenser depressionen kan have, viser svenske undersøgelser, at under en 1/3 af de ramte kvinder faktisk bliver behandlet. De sværeste og alvorligste depressioner starter allerede i den første måned efter fødslen, men de fleste ses omkring 4 måneder postpartum.

Det kliniske billede ligner meget det, der ses i andre livsfaser. Blot er indholdet i depressionen farvet af puerperalperioden. Fx er det almindeligt, at kvinden ikke kan mobilisere nogen følelser for sit lille barn. Dette kan få hende til at føle sig ond eller falsk og igen endnu mere deprimeret. Hun har svært ved at tage sig sammen til noget, føler sig træt og energiløs, så hun kan have svært ved at passe barnet. Når der sker flere ting på een gang: telefonen ringer, barnet skriger, og det ringer på døren, kan hun slet ikke overskue situationen, fordi hendes evne til at planlægge og strukturere er læderet.

Selvmordstanker er hyppige og bør tages alvorligt, selvom fuldbyrdede selvmord i puerperalperioden er sjældne. Kvinden kan føle sig så deprimeret og så værdiløs, at hun ikke mener, der er nogen anden udvej for hende, eller måske mener hun, at hun ikke fortjener at leve mere. Af og til optræder det såkaldte udvidede selvmord, hvor kvinden først dræber barnet og derefter sig selv.

Panikangst forekommer hyppigere end forventet blandt kvinder med puerperaldepressioner. Anfaldene medfører ofte, at den syge isolerer sig og måske ikke tør gå på gaden af frygt for at få anfald der (agorafobi). Dette kan umuliggøre, at hun benytter de normale tilbud til kvinder, der har født, så som mødregrupper osv.

Tvangstanker er også meget hyppige. Det kan fx være tanker om at kvæle det nyfødte barn. Symptomerne kan få kvinden til at afstå fra kontakt med barnet, og kvinden kan frygte, at hun er ved at blive sindssyg eller miste kontrollen over sig selv. Tvangstanker omtales sjældent spontant, fordi kvinden frygter, hun vil blive spærret inde som sindssyg, eller man vil fjerne hendes barn.

Flere kontrollerede undersøgelser af børn af deprimerede mødre har vist, at barnets emotionelle udvikling samt erhvervelsen af de forskellige motoriske færdigheder kan blive forstyrret, hvis moderen er sværere deprimeret. Dette er særligt slemt for drengebørn samt ved dårlige sociale kår i øvrigt og skal medtages i vurderingen af behandlingsindikationen.

Vanskeligheder ved at stille diagnosen depression

Det er vigtigt, at læger, sundhedsplejersker og jordemødre, der har kontakt til gravide og kvinder, der har født, eksplicit spørger til moderens psykiske tilstand eller evt. konsekvent screener for depression i denne population, fx vha. det såkaldte Edinburgh skema (1).

Som nævnt, er det nemlig kun et mindretal af kvinderne, hvor diagnosen stilles, og behandling instituteres. Dette kan fx skyldes, at de nybagte mødre er følsomme over for kritik og vil have svært ved at ind-

rømme, at de ikke klarer opgaven godt nok. Kvinderne frygter også hyppigt, at deres barn vil blive fjernet fra dem, hvis de indrømmer, hvor dårligt de har det.

Risikofaktorer for fødselsdepressioner

Der er aldrig een årsag til en fødselsdepression. Det er altid et samspil af psykologiske, sociale og biologiske årsagsfaktorer, der forekommer med forskellig indbyrdes styrke hos det enkelte individ. En række risikofaktorer er identificeret (2). Store prospektive undersøgelser har vist at manglende emotionel og praktisk støtte fra ægtefællen predikerer senere udvikling af fødselsdepression, ligesom et problematisk forhold til egen moder gør det. En del af kvinderne er perfektionistiske og stiller store krav til sig selv. Krav som de ikke kan leve op til i puerperalperioden.

Desuden kan thyreoidealidelser udløse depressioner. Det har vist sig, at en del kvinder i puerperalperioden har et subklinisk myksødem pga. auto-antistoffer mod glandula thyroidea. Denne tilstand svinder oftest spontant igen, når kvindens immunforsvar begynder at reagere normalt nogen tid efter fødslen, men kan forinden udløse en depression hos særligt disponerede individer. Formentlig kan de store kønshormonændringer, der foregår i kvindens krop efter fødslen, også spille ind hos særligt sårbare individer. Endelig er nogle af depressionerne første episode i bipolær sygdom, idet denne sygdom meget ofte debuterer i puerperalperioden.

Behandling af fødselsdepression

Behandlingen afhænger af, hvor svær depressionen er. Lette depressioner kræver ikke særskilt behandling, hvis kvinden har et støttende netværk. Moderate depressioner kan behandles af egen læge eller psykolog, mens sværere depressioner med selvmordstanker eller svær forpinthed bør henvises til psykiater eller til indlæggelse.

Det ser ud til, at jo tidligere efter fødslen depressionen kommer, jo mere alvorligt vil den ofte udvikle sig, og da er hurtig behandling ekstra vigtigt. I de værste tilfælde kan man se en hurtig forværring i tilstanden dag for dag.

Man bør tale med patienten over et par gange, før man beslutter sig for behandling. Herved får man også et godt indtryk af eventuelle fluktuationer i tilstanden. Medicinsk antidepressiv behandling bør således ikke iværksættes efter første samtale, med mindre patienten er meget forpint eller selvmordsfarlig, men i så fald bør patienten formentligt snarere indlægges på psykiatrisk afdeling eller i det mindste ses af specialist akut.

Valget af behandling afhænger således af depressionens sværhedsgrad og dens symptomer, hvorimod eventuelle psykotraumer ikke har nogen betydning for behandlingsresponset i modsætning til, hvad man troede tidligere.

Ved lette til moderate depressioner er kognitiv terapi og interpersonel psykoterapi vist at være effektive over for fødselsdepressioner. Mange psykiatere, praktiserende læger og psykologer er efterhånden oplært i disse tekniker. Udover at være korttidsterapier, dvs. almindeligvis strækkende sig over 2 til 3 måneder, udemærker de sig ved glimrende at kunne kombineres med medicinsk behandling, hvis dette findes nødvendigt. Psykoterapeutisk behandling af fødselsdepressioner er et fascinerende område, hvis man er uddannet til det. Det er muligt gennem en sådan terapi dels at helbrede patientens depression, dels at hun kan opnå værdifuld viden om sig selv og sine reaktionsmåder, hvilket måske kan forebygge nye depressioner. Endelig er det en stor fordel, at denne behandling ikke påvirker amningen. De særlige problemer, der opstår, hvis amningen ønskes opretholdt under den medicinske behandling, er omtalt nøjere i en artikel i Ugeskrift for Læger, hvortil henvises (3). Anvendelse af antidepressiv behandling alene uden i det mindste støttende samtaler er ikke anbefalelsesværdigt af flere grunde. Ikke mindst den stærkt reducerede compliance og deraf følgende dårlige prognose taler afgørende imod dette.

(1) www.videbech.com/fdep

(2) Nielsen DF, Videbech P, Hedegaard M, Dalby JS, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. BJOG 2000; 107(10):1210-1217.

(3) Videbech P. Amning og antidepressiv behandling. En litteratur gennemgang. Ugeskr Læg 2002; 164(14): 1914-9.

Af **Lise Gullestrup**, cand. Psych.

Relationen til barnet påvirkes tidligt !

Forskellige undersøgelser tyder på at op til 10% af alle nybagte mødre udvikler en fødselsdepression. Det er en meget belastende tilstand for kvinden og for hendes partner. Det kan desuden være hæmmende for hendes relation til barnet og dermed for barnets udvikling. Derfor er det så vigtigt, at kvinder med fødselsdepression får hjælp så hurtigt som muligt. Denne artikel kan være med til at gøre opmærksom på problematikken og dermed øge mulighederne for tidligt indsats på området.

1. Kvinden med fødselsdepression

1a. Kvindens første reaktioner på det at få barn

Kvinder, der får en fødselsdepression, er ofte velforberedt på at blive mødre og glæder sig meget til det ventede barn. Kvinden er ofte i et velfungerede parforhold, har job eller er under uddannelse, og parret har normalt gode boligforhold. Og så er det at katastrofen ramler ned over hende, når hun sidder med barnet. Hun føler sig pludselig trist, ensom og så usikker på det hele, ikke blot på hvordan hun skal passe barnet. Hun føler sig usikker på sig selv i det hele taget, føler ikke hun er noget værd. Hun kan blive i tvivl, om hun overhovedet kan tage vare på eller har lyst til at tage ansvaret for et/sit barn. Hun kan blive så magtesløs, at hun ikke føler hun overhovedet magter at leve mere. Hun føler skyld, bliver angst og mister energien.

Kvindens krop reagerer også med f.eks. en tung, knugende fornemmelse i maven, mellemgulvet eller brystet. Hun mister måske appetitten, kan ikke sove og tankerne tumler karruselagtigt rundt i hendes hoved, uden at hun kan finde hoved og hale i det. Hun bliver chokeret og dybt forundret over sin reaktion, kender ikke sig selv og har ofte ikke tidligere oplevet noget tilsvarende.

Denne tilstand går således langt dybere ind i kvindens selvfølelse end almindelig usikkerhed hos en nybagt, overvældet mor, der kan blive i tvivl, om hvad hun skal gøre i forhold til barnet.

1b. Kvindens mestringsstrategier

Kvinden forsøger nu efter bedste evne at "håndtere" sine reaktioner. Hun vælger intuitivt de mestringsstrategier og overlevelsesstrategier*), hun lærte sig som barn og som fungerer helt automatik. Det er typisk for disse kvinder, at de i høj grad er vant til at klare sig selv bl.a. ved at ignorere egne behov og egne følelser. De tager sig sammen, holde ud, med ord til sig selv som f.eks. "det går over","det er noget pjat" eller "når jeg først får sovet, så ..." eller "det er også fordi hun (barnet) har svært ved at sutte og komme i rytme, når først ... så …". Dette har tit hjulpet hende. Hun er heller ikke meget for at åbne sig om sine problemer eller søge hjælp. Nogle kvinder holder skjult selv for partneren, hvor dårligt de egentlig har det, "for det er jo bare en tid", "han bliver bare urolig ...". Måske søger hun konkrete råd i bøger, hos lægen og sundhedsplejersken vedrørende barnet, men fortæller ikke noget om, hvordan hun selv har det. Når det så ikke går over af sig selv, kan hun ende i følelsen af at sidde fastlåst i et sort hul, sådan som mange kvinder beskriver en fødselsdepression.

Kvinden er ofte i stand til at passe barnet upåfaldende, så umiddelbart kan det være svært at se, at der er noget der ikke er så godt, for hun er god til at holde facaden, og kan være smilende, velplejet og taler positivt om barnet, men egentlig følelsesmæssig kontakt med barnet har hun ikke i den periode. Det er det en erfaren sundhedsplejerske nu om stunder får øje på.

**) Mestringsstrategier er det barnet gør for at få sine behov dækket, som spæd: græder, søger kontakt, kravler hen til mor o.m.a. Får barnet ikke sine behov dækket og bliver efterladt i en tilstand af ensomhed og smerte uden at kunne gøre mere, vil det være nødt til at beskytte sin spæde selvfornemmelse mod denne smerte. De psykiske strategier, som barnet udvikler, kaldes overlevelsesstrategier eller forsvaret. De hjælper barnet til ikke at mærke smerten, gør barnet "ikke-mærkende," f.eks. kan det sove meget, få "glasøjne," blive motorisk stiv eller modsat helt slap o.m.a. Evnen til at udvikle såvel mestrings- som overlevelsesstrategier er medfødt, men der er som på andre områder store forskelle på de enkelte (spæd)børns evner.*

2. At skelne fødselsdepression fra andre reaktioner

En nybagt mor der gennem nogen tid har været ked af det, trist og opgivende, kan meget vel have en fødselsdepression, men det er ikke nødvendigvis sikkert. Der må en nærmere "analyse" af hendes problematik til, før man kan sige det. Det er vigtigt at diagnosticere tilstanden korrekt, da behandlingen afhænger af grundproblematikken.

Andre reaktioner og tilstande, der kan være tale om:

1. stressreaktion
2. posttraumatisk stress eller forsinket sorgreaktion
3. genetisk/biologisk betinget depression
4. social og følelsesmæssig umodenhed
5. fødselspsykose

Ad 1) Stressreaktion

En stresssituation opstår, når belastning følger på belastning. Jeg har set mange forskellige – nærmest utrolige – belastninger – vælte ned over en gravid kvinde eller nybagte forældre, f.eks. egne forældre bliver skilt, partneren brækker benet, bliver sagt op, huset får en alvorlig vandskade, der både kræver meget oprydning og måske kamp med forsikringsselskab.

Kvinden og hendes mand kan uden tvivl klare én stressfaktor, måske to eller tre, men den fjerde kan helt vælte balancen. Det hele bliver bare for meget, kan føles som en uretfærdig straf. Gråd og magtesløshed kan blive resultatet, og kvinden kan blive helt overtroisk og forvente at ulykkerne fortsætter, så hun ikke tør glæde sig til sit barn eller tro på, at det er et sundt og rask barn, når hun først har fået barnet.

En ikke så ualmindelig situation nu omstunder er den, hvor parret har købt ny – større – bolig, eller der skal bygges om i den gamle, måske nyt børneværelse eller større badeværelse, så der bliver plads til alt "babygrejet". Måske er det et gør-det-selv projekt for manden – hans måde at "bygge rede"/give sit bidrag til den nye familiesituation. Men den slags projekter har det ofte med at blive mere (tids)krævende end forudset, og når kvinden så kommer hjem med barnet, bygges der stadig, og alt er støv, hamren og banken. Manden er fjern og ikke tilstrækkeligt deltagende, for han skal lige ... Jeg har set par, der efter en fødsel må bo de første uger hos bedsteforældrene, fordi håndværkere først skal være færdig med deres bolig. Det er sjældent en god start.

Nogle gange har jeg oplevet en nybagt mor i den fortvivlende situation, at manden har forladt hende kort efter fødslen, evt. også kort før fødslen. Dette er helt specielt belastende, nærmest en katastrofe for hende. I flere af disse tilfælde handler det om, at manden bliver grebet af panik ved tanken om at blive far – og dermed bundet for altid. Han bliver oversvømmet af alt det fremmede og uvisse foran ham, og en fødselsdepression kan også være lige om hjørnet for ham.

I graviditeten og efter fødslen har kvinden helt specielt brug for ro, fred og harmoni omkring sig for at kunne udvikle sig som mor mentalt, følelsesmæssigt og praktisk

og for at kunne "møde" sit barn og mærke dets egenart. Så det er en særligt følsom periode med hensyn til belastninger.

Ad 2) posttraumatisk stressreaktion, forsinket sorg

En del kvinder har nu omstunder vanskeligheder med at blive gravide. Måske har parret oplevet en årelang kamp for at få et barn. Når det så endelig lykkes at få et sundt og velskabt barn, sker det af og til, at alle sårene fra den lange kamp for at blive gravid bryder op og kræver at blive "plejet". Kvinden har måske igennem lang tid bevaret håbet og undertrykt sin sorg, »

vrede eller angst for at forblive barnløs. Mange har i den situation en følelse af at have mistet et barn – det barn de drømte om. Når de så står med det helt konkrete barn i armene, kan det virke helt uvirkeligt og forsvaret holder ikke længere følelserne tilbage.

Nogle kvinder har helt konkret mistet et barn, måske i graviditeten måske under fødslen eller kort efter fødslen, evt. senere. Måske har hun aldrig givet plads til den sorg, der naturligt følger ved et barns død, fordi hun hurtigt vil forsøge at få et andet barn. Den "gamle" sorg kan udløses ved fødslen af et nyt barn.

En kvinde, jeg arbejdede med, havde midt i sin graviditet mistet sin mor, der døde pludseligt af en blodprop. Hun var ulykkelig og fortvivlet, men stort set kun til moren var begravet. Så besluttede hun, at hun VILLE være glad og glæde sig til at skulle være mor. Det lykkedes også så nogenlunde – mange syntes hun var stærk, hvad hun jo på en måde også var. Men kort efter datterens fødsel brød sorgen hjerteskærende frem, og hun bare græd og græd over sin mor, som hun nu ikke kunne dele sin glæde med, og som heller ikke fik lov til at opleve at blive mormor.

Andre traumatiske, undertrykte oplevelser kan være incest eller voldtægt, som måske aldrig er blevet bearbejdet overhovedet. Specielt ved belastende fødsels-oplevelser kan der bliver lukket op for disse gemte sår.

Ad 3) Genetisk biologisk betinget depression

I nogle familier er der genetiske forhold, der går i arv og giver større risiko for at udvikle depression i det hele taget. Det betyder, at der hos kvinden er en sårbarhed, som kan bryde ud i en depression i forbindelse med graviditet, fødsel og det at blive mor, som generelt er en specielt krævende periode, ofte beskrevet som en udviklingskrise. Andre af kvindens familiemedlemmer har ofte haft en depression, eller kvinden har tidligere i sit liv oplevet depressive tendenser, måske også haft en depression. Denne form for depression i denne livsperiode kaldes også ofte – og naturligt – for en fødselsdepression, men er altså ikke den samme tilstand som den psykiske betingede, der beskrives senere.

Ad 4) Social og følelsesmæssigt umodenhed

Umodenhed og følelsesmæssig ustabilitet kan ses hos kvinder/par, som også i andre sammenhænge har haft brug for støtte og hjælp til at komme i gang med voksenlivet, f.eks. blive fastholdt i et skole- og uddannelsesforløb eller i et job. De har ofte allerede eller har tidligere haft kontakt med socialforvaltningen. De kvinder kan naturligvis også reagere med gråd, usikkerhed, magtesløs og vanskeligheder med at tage barnet til sig, men det er på en anden måde end ved fødselsdepression. De er typisk meget mere svingende med mange andre umodenhedsreaktioner, bl.a. også vanskeligheder i parforholdet.

Ad 5) Fødselspsykose

Relationen til barnet påvirkes tidligt !

En fødselspsykose kan godt ved starten ligne en fødselsdepression, men det bliver meget hurtigt klart både for partneren og andre familiemedlemmer og selvfølgelig for sundhedsplejersken, at her er der tale om noget meget mere graverende, der fører til psykotiske reaktioner som f.eks. hallucinationer og paranoide forestillinger. Kvinden har ikke altid selv erkendelse af sin tilstand. Læge og psykiater må hurtigt konsulteres, og indlæggelse kan evt. være nødvendigt. Det er en sjældent forekommende psykisk sygdom, der kun rammer 1 ud af 1000 kvinder, dvs. 1 promille.

Kombinerede reaktioner

Nu er der jo intet der er helt enkelt eller enten-eller. Så det kan også forekomme, at kvinder der bliver ramt af stress, forsinket sorg eller for den sags skyld har en biologisk, medfødt sarthed, også kan have en personlighed med en sårbarhed, der giver anledning til en psykologisk betinget fødselsdepression, således som jeg beskriver i det følgende.

3. Den psykologisk betingede fødselsdepression

Det er klart at både kvinden selv og hendes mand gør sig tanker om, hvad det er for noget, der har ramt hende, hvad er det hun lider af, hvorfor har hun fået ››

det sådan. Også sundhedsplejersker, psykologer og læger er optaget af, hvad en fødselsdepression er, bl.a. for at kunne tilbyde den rette behandling. Jeg har i min forståelse af, hvad en fødselsdepression "er", når den ikke er genetisk betinget, taget udgangspunkt i barnets selvudvikling. Kvinden, der udvikler en fødselsdepression har jo selv været barn og udviklet sin grundlæggende selvfornemmelse dengang. Og det er denne selvfornemmelse der bliver "ramt" ved en fødselsdepression.

3a. Et barns selvudvikling

Barnets Selv, dvs. dets inderste fornemmelse af at være mig, dets identitetsudvikling, kernen i dets personlighed, kan udvikle sig i tre retninger, nemlig som 1) Det sande, ægte Selv, 2) Det falske Selv og 3) Det splittede Selv. Det er Det falske Selv, der senere i voksenalder kan blive til grundlaget for en fødselsdepression.

3b. Det sande, ægte Selv

Det barn der føler sig elsket og "rummet" og får betingelsesløs kærlig omsorg og relevante reaktioner fra forældrene både følelsesmæssigt, mentalt og kropsligt, vokser og udvikler sig "indefra". Alle dets medfødte ressourcer og evner bekræftes og forstærkes, og barnet udvikler en tryg, sikker og god følelse af at være mig og dermed et Sandt, ægte Selv. Barnet kan være sig selv, hviler i sig selv, fordi det har udgangspunkt i sig selv, i egne behov og følelser, samtidig med at dets kærlige følelser for forældrene gør, at det også lærer og gerne vil lære at tage hensyn til dem og andre. Det er et glad barn med masser af energi, nysgerrighed, tillid til og mod på livet.

3c. Det falske Selv

Barnet med Det falske Selv er et barn, der ikke er blevet mødt tilstrækkeligt af sin mor eller sine forældre. Moren/forældrene har ikke været tilstrækkeligt tilstede – fysisk eller følelsesmæssigt – for barnet, eller hun/de har en forestilling om, at barnet skal være på en bestemt måde eller opfylde deres behov. Dermed ser forældrene kun bestemte sider af barnets måde at være på og accepterer kun visse behov og følelser hos barnet. De ignorerer og afviser kategorisk andre side af barnet, og måske bliver barnet også udsat for egentlig fysiske eller seksuelle overgreb. Der er betingelser for kærligheden.

Barnet vil trods alt forsøge at få så meget kærlig omsorg som muligt. Det vil som mestringsstrategi forsøge at "knække koden" - så at sige - til hvordan kærlighed trods alt kan opnås. Det tilpasser sig derfor forældrene og dermed de vilkår, der er for positive reaktioner og accept. Barnet undertrykker egne behov og egen smerte over ikke at blive mødt, som det har behov for. Det kapsler ved hjælp af overlevelsestrategier (forsvaret) egen smerte af ensomhed, af at føle sig afvist, ikke god nok inde og bliver et "godt" barn. Barnet skjuler det tabte Selv, således som den svejtsiske analytiker Alice Miller beskriver det i sin bog "Det selvudslettende barn". Barnet kommer så til at fremstå som f.eks. den søde, hjælpsomme, dygtige, sjove, "usynlige", den "pæne" og velopdragne eller andet, der passer. På den måde udvikler barnet en "facade", der matcher forældrenes behov og krav.

Barnet klarer sig ofte godt i skolen og i familien og virker velfungerende. Men det har en pris. Barnet kan ikke bare være sig selv, det tager udgangspunkt i andres behov og forventninger og vil ofte vurdere egne reaktioner, adfærd og succes efter, hvad andre mener om det.

Som voksen er det ofte dem, som andre søger hjælp hos, de er vellidt, netop fordi de har andre som udgangspunkt for deres handlinger. Eller de er de dygtige med gode eksamener. De kan måske ligne piger fra "flinkeskolen", men det er ikke helt identisk, idet man godt kan have "gået i flinkeskolen", uden dermed nødvendigvis at have savn, ensomhed og identitetsmæssig afhængighed af andre som kerne i sin personlighed. Kvinder (mænd) med et Falsk Selv kan senere udvikle en fødselsdepression. Det vender jeg tilbage til, når jeg har beskrevet "Det splittede Selv".

3d. Det splittede Selv

For fuldstændighedens skyld vil jeg også omtale barnet med Det splittede Selv. Det barn modtager

heller ikke tilstrækkelig omsorg og bliver ofte udsat for tilfældige straffe og sanktioner. Måske bliver det også udsat for direkte overgreb af forskellige slags. Men barnet formår ikke – som barnet med Det falske Selv – at udvikle mestringsstrategier, der kan sikre det et minimum af kærlig omsorg og positiv opmærksomhed. Vilkårene er ofte sådan, at forældrene er styret af deres her- og nu- behov og –stemning, og der er ingen, ringe eller kun tilfældig kærlighed til rådighed.

Barnet har således ikke mulighed for at "gennemskue" forældrene og tilpasse sig deres tilfældige stemninger. Barnet er heller ikke i sin smertefulde situation i stand til at udvikle tilstrækkelige overlevelsesstrategier til at undertrykke egen smerte eller egne naturlige behov. Frustrationerne bryder hele tiden frem. Dette barn har det synligt svært og er belastet, hvad enten det bliver pylrende, og let bliver slået ud og let opgiver, eller det bliver et vredt, aggressivt barn eller et uroligt barn, der kommer i konflikt med alt og alle.

Dette barn er styret af og har udgangspunkt i her-og-nu situationen og sine her-og-nu følelser og –behov. Det vil ofte få mange problemer i skolen, socialt og også senere som ung og voksen. Som unge vil de ofte blive beskrevet som umodne og som voksne måske som karakterafvigere. Det vil naturligvis også for disse personer ofte være svært at blive forældre, men det vil vise sig på andre måder end ved en fødselsdepression.

3e. Selvværd og selvtillid

Barnet og den voksne med Det sande Selv har god selvværdsfølelse (føler sig elsket og værdsat) og har også god selvtillid (føler det dur til noget, kan klare en masse). Det er robust i mange henseender, tåler udfordringer og krav og kan også tåle rimelig kritik.

Barnet – den voksne - med Det falske Selv har ofte god selvtillid (det føler det det kan præstere noget (det som accepteres), men ringe selvværdsfølelse (føler sig ikke elsket som den jeg er). Det stiller store krav til sig selv, virker ofte noget perfektionistisk, tåler ikke ret godt kritik, men vil ofte holde sin sårbarhed/sårethed for sig selv.

Barnet med Det splittede Selv har hverken en god selvværdsfølelse eller meget selvtillid, evt. en "oppustet" selvtillid, der nemt kan krakelere. Det tåler ikke udfordringer og krav og endnu mindre kritik.

Der er naturligvis mange "grader" af både Det sande Selv, Det falske Selv og Det splittede Selv, og at der også kan være overgangsformer. Der er også vigtigt her at gøre opmærksom på, at alt i denne udvikling ikke handler om miljøet, dvs. forældrenes måde at være på. Også medfødte evner og ressourcer hos et barn betyder noget i udviklingen af selvet.

4. Fødselsdepressionen bryder ud

Når kvinde med det sårede selv bag facaden af Det falske Selv får sit lille barn i armene, vil dette hjælpeløse lille barn – så at sige – kunne trænge igennem hendes Falske Selv-facade og vække hendes barndoms savn. Hendes barn danner bro til hendes eget indre sårede barn. Og når først denne forbindelse er skabt, er den svær at lukke igen. De mange svære følelser fra egen barndom vælter frem – ofte i en helt uforståelig form – og vil ud, for at blive rummet og fordøjet og dermed helet på en ny måde.

Det er dog ikke nødvendigvis absolut sådan, at kvinder med et falsk Selv får en fødselsdepression. Det er ikke altid nok blot at være gravid og få et barn, somme tider skal der også andre forhold til for at udløse en fødselsdepression, eller forsvaret kan være så stærkt, at de gamle sårede følelser ikke bryder igennem (første gang kvinden får barn).

Kvinden ved ofte intet om sin sårede indre selvfornemmelse og forstår slet ikke, hvad der sker med hende og bliver skræmt. Der er dog nogle kvinder, der ikke er helt totalt uvidende om deres egen indre smerte. De har måske enkelte gange fået signaler "derindefra", som de har kunnet ignorere, eller som de er kommet over. Et eller andet sted inde i sig ved de måske også godt, at "der er noget", at de ikke er helt så friske og frejdige, som de giver det udseende af, eller ikke har helt den ideelle familiebaggrund, »

som de gerne vil tro. Men de fleste er nok helt uvidende om det indre drama, de bærer rundt på.

5. Opsporing og tidlig indsats

I den tidlige indsats er jordemoder, egen læge og specielt sundhedsplejerske vigtige professionelle. Disse faggrupper har i de seneste 5-10 år fået en stor viden om og erkendelse af, at en fødselsdepression kan være en alvorlig tilstand, der dels kan være belastende for kvinden, men så sandelig også for hendes relation til barnet og dermed for barnet og for dets udvikling og også for hendes partner. De ved også at tidlig indsats er vigtigt.

Kvinder der er i risiko for at udvikling en fødselsdepression – og det gælder også kvinder med en biologisk betinget depression – har brug for særlig opmærksom og støtte allerede i graviditeten. Hvis det sker, er der gode muligheder for at støtte hende i den naturlige psykiske udviklingsproces, som graviditeten også er. Herved kan det være muligt at "tage hul" på den indre smerte, og kvinden vil kunne fortsætte denne proces indenfor de rammer, som bl.a. sundhedsplejerske, mødregrupper, evt. egen mor, søstre eller veninder kan være for hende. Noget af den indre smerte kan derved heles, så en fødselsdepression ikke bryder ud.

Sundhedsplejersker er helt centrale i opsporingsarbejdet. Det er vigtigt, at de spørger direkte til, hvordan kvinden har det. Nogle steder her i landet ar man gjort forsøg med at bruge Edinburgh Fødselsdepressions skalaen til screening for fødselsdepression. Sundhedsplejerskerne Annette Korsgaard og Marianne Jeppesen, København, kan beskrive fordele og ulemper de har oplevet med skalaen.

6. Behandling

Den større viden om fødselsdepression gør nu, at kvinderne ofte selv vil komme til at tænke på fødselsdepression, hvis de har det svært. De oplever det heller ikke så ofte som tidligere skamfuldt, pinligt og flovt at have det på den måde. Det er et stort skridt fremad mod hjælpen. Kvinden vil således ofte selv erkende, at hun ikke kan "få styr på det", på sine følelser og tager de første skridt til at åbne sig for sin mand, hvis hun ikke allerede har gjort det og overfor andre, bl.a. overfor sundhedsplejersken.

Sundhedsplejersken er ofte den person som kvinden er tryg ved og har tillid til, så hun må dels hjælpe hende videre til de behandlingsfaciliteter, der er mulige lokalt, men også ofte fortsætte som sundhedsplejerske for hende.

I 2008 er det blevet muligt for personer mellem 18 og 37 år med lettere til middel depression at få betalt 2/3 af psykologhjælp hos en privatpraktiserende psykolog via den offentlige sygesikring. I behandlingen vil psykologen kunne arbejde såvel kognitivt som psykodynamisk.

6.a. Første fase

I den første fase, hvor kvinden ofte er meget ulykkelig og kaotisk, er der behov for symptombehandling/aflastning. Kvinden skal have hjælp til at dæmpe sin uro evt. angstanfald, til at få styr på iringkørende, belastende tanker, fratages skyld og i øvrigt hjælpes ind i en dagsrytme med hvile, bedre søvn, regelmæssige måltider og bevægelse (gåture). Hun har også ofte brug for hjælp til pasning af barnet fra faren og familie i øvrigt. Faren kan evt. overtage barselsorloven, mens moren får en sygemelding. Evt. er det også nødvendigt med medicinsk behandling.

Psykoedukation hvor kvinden og hendes mand får information og viden om tilstanden kan også være gavnligt.

6b. Anden fase

I næste fase har kvinden brug for jeg-støtte til at mærke sig selv og lære sig at have bedre kontakt med sig selv og mærke sine her-og-nu behov bl.a. for omsorg fra sine nærmeste og for evt. at få en pause for barnet (uden af føle skyld). Hun skal lære sig selv bedre at kende – på et indre plan – og blive bedre til at tage vare på egne behov og ønsker. I denne fase er behandlingen orienteret mod her-og-nu. Forskellige kropsorienterede tilgange til dette er befordrende.

Kvinden skal også have støtte til at turde gå ind i en tættere følelsesmæssig kontakt med barnet og mærke, hvad det gør ved hende (mor-barn relationsarbejde).

Parret har også ofte brug for parsamtaler til at klare dagligdagen og til at udvikle et ligeværdigt forældreskab. Egentlig parterapi kan parret sjældent rumme på dette tidspunkt, hvor de er fokuseret på kvindens tilstand, på barnet og på det at være blevet forældre.

6c. Tredje fase

I tredje fase har kvinden brug for at komme dybere ned i sin problematik i et psykoterapeutisk forløb. Her handler det mere om, hvad hun har med sig fra tidligere, dog ofte med udgangspunkt i noget der sker her og nu. Hun har behov for at få kontakt med den indre smerte og følelse af bl.a. tidligere savn og svigt, ensomhed, skyld, skamfuldhed og angst. Det er vigtigt, at hun lærer sig at rumme disse følelser og se dem som en (naturlig) del af hende, som hun ikke behøver kapsle inde bag en facade. Med bedre kontakt med sig selv, også med den sårede del, vil hun også have lettere ved at have følelsesmæssig kontakt med sit barn – og sin mand, selv om det i en periode kan være svært for hende at rumme andre/andet end sig selv og den terapeutiske proces.

Også gruppebehandling kan være relevant, men langt fra alle steder i landet e det en mulighed, og det er heller ikke alle kvinder, der ønsker at deltage i en gruppe.

Lise Gullestrup er cand. Psych. og har bl.a. i mange år arbejdet i Aalborg kommunes socialforvaltning i en familieinstitution, hvor målgruppen var gravide, deres partnere og nybagte forældre. Her mødte hun gennem årene mange kvinder med fødselsdepression og deres familier, og selv om fødselsdepression kan være ret forskellig fra kvinde til kvinde, er der alligevel meget der er fælles og går igen. Det er bl.a. det, der beskrives i denne artikel.

Lise Gullestrup har skrevet 2 bøger:

- Lise Gullestrup: At blive et med sig selv – om udviklingen af det 0 – 5 årige barns Selv, Frydenlund, 2005).
- Lise Gullestrup & Inger Merete Terp: Fødselsdepression, Psykiatrifondens Forlag, 2008

Af **Svend Aage Madsen,** ph.d. Chefpsykolog, Rigshospitalet

Fædres psykiske reaktioner på forældreskab

Det har længe været anerkendt, at mellem 10 og 14 procent af alle kvinder får en depression efter fødslen, målt med Edinburg Post Natal Depression Scale (EPDS). Denne psykiske reaktion kan have mange navne. I Danmark er det blevet populært at kalde den for en 'efterfødselsreaktion'. I Storbritannien bruges ofte betegnelsen 'post natal depression' (efterfødselsdepression), mens det i USA ofte kaldes 'post partum depression'. I andre sammenhænge tales om 'mood disorders' ved det at blive forældre. Når jeg vælger at kalde det fødselsdepression, er det fordi, det er den mest almindelige betegnelse i Danmark. Det er et begreb, som mange almindelige, dvs ikke professionelle mennesker, er velbekendte med og bruger i dagligdagen. Og her er såvel fænomenet depression som fødselsdepression heldigvis blevet tilstande man kan tale langt mere åbent om, end man kunne for 10 til 20 år siden.

Mens det blandt professionelle er kendt, at der kan bryde en sådan reaktion ud hos kvinder efter barnets fødsel, er det knap så velkendt, at mellem 12 og 16 procent kvinder får en sådan reaktion allerede *under graviditeten*, målt med samme EPDS-instrument. Det er altså lidt flere end efter fødslen! Allerede i det tal ligger der en vigtig påpegning af, at vi med disse psykiske tilstande ikke først og fremmest har med reaktioner på den fysiske fødsel at gøre, men med reaktioner på det at blive forældre. Denne forældredannelsesproces er psykologisk set under udvikling hele livet igennem for mange mennesker. Men den er særligt voldsom hen igennem perioden fra, hvor man beslutter sig til at ville have barn, over graviditeten og fødslen og ind i spædbarnstiden. Det betyder, at vi som beskrevet i bogen *Bånd der brister – bånd der knyttes* (Madsen 1996) må forstå disse reaktioner som voldsomme udslag af vanskeligheder i forældredannelses-processen. For både kvinder og mænd er det at få barn og blive forældre psykologisk og identitetsmæssigt voldsomt og omvæltende. Mange stærke følelser kommer i spil hos alle. Hos nogen bliver følelserne så stærke, at de får behov for hjælp – og så kaldes det en fødselsdepression.

I min udforskning af kvinder og fødselsdepressioner i afhandlingen *Når det ikke kun er lykken at blive mor* (Madsen 1994) definerede jeg en fødselsdepression på følgende måde: En fødselsdepression har på trods af betegnelsen ikke nødvendigvis noget at gøre med selve fødslens forløb. Det er derimod: *"oplevelsen af en dobbelt indre, dybtgående forladthed og magtesløshed udløst af den dynamiske proces omkring fødslen … (hvor det afgørende ikke er) om lidelsesformen placerer sig i kategorierne krisereaktion, neurotiske lidelser, psykotiske lidelser eller affektive lidelser … (Det der) knytter de forskellige tilstandsformer sammen til en helhed, er de dynamiske processer i vekselvirkningen mellem egne oplevelser af omsorg i barndommen, de regressive processer under graviditet, fødsel og spædbarnstid, fraværet af evne til binding og omsorg for spædbarnet, de aktuelle relationer til andre nærtstående mennesker og den konkrete og uomgængelig tilstedeværelse af et spædbarn, som appellerer til nærhed og binding"* (Madsen, 1994, s. 186).

I arbejdet med kvinder med den type lidelser »

Af **Svend Aage Madsen,** ph.d. Chefpsykolog, Rigshospitalet

støtte vi i Fødselssamarbejdet i Rødovre også, mere tilfældigt, på mænd med lignende reaktioner på det at blive forældre. Blandt de mange kvinder, der blev henvist, så vi enkelte mænd med psykiske problemer – fx en mand med angstreaktioner under graviditeten og en anden med depressive reaktioner kort efter fødslen af hans barn. Flere nybagte og vordende fædre kom til hen ad vejen med lignende typer problemer. I den systematiske udforskning af mænds forhold til spædbarnforældreskabet i Fædreforskningsprogrammet på Rigshospitalet, *Fædres relationer til spæd- og småbørn*, der har løbet siden 1997, fik vi uddybet forståelsen af sammenhængen imellem de psykiske forløb, som alle mænd gennemløber i forældredannelsesprocessen, og de forhold, der udvikler sig til fødselsdepressioner hos mænd. I 2002 beskrev vi (Madsen, Lind & Munck 2002) dybtgående, hvordan mænd også kan få stærke og behandlingskrævende psykiske reaktioner i forbindelse med at de bliver fædre. Vi analyserede og beskrev heri, hvordan disse tilstande ud fra ovenstående definition også hos mænd kan kaldes fødselsdepressioner. Netop når forstyrrelsen forstås som psykiske forstyrrelser i forældredannelsesprocessen.

Fremlæggelsen af, at fødselsdepression også kan forekomme hos mænd førte til, at vores klinik (Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning) på Rigshospitalet blev bestormet med henvendelser fra mænd, føde- og barselspersonale, sundhedsplejersker, praktiserende læger og partnere med dette problem inde på livet. Som det kan ses af Tabel 1, der viser en opgørelse over 140 mænd i behandling for fødselsdepression, kommer disse henvendelser fra hele den perinatale periode og senere.

Efter at have behandlet et antal mænd for dette problem fik vi (Madsen & Juhl 2007) gennem en EU-finansiering lejlighed til at undersøge omfanget af fødselsdepressioner hos mænd i Danmark. Hidtidige undersøgelser rundt om i verden havde indtil da vist en forekomst af fødselsdepression hos mænd på omkring 4-5 procent. Dette var målt

Tabel 1: Mænd med fødselsdepression i behandling på Rigshospitalet

Tidspunkt for henvendelse (N: 140)	**%**
Under graviditet	28
Ved fødsel og tidlig barsel (< 1 måned)	26
I barselsperioden (> 1 måned)	46

med de traditionelle måleinstrumenter for depression, bl.a. EPDS. Vi ser således hos mange mænd forekomst at de samme træk, vi også ser ved fødselsdepression hos kvinder. Også hos mændene ser vi, foruden de kendte symptomer af depression og angst også tanker, der knytter sig direkte til forholdet til barnet – for eksempel følelser af at være overvældet af bundethed og ansvar, angst for barnets reaktioner og behov, konstant angst for, at barnet er sygt, eller angst for adskillelse fra barnet. Ligesom der kan være forestillinger om, at barnet kommer ud af kontrol, at barnet skader faderen eller faderens liv, eller forestillinger om at kunne blive fri for barnet.

Mandlige depressionsformer

I vores undersøgelse inddrog vi imidlertid nogle vigtige erfaringer om mænds depressioner generelt, som netop på denne tid blev underbygget i både europæisk og amerikansk forskning. Denne forskning peger på, at der kan være forskelle imellem kvinders og mænds tilstande under depression. Eller rettere sagt, der er en type symptomer som hyppigere optræder hos mænd, og det er symptomer, som ikke traditionelt indregnes i gruppen af tilstande, der definerer depressionen. De traditionelle symptomer på depression (og som hyppigst ses hos kvinder) er bl.a.:

– Nedsat stemningsleje
– Manglende glæde og interesse

»

Program
+ tilmeldingsblanket

Landskonference for Sundhedsplejersker
Den 4.– 5. maj 2009 på Munkebjerg Hotel

– Sundhedspleje på tværs!

Arrangeret af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Tema: ”Sundhedspleje på tværs”

I 2009 kommer sundhedsplejen til at spænde mellem mange forskellige arbejdsfelter.
Det kontinuerlige arbejde med kommune omstruktureringerne, nye arbejdsopgaver med ind- og udskolinger, den stigende interesse for at arbejde med grupper bland børn og voksne i sundhedsplejen og ikke mindst det voksende krav om sundhedsplejersken som omstillingsparat i en hektisk hverdag.

Mandag den 4. maj 2009

kl 09.00-10.00	Ankomst og registrering. Kaffe/ the og morgenbrød
kl 10.00-10.30	Velkomst og åbning af konferencen v/ Susanne Hede, formand for Fagligt Selskab for sundhedsplejersker Årets Sundhedsplejerske. Tale v/ Connie Kruckow, Formand for DSR
10.45- 12.30	Sundhedsfremme anno 2009 v/ Peter Thybo, Sundhedsinnovator i Ikast-Brande Kommune og forfatter.
12.30-14.00	Frokost og udstilling
14.00-15.15	Arbejdsmiljø i og omkring sundhedsplejen. Hvordan bevarer vi vores faglighed i et meget omskifteligt samfund v/ Jens Erik Kristensen, Lektor, Lic. phil, DPU.
15.15- 15.35	Kaffepause og udstilling
15.35- 17.00	Netværksgrupper til børn af psykisk syge forældre v/ Lene Kirkeby, sygeplejerske og Lone Buch, socialrådgiver, begge lokalpsykiatrien,Århus
17.00-18.00	Frisk luft, fri eller mulighed for at besøge udstillerne.
18.00-20.00	Festmiddag
20.00-21.30	Generalforsamling, kun adgang for medlemmer af FS for Sundhedsplejersker
21.30-23.00	Socialt samvær og underholdning med et lille traktement.

Tirsdag den 5. maj 2009

kl 09.00-9.10	Morgensang
09.10- 10.30	Kognitive færdigheder og hjernens udvikling hos det 5-7 årige barn v/ Christian Gerlach, professor i neuropsykologi, DPU.
10.30- 11.00	Kaffepause og udstilling
11.00-12.30	Motorisk udvikling v/ Gudrun Gjesing, børneergoterapeut og forfatter, Haderslev.
12.30- 14.00	Frokost og udstilling
14.00-15.00	Workshop med metoder.
15.00- 15.15	Kaffepause
15.15-16.45	Afslutning ved dirigent Vagn Egon Jørgensen, Århus

(Ret til ændringer i programmet forbeholdes)

Tilmeldingsblanket til Landskonference for Sundhedsplejersker
Munkebjerg Hotel den 4.-5. Maj 2009

Udfyld venligst én blanket for hver deltager – kopier gerne blanketten

Navn:

Privat Adr.:

Postnr./By:

Telefon/mobil:

e-mail:

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

Arbejde/Afd.:

BETALING

☐ Jeg skal selv betale og ønsker et indbetalingskort vedlagt min bekræftelse

☐ Elektronisk faktura skal sendes til min arbejdsplads (nedenstående **skal** udfyldes):

Fakturaadresse.:

Postnr./By::

Telefon/mobil:

EAN-nr. (13 cifre):

Evt. ordre nr.:

Evt. person ref.:

Medlem af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker:
JA ☐ NEJ ☐

☐ Jeg ønsker at melde mig ind inden konferencens start.

☐ Jeg ønsker **ikke** medlemsskab og betaler + 25% af min kursusafgift:

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

	Medlemmer	**Ikke medlemmer**
☐ Enkeltværelse	Kr. 4.115,-	5.144,-
☐ Dobbeltværelse	Kr. 3.615,-	4.519,-
☐ 3-sengsværelse (opredning)	Kr. 3.421,-	4.276,-
☐ Deltagelse uden overnatning og morgenmad (fuld forplejning begge dage og festmiddag d. 4. maj)	Kr. 2.700,-	3.375,-

☐ Bustransport:
Afgang fra Vejle Station 4. maj Kl. 09.15
Retur fra Munkebjerg Hotel 6. Maj Kl. 17.00 Kr. 65,-

Jeg ønsker at bestille en ekstra overnatning, 3.-4. maj:

☐ Enkeltværelse	Kr. 1.415,-
☐ Dobbeltværelse	Kr. 915,-
☐ 3-sengsværelse (opredning)	Kr. 721,-

Jeg ønsker at dele værelse med:

Særlige ønsker, vegetar m.m.:

Send/fax tilmeldingsblanketten senest 16.marts 2009 til:
KongresKompagniet • Nordhavnsgade 1 • 8000 Århus
Telefon: 8629 6960 • Fax: 8629 6980 • e-mail: fs10@kongreskompagniet.dk

On-line tilmelding:
www.sundhedsplejersken.info og www.kongreskompagniet.dk

Bekræftelse og betaling:
• Bekræftelse fremsendes når tilmelding modtages.
• Elektronisk faktura fremsendes til din arbejdsplads og – eller privatadresse.

Af **Svend Aage Madsen,** ph.d. Chefpsykolog, Rigshospitalet

– Uoverkommelighedfølelse og træthed
– Manglende koncentrationsevne
– Rådvildhed og uro
– Hæmning
– Nedsat selvværdsfølelse og følelse af skyld
– Sortsyn
– Selvmordstanker

Det er denne forståelse af depressionen, der ligger bag EPDS skalaen, som bruges af mange sundhedsplejersker rundt om i Danmark til afdækning af fødselsdepression hos kvinder.

Men hos mænd ser man ofte også mere udadreagerende tilstande i depressionen som fx:
– Vredesudbrud
– Aggressivitet
– Svag impulskontrol
– Irritabilitet
– Destruktiv tankegang
– Lav stresstærskel
– Rastløshed
– Misbrug

Desuden ses hos mænd dertil hyppigt følgende reaktions- og tilstandsmønstre:
– Tilbagetrækning fra relationer – benægtes eventuelt
– Besættelse af tanken om at være i fred, krav om autonomi
– Afvisning af at have behov for og at få hjælp
– Benægtelse af smerte – bl.a. sorg og savn
– Besættelse af arbejde, hobby, pc-spil, surfing på internt o.lign.
– Voldsom selvkritik

Reaktioner af denne slags forbindes ikke så let med, at personen har behov for hjælp. Derfor vil en mand med denne type depressionsreaktioner let sine opfattet som et problem for deres omgivelser, snarere end at blive set som en, der har et problem og eventuelt har behov for hjælp (læs mere herom i: Madsen 2006). Der er endnu ikke udviklet tilstrækkeligt gode skalaer til opsporing af de depressionssymptomer, der hyppigere ses hos mænd. Men nogle udmærkede første forsøg er gjort med ovennævnte Gotland Male Depression Scale og den nye The Masculine Depression Scale.

Udbredelse

Med inddragelse også af sådanne symptomer, der optræder hyppigere hos mænd, gennemførte vi en undersøgelse, der omfattede 607 mænd, som fik barn på Rigshospitalet i København. Mændene, der deltog blev tilfældigt udvalgt via kontakterne med hospitalets jordemødre. Manden fik tilsendt et spørgeskema 6 uger efter fødslen, hvori han skulle besvare spørgsmål om tin tilstand ud fra både 'traditionelle' (EPDS) depressions-symptomer og 'mandlige' (Gotland Male Depression Scale) depressionssymptomer. Der var en svarprocent på 91.

Svarene viste, at omkring 7 pct. fædre får en fødselsdepression inden for 6 uger efter fødslen af deres barn. Blandt fædrene, hvis barn bliver født på Rigshospitalet, vil der være 250-300 mænd, der årligt får en fødselsdepression. På Rigshospitalet er der ca. 4000 fødsler årligt. Der er for tiden cirka 65.000 fødsler om året i Danmark. På landsplan peger tallene derfor på, at omkring 4.500 fædre årligt får en fødselsdepression.

Årsager

Årsagerne til fødselsdepression er omdiskuterede, men som beskrevet i bøgerne Bånd der brister – Bånd der knyttes og Fædres tilknytning til spædbørn er det min faglige forståelse, at både for kvinder og mænd findes en vigtig årsag til fødselsdepression i konfliktfyldte erfaringer med omsorg i egen barndom. Det er ofte konflikter i forhold til egen mor, som ikke er blevet bearbejdet, modnet eller kommet på afstand. Konflikterne fra barndommen er ofte kombineret med aktuelle kontroverser i forholdet til moderen og eventuelt også i parforholdet.

Man kan sige, at fødselsdepression er en for- »

Af **Svend Aage Madsen,** ph.d. Chefpsykolog, Rigshospitalet

styrrelse i forældredannelses-processen, hvor den psykiske smerte over følelser af fortabthed og forladthed i ens egen opvækst støder sammen med fortvivlelsen og smerten ved ikke at kunne finde sig tilrette med det at skulle være forældre eller med tilknytningen til spædbarnet. Det er en lidelse der udspringer af, handler om og udspiller sig i relationer mellem forældre og barn.

Under en fødselsdepression tænker man ofte på, hvordan man selv havde det som barn. Manden tænker på problemer i den omsorg, han fik, eller ikke fik, og i det hele taget på sit forhold til forældrene. Det er særligt forholdet til mandens egen mor, som fylder hans tanker og følelser. Det kan være savn, stræben efter accept, anerkendelse, forståelse eller betingelsesløs kærlighed fra moderen. Men det kan også udtrykke sig som en konflikt i forhold til hende, á la: »Mit barn skal i hvert fald ikke have det, som jeg havde det«. I en del tilfælde bryder fødselsdepressionen ud, fordi manden er isoleret, oplever han står alene med ansvaret, eller manden oplever et tab. Generelt et der en følelse af forladthed.

De vigtigste beskyttende faktorer i forhold til at få en fødselsdepression er nære, trygge relationer til andre mennesker.

Opståen og symptomer

I vores forskning på Rigshospitalet har det vist sig, at der både er forbavsende store ligheder mellem mandens og kvindens fødselsdepression – og nogle vigtige forskelle. Også hos manden er lidelsen en psykisk reaktion, der har forbindelse med det at få barn og blive forældre. Reaktionerne kan indeholde tilstande i form af stærke krisereaktioner, angst og depression samt tankeforstyrrelser. Det er vigtigt ved opsporing og identificering at begribe fødselsdepressionen på flere forskellige niveauer: A) På det individuelle plan, B) i relationen til barnet, C) i oplevelsen af egne erfaringer med omsorg og erfaringer med relationer og tilknytning generelt; D) ligesom det er vigtigt at være opmærksom på udløsende forhold.

A) På det individuelle plan for tilstande og symptomer kan man bruge EPDS og Gotlandskalaen, som forholder sig til symptomerne og tilstande hos manden. De er her vist i Figur 1:

EPDS ('Traditionel' depression)
- Ikke kunnet le eller være humoristisk
- Ikke kunnet se frem til ting med glæde
- Bebrejdet mig selv uden grund for ting der er gået galt
- Været nervøs og bekymret uden god grund
- Været angst og panikslagen uden god grund
- Svært ved at overskue min situation
- Haft svært ved at sove fordi jeg har været ulykkelig
- Været ked af det og ulykkelig
- Grædt fordi ulykkelig
- Tænkt på at gøre skade på mig selv

Gotlandskala ('Mandlig' depression)
- Lavere stresstærskel/mere stresset
- Aggressiv, besvær med selvkontrol
- Udbrændthed og tomhed
- Uforklarlig træthed
- Irritabel, rastløs og frustreret
- Besvær med at træffe beslutninger i hverdagen
- Sover for meget/for lidt/uroligt
- Besvær med at falde i søvn/vågner tidligt
- Følelse af uro/ængstelse/ubehag
- Overforbrug af alkohol og piller
- Overaktiv/arbejder hårdt og rastløst, jogger o.l.
- Opførsel ændret så svær at have med at gøre
- Følt dig/andre opfattet dig som dyster, negativ
- Følt dig/andre set dig som selvmedlidende, klagende

B) Når det gælder niveauet for relationen til det kommende barn eller til spædbarnet og oplevel- »

sen af samspillet med det, er det vigtig at være opmærksom på, at der ofte er følelser af at være overvældet af den bundethed og det ansvar, som forældreskabet medfører. Samtidig skal man være opmærksom på forestillinger om:
– at skade barnet
– at barnet skader faderen
– at barnet kommer ud af kontrol – angst for barnets reaktioner og behov

Samt:
– ønsker om at blive fri for barnet
– overdreven angst for at der er noget galt med det
– følelser af skuffelse/lede ved barnet og samværet med det
– angst for at blive overvældet af barnets reaktioner
– angst for adskillelse

C) På niveauet for egne erfaringer med relationer og mandens forhold til sine egne forældre er det vigtig at være opmærksom på:
– Optrapning af konfliktfyldte forhold til forældrene
– Udtryk for følelser af forladthed
– Udtryk for savn og mangel på model

Det er altid et nøgle led at spørge: "Hvad synes din mor om at du skal have barn/være forældre?"

D) Når det endelig gælder udløsende forhold, er det vigtig at være opmærksom på:
– Når familien kommer hjem, hvor mandens fødselsdepression tit opstår
– At manden skal være alene med barnet første gang
– At han skal være alene om natten med barnet
– At han får eneansvar i en periode
– At hans partner skal være væk nogle dage
– At han mister en nærtstående.

Det er vigtigt at man i kontakten med familien forholder sig til både de individuelle, de relationelle og de udløsende forhold. Samt at man indregner de kønsspecifikke træk. Dermed har man en bredere vifte at værktøjer til at opspore de mænd med, der har fødselsdepression og behov for behandling.

Behandling

Vores erfaringer fra omkring 150 behandlingsforløb med mænd med denne slags problemer peger på, at samtaleterapi virker på fødselsdepression. Også på mænd. Fra 4-5 samtaler til omkring 20 samtaler er det almindeligste. Nogle af de centrale temaer i behandlingen, som er karakteristiske for psykoterapi for fædre med fødselsdepressioner er:
– Mandens tendens til tilbagetrækning fra tætte relationer
– Hans tidligere og nuværende relationer til forældrene
– Hans aktuelle oplevelser af forældreskab
– Hans relationer til spædbarnet
– Hans relationer til partneren
– Vrede – faderens udadreagerende og negative tanker og følelser
– Mandens ambivalens imellem nærhed/tilknytning og autonomi/frihed
– Mandens forståelse af sig selv som mand.

Se mere om principper for mænd i psykoterapi i Madsen (2008a).

Den form for terapi, som jeg finder mest velegnet er en "dobbelt-fokuseret" bearbejdning af mandens relationer til egen mor/forældre kombineret med bearbejdning af den aktuelle relation til barnet. En sådan vekselvirkende fokuseret terapi synes at udvikle positive følelser for og indlevelse i spædbarnet, bedring i tilstanden og forsoning med moderen/forældrene. Se mere herom i Madsen (2008b).

Der er desværre stadig kun få steder, hvor problemet med fødselsdepression hos mænd er anerkendt. Det er derfor stadig også kun få steder, hvor der er hjælp at få. (Dog tilbyder blandt andet Rigshospitalet og enkelte kommuner psykologhjælp til mænd med dette problem). Dertil kommer, at der stadig er mange professionelle, der ikke kender til, at mænd kan få fødselsdepressioner.

Mænds fødselsdepressioner og særlige forhold vedrørende mænds psykiske sundhed og sygdomme er et nyt forskningsområde, som fremover kræver meget mere undersøgelse på alle planer. Men der er i dag nok erfaringer og viden til, at sundhedsplejen, fødeafdelinger og praktiserende læger m.fl. kan identificere mænd med fødselsdepression og henvise dem til behandling.

Litteratur:

- Madsen, S.Aa. (1994). Når det ikke er lykken at blive mor. Psykosociale forstyrrelser under svangerskab, fødsel og spædbarnstid: Udbredelse, årsager og behandling. Ph.D.-afhandling. Institut for Klinisk Psykologi, Københavns Universitet.
- Madsen, S.Aa. (1996). Bånd der brister – Bånd der knyttes. Intervention ved forstyrrelser i den tidlige mor-spædbarn-relation. København: Hans Reitzels Forlag
- Madsen, S. Aa., Lind, D. & Munck, H.. (2002). Fædres tilknytning til spædbørn. København: Hans Reitzels Forlag.
- Madsen, S. Aa. (2006). 'Mænd og sind', i: Christensen, Kaare, Christian Graugaard, Hans Bonde, Jørn Wulff-Helge og Svend Aage Madsen (red.) Kend din krop, mand. Aschehoug, København.
- Madsen, S. Aa. & Juhl, T. (2007). 'Paternal Depression in the Postnatal Period Assessed with Traditional and Male Depression Scales', Journal of Men's Health and Gender Vol. 4, Issue 1, 26-31.
- Madsen, S. Aa. (2008a). Mænd i psykoterapi. Psykolog Nyt, Vol 62, 19, 3-9.
- Madsen, S. Aa. (2008b) Spædbarnet i faderens verden. Tema: Spædbarnspsykologi. Psyke & Logos, 7, 669-687.

Af **Hanne Lindhardt,** Sundhedsplejerske i Furesø Kommune.

Ikke erkendte fødselsdepressioner hos fædre, slider på parforholdet

”Vores vanskeligheder startede egentlig, når jeg tænker nærmere efter, omkring det tidspunkt, hvor vi fik Magnus. Jeg sad meget med ansvaret alene. Per arbejdede mere og mere over og kom senere og senere hjem. Når han endelig var hjemme, sad han bag computeren. Magnus er nu to og det har stort set ikke ændret sig siden. Det er rigtig svært for os at tale sammen, som regel ender det i skænderi”. Marie sidder i den ene ende af sofaen og fortæller sin version til de to parrådgivere, mens Per sidder i den anden ende og lytter, indtil det er hans tur til at give sin.

Par som Marie og Per er hyppige gæster i parrådgivningen. Et par med problemer opstået i forbindelse med deres barns fødsel. Reaktionerne på forældreskabet kan se forskellige ud og ligeså tidspunktet for, hvornår parret henvender sig for at få hjælp til at tackle deres problemer. Har den kvindelige part en fødselsdepression, kommer parret ofte i den sidste halvdel af barselsperioden, altså mens kvinden stadig er på barsel. Fødselsdepressionen er som regel erkendt. Forbedret kommunikation og samliv er hyppigt på ønskesedlen over emner, som parret gerne vil arbejde med. Er det manden, som har en fødselsdepression, går der ofte lidt længere tid førend parret opsøger rådgivningen. Barnet er typisk halvandet – to år. Manden reagerer hyppigt som Per, trækker sig fra familielivet og er kortluntet og opfarende. Parret kommer typisk for at få afklaret, om de skal fortsætte ægteskabet eller blive skilt. At vanskelighederne evt. kan have en sammenhæng med, at manden fik en fødselsdepression i forbindelse med barnets fødsel, er sjældent noget, parret er bevidste om. De færreste har hørt om, at mænd kan få fødselsdepressioner og for nogle mænd kan det være en svær pille at sluge at skulle indse, måske at være en af dem, uden en følelse af ridser i den maskuline lak. Der skal ind imellem en tænkepause til førend erkendelsen af at: ”Ja, det er nok sådan, at det hænger sammen” opstår. For de par som det drejer sig om, giver en forståelse af sammenhængen ofte mod på at arbejde sig ud af problemerne og se nye muligheder.

De omtalte erfaringer er fra mit arbejde i parrådgivningen i Furesø kommune. Vi er heldige at være et af de projekter, som Familiestyrelsen i 2005 gav mulighed for, i en fireårig periode, at etablere en parrådgivning for forældre med hjemmeboende børn under atten år. Projektet er i Furesø Kommune et samarbejde imellem Børne- og Familiecenteret og Sundhedsplejen. Parrene kan få op til fem samtaler for en symbolsk egenbetaling. Vi er to rådgivere ved samtalerne, så vidt muligt en af hvert køn. Tilgangen er den narrative og løsningsfokuserede samtale. Projektet er beskrevet på www.parsamtale.dk og på www.familiestyrelsen.dk. På Familiestyrelsens hjemmeside, kan de øvrige projekter ses beskrevet og ligeså midtvejsevalueringen af projekterne fra medio 2008.

Forskning

–Uddrag fra artikel

Ikke-medicinsk behandling virker mod fødselsdepression

Kvinder med fødselsdepression vil ofte ikke bruge anti-depressiv medicin af frygt for påvirkning af modermælken. Men der er også alternativer: Behandlingsformer som samtaleterapi, kognitiv terapi og støttepersoner kan både helbrede depression og reducere symptomerne. Det er konklusionen i en ny forskningsoversigt, der har gennemgået ni studier med i alt 956 kvinder.

Professor i psykiatri og psykoterapeut Poul Videbech har i årevis behandlet kvinder med fødselsdepressioner. Han mener, psykologiske behandlingsmetoder burde være en integreret del af behandlingen. "Men det er det ikke i Danmark, fordi der ikke er ret mange psykologer eller psykiatere, der er uddannet i kognitiv terapi", siger han.

Alternativer til medicin virker

Forskningen er da også usikker på, om medicin skader barnet via mælken. Det er i bedste fald fastslået, at man ikke ved, om der er nogen negativ sundhedsmæssig påvirkning. Derfor er der al mulig grund til at undersøge, om andre behandlinger for depressioner virker og kan erstatte medicin.

Forskningsoversigten konkluderer nu, at både psykosocial og psykologisk behandling enten kan helbrede eller reducere symptomerne for depression hos kvinderne. Analysen viser, at ét år efter behandlingen er 2/3 af kvinderne i behandlingsgruppen ikke længere deprimerede. I kontrolgruppen af kvinder, der har fået almindelige behandling, er halvdelen ude af depressionen.

Støttepersoner via telefon har god effekt

Forskningsoversigten viser også, at forskellen mellem effekten af alle de psykosociale behandlinger under ét og alle de psykologiske behandling under ét er så lille, at den kun kan identificeres, hvis der bliver lavet endnu større studier. Men mellem de forskellige psykosociale behandlinger er forskellen så stor, at den kan identificeres på baggrund af de knap 1.000 kvinder, der er med i denne forskningsoversigt. Støttepersoner via telefon virker lige så godt som andre typer psykosociale behandlinger. Støttepersoner kan fx være lokale erfarne mødre, der selv har oplevet fødselsdepressioner og er kommet sig samt har fået relevant træning i at håndtere fødselsdepressioner.

Også inden for de psykologiske behandlinger er der forskellige effekter. Kognitiv adfærdsterapi, der især går ud på at ændre fastlåste tankemønstre, ser ud til at virke lidt bedre end andre former for terapi. Det kan fx være interpersonel samtaleterapi med ugentlig ambulant behandling, hvor der er særligt fokus på forholdet til andre mennesker, eller psykodynamisk terapi der er mere følelsesorienteret.

Kilde; SFI Cambel, www.sfi.dk

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

NC2er et datterselskab i SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Læs mere !

www.videbech.com/fdep

www.sfi.dk Læs her artiklen : Ikke-medicinsk behandling virker mod fødselsdepression

Behandlingsformer som samtaleterapi, kognitiv terapi og støttepersoner kan både helbrede depression og reducere symptomerne. Det er konklusionen i en ny forskningsoversigt, der har gennemgået ni studier med i alt 956 kvinder.

Psyke &Logos nr 2, 2008 udg,af Dansk Psykologisk Forlag, Tema : Spædbørns psykologi.

Mangel på uddannet personale

Interview med Poul Videbech, der er Professor i psykiatri og godkendt vejleder i psykoterapi. Han er ledende overlæge ved Center for Psykiatrisk Forskning, Århus Universitetshospital og har samtidig privat klinik, hvor han behandler fødselsdepressioner.

Hvad er dine kommentarer til forskningsoversigtens resultat om psykologiske behandlinger?

Jeg er overhovedet ikke overrasket, man har længe vidst, at de forskellige psykologiske behandlinger har positiv effekt på kvinder med fødselsdepression. Og derfor burde det være en integreret del af behandlingen. Men det er det ikke i Danmark, fordi der ikke er ret mange psykologer eller psykiatere, der er uddannet i kognitiv terapi.

Samtidig er der for nylig ved lov åbnet for, at man kan søge tilskud fra det offentlige til terapeutisk behandling. Men eftersom der ikke stilles kvalitetskrav til terapeuterne, så har myndighederne ikke snor i behandlingerne. Derfor risikerer en del kvinder at komme til behandlere, der slet ikke har nogen erfaring med de former for psykoterapi, man ved virker. Men det er et område med kæmpemæssige mørketal, for kvinderne ved heller ikke, hvordan det bør være, og langt de fleste depressioner går jo over af sig selv med tiden.

Der bliver desuden peget på psykosociale behandlinger i artiklen som støttepersoner gennem telefonisk kontakt fra kvinder i nabolaget o. lign. Har du erfaringer med den slags?

Det springende punkt i den forbindelse er, hvor syge de mennesker, der indgår i programmet er. Det kan uden tvivl hjælpe kvinder med lette depressioner at indgå i en gruppe under vejledning af sundhedsplejersker. Men for mennesker med meget svær depression er det ikke tilstrækkeligt.

Hvordan bruger du disse forskellige behandlingsmetoder i dit arbejde med kvinder med fødselsdepressioner?

Jeg arbejder meget med psykoterapi. Fordelen er indlysende – at der ikke er problemer med medicin i modermælken. Og det er meget udbredt, at der er modstand blandt de nybagte mødre mod medicin af den grund. Men det er meget vigtigt at holde sig for øje, at disse mennesker skal behandles på vidt forskellig vis. Nogle er så syge, at det er nødvendigt at behandle medicinsk. Min holdning er derfor pragmatisk. Der er fx også kvinder, der overhovedet ikke er interesseret i psykoterapi og som hellere vil have medicin, fordi de synes, at lægen skal holde sig deres sjælelige problemer. Jeg skal respektere patientens ønske, det nytter ikke at gå i gang med en behandling, som patienten ikke vil have. Hvis det ender med medicinsk behandling, kan man jo holde op med at amme eller minimere medicinens påvirkning ved at tage pillerne på bestemte tidspunkter i forhold til amningen.

Kan du også se perspektiver i at blive klogere på, hvordan man kan bruge ægtefællen eller partneren?

Det betyder rigtig meget at få inddraget ægtefællen. I de seneste 10-15 år har vi været mere og mere interesserede i at inddrage partneren. Tidligere var synet ofte, at det var den pårørendes skyld, at patienten var blevet syg. Men i dag ser vi partneren og andre familiemedlemmer som værdifulde samarbejdspartnere.

Indholdet i denne boks er udtryk for Poul Videbech holdning.
Kilde; SFI Cambel, www.sfi.dk

Litteraturanmeldelser

Bonusmor – uden filter
Forfatter: Sofia Graversen
Forlag: Schønberg
Sideantal: 148
Udgivet: 2008
ISBN: 9788757017304

Anmelder skriver bl.a.
En bonusmor vil med stor sandsynlighed føle sig genkendt i denne bog, sågar forstået, som om S.G. havde hørt hendes stemme fra det skjulte.

Jeg mener bestemt, at bogen er relevant for sundhedsplejersker.

I besøgsarbejdet møder hun uvilkårligt frustrerede bonusmødre, ligesom hun på skoleområdet møder børnene i de sammenbragte familier.

Denne bog adskiller sig fra andre med samme tema, idet S.G. indvier os i, hvordan det opleves, som ung kvinde at forelske sig i en mand, der venter en anden kvindes barn.

Netop denne vinkel er interessant for sundhedsplejersken, idet hun typisk følger og støtter den forladte spædbarnsmor, samtidig med, at hun konfronteres med et udfordrende arbejde i forbindelse med at sikre en far/barn tilknytning. Vilkårene er usædvanlige og der er mange smertefulde følelser forbundet hermed for såvel de biologiske forældre som den udenforstående bonusmor.

Bogen kan medvirke til, at sundhedsplejersken udvider familiesynet til også at have øje for bonusmorens rolle.

Europa i globaliseringens tidsalder
Forfattere: Anthony Giddens.
Forlag: Hans Reitzels Forlag
ISBN: 978-87-412-5120-2
Sidetal: 284

I Europa i globaliseringens tidsalder argumenterer Anthony Giddens for, at de europæiske staters velfærdsmodeller skal reformeres og udvikles. England og de skandinaviske lande har vist vejen med hensyn til økonomisk vækst og nedbringelsen af arbejdsløsheden. Men der er stadig langt igen når det gælder håndteringen de udfordringer, som globalisering, indvandring, livsstilssygdomme, trafik- og miljøproblemer og en aldrende befolkning fører med sig. Forandringerne er en forudsætning for fortsat social retfærdighed, og hvis tilliden til det europæiske projekt ikke skal smuldre, skal Unionen demonstrere handlekraft og sikre, at social beskyttelse og økonomisk fremgang fortsat går hånd i hånd.

Anmelder skriver bl.a.

Det er en meget spændende bog mættet med information. Det har været en berigende oplevelse at læse bogen og enhver, der er interesseret i EU-spørgsmål og sammenhængen fra det lokale til det globale, og hvordan store beslutninger også har indflydelse på sygdom og sundhed, er det værd at læse denne bog.

Unge, fester og alkohol
Forfatter: Peter Gundelach &
Margaretha Järvinen (red)
Forlag: Akademisk Forlag
Sider: 200
ISBN: 87-500-3906-7

Anmelder skriver bl.a.

Denne bog indeholder en bred analyse af unges drikkevaner og alkoholforbrug i Danmark. Et stort og omfattende forskningsprojekt "Unge og Alkohol" ligger som grund for bogen.

Hensigten med projektet var at forstå hvorfor danske unge drikker mere end andre unge i Europa og

hvorfor nogle danske teenagere drikker betydeligt mere end andre.

Bogen er baseret på tre undersøgelse, en spørgeskemaundersøgelse med unge i 9.klassse. Undersøgelsen indeholdt spørgsmål om de unges drikkevaner, holdning til alkohol, venskabsrelationer oa. Den anden undersøgelse var en spørgeskemaundersøgelse med de unges forældre om deres børns alkoholvaner, familiens alkoholregler og opdragelsesidealer og forældrenes egne alkoholvaner. Den tredje undersøgelse bestod af fokusgruppe interview med et udvalg af de unge.

Bogen fokuserer på fire 4 temaer:

Livsstil med fokus på fest og fuldskab

En særlig social prestige orden, hvor omfattende erfaring med alkohol bliver betragtet som modenhedstegn og giver status.

Danske unges høje alkoholforbrug kan kun forstås i sin kontekst den danske alkoholkultur generelt og forældrenes holdning og regler relateret til alkohol.

Danske unge er udsat for et betydeligt pres for at drikke og drikke meget.

Bogen er særdeles velskrevet og forstår at formidle videnskabelige resultater på en letforståelig måde, uden at gå på kompromis med dokumentationen. Det er en værdifuld bog for alle som arbejder med unge og alkohol eller studerer feltet.

Æblekinder og kondisko
Forfatter: Berit Elkær
Forlag: Politiken
Sider: 224
ISBN: 978-87-567-9005-5

Anmelder skriver bl.a.

Bogen behandler bl.a. følgende temaer: Hvad er sund kost / usund kost og hvorfor. To meget omdiskuterede fødevarer, sukker og mælk, herunder light produkter gennemgås. Der angives en indkøbsguide til dagens måltider, der bygger på den Y-formede tallerken, hjerteforeningen og Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Problematikker omkring overvægtige og tynde børn, kræsne børn mv. Hvert afsnit er bygget op således de afsluttes med gode råd om hvordan man får "gaflen i de sunde vaner". Som nævnt indeholder denne bog endvidere et afsnit om bevægelse. Forfatteren belyser problematikken omkring nutidens unge og inaktivitet og giver brugbare bud på bevægelse, hvor man netop anvender nogle af de redskaber, eksempelvis pc, som børn er optaget af.

Bogen er inspirerende læsning og frem for alt har Berit Elkjær fat i noget af det vigtigste ved det gode måltid, nemlig at forældres primære opgave er at gøre det sjovt og hyggeligt at eksperimentere med forskellige fødevarer samt er ansvarlige for at skabe rammerne for den gode stemning ved måltidet. Som forfatteren siger "man skal smage og nyde maden og hinanden, tale sammen og være nærværende".

Bogen er let læselig og har et indbydende layout. Eneste minus i denne forbindelse er de mange pastelfarver, der fungerer som baggrund. Jeg kunne savne at forfatteren havde valgt at bruge samme farve til hvert kapitel, da bogen herved nemmere kunne fungere som opslagsværk. Samme inddeling kunne ønskes afslutningsvis i kapitlet omkring opskrifter. Her kunne med fordel anvendes forskellige farver til forskellige typer af retter.

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

Af **Ingrid Nilsson**, sygeplejerske, MSA, IBCLC Projektkoordinator i Komiteen for Sundhedsoplysning

STRAMT TUNGEBÅND HOS DET

– ET PROBLEM ELLER BARE EN FIKS IDÉ

Hensigten med denne artikel er, på baggrund af den eksisterende litteratur, at beskrive forekomsten af stramt tungebånd hos det nyfødte barn, hvilke problemer det kan give for henholdsvis mor og barn og hvad der kan gøres ved det.

Tungens funktion under amningen

Tungen er et særdeles mobilt organ, som består af muskelfibre, der forløber både horisontalt, på langs og på tværs, og vertikalt. Tungebåndet, som er en fold af mukøst bindevæv, forbinder midten af tungens underside med den nederste del af mundhulen. Er tungebåndet kort, stramt eller usædvanligt tykt, kan det begrænse tungens bevægelighed (1, 2).

Under amningen svøber tungen brystet og fører det ind i munden så brystvorten når overgangen mellem den hårde og bløde gane. Her er risikoen for beskadigelse af brystvorten mindst (1). Barnets underkæbe løftes og den forreste del af tungen bevæges op så mælken tømmes ud af brystet. Barnet laver derefter en bølgebevægelse med tungen bagud i munden og op mod ganen og komprimerer derved mælkegangene (3). Tungen bevæges derefter ned igen og det negative tryk i barnets mund stiger markant. Kombinationen af tungens mekaniske malkning af brystet og det vakuum, der dannes i munden, når tungen bevæger sig ned bevirker, at mælken fra de mælkeproducerende alveoler tømmes (3, 4). Tungens frie bevægelighed har således stor betydning for både brystvortens beskyttelse og mælkens udtømning under hele denne proces (1).

Definition og forekomst

Der har været gjort flere forsøg på at definere behandlingskrævende stramt tungebånd, både ved hjælp af scoringsinstrumenter og ved beskrivelser – uden at der er opnået enighed. Det kan skyldes, at det normale har vide grænser og at diagnosen ikke kan stilles på baggrund af tungens udseende alene. Tungebåndets tykkelse og elasticitet har også stor betydning (1, 5, 6). Der er imidlertid enighed om, at tungens funktion er en vigtigere parameter end dens udseende (5).

Flere undersøgelser har vist, at 3-4% af alle nyfødte børn har stramt tungebånd (1, 2, 5). Af en gruppe mødre, som henvendte sig med ammeproblemer efter udskrivelsen, viste det sig, at 13 % af problemerne skyldtes stramt tungebånd hos barnet (7). Nogle undersøgelser har vist, at der er en øget forekomst af stramt tungebånd hos drenge og at stramt tungebånd har en arvelig dimension (5). Andre undersøgelser kan imidlertid ikke genfinde noget arveligt mønster (7).

Problemer hos mor og barn

Det største problem ved amning af børn med stramt tungebånd er smerter og sårede brystvorter. Et case-kontrol studie viser, at dobbelt så mange ammende mødre til børn med stramt tungebånd har ekstremt sårede brystvorter og at sandsynligheden for at stoppe amningen 1 uge efter fødslen er 3 gange så stor hos disse mødre sammenlignet med mødre til børn uden tungebåndsproblemer (5). Flere studier viser, at omkring 80 % af mødre til børn med stramt tungebånd har sårede brystvorter og smerter ved amning (5, 8), og at 15 % udvikler brystbetændelse (8).

Hos børnene har et stramt tungebånd betydning for deres evne til at få godt fat om brystet, stimulere mælkeproduktionen og få tilstrækkelig mælk til at trives (9). I et studie havde 82 % af børnene med stramt tungebånd således problemer med sut-

AMMEDE BARN

teteknikken, 52 % af børnene spiste ineffektivt og faldt i søvn af udmattelse, men var stadig sulten og vågnede derfor hurtigt igen og ville spise. Lignende problemer ses også hos børn med stramt tungebånd, som flaskeernæres (8).

Australske undersøgelser har vist, at børn med stramt tungebånd danner mindre vakuum i munden end normalt, når tungen bevæges nedad i den almindelige suttecyklus under amning. Det kan forklare de problemer barnet har med at stimulere mælkeproduktionen tilstrækkeligt og få nok mælk (9).

Undertiden kan barnet lave en klikkende lyd og sluge meget luft, når det sutter på brystet, fordi det ikke kan danne tilstrækkeligt vakuum.

Hjælp til mor og barn

Det er almindeligt, at mødre har ømme brystvorter under amning i de første dage efter fødslen. Har en mor imidlertid smerter ud over det almindelige, er det en god ide, at sundhedspersonalet vurderer amningen. En vurdering af sutte- og ammeteknik omfatter, hvordan barnet ligger ved brystet og hvordan mor sidder/ligger med barnet. Almindelige begynder-problemer vedrørende sutte- og ammeteknik skal udelukkes inden fokusering på barnets tungebånd (1, 7, 8).

Diagnostiseringen af stramt tungebånd skal primært foregå på baggrund af observation og analyse af ammeproblemerne. Et tungebånd, som ser stramt ud, behøver ikke give mor og barn problemer. Nogle børn kompensere på anden måde, så det ikke får praktisk betydning. Disse børn skal ikke have klippet tungebånd (1, 7, 8).

Flere studier viser imidlertid, at stramt tungebånd, som giver både mor og barn problemer, kan afhjælpes for begge ved at klippe tungebåndet (frenulotomi) (2, 8, 9). Frenulotomi betegnes som en simpel, lavrisiko procedure og ikke en operation (8). Efter frenulotomi ses umiddelbart signifikant forbedring af det vakuum barnet skaber, og som er en forudsætning for både stimulation af mælkeproduktion og udtømning af mælk fra brystet. Således viser en undersøgelse af 24 børn med stramt tungebånd, at alle børn, undtagen ét øgede deres mælkeindtag signifikant efter frenulotomi (9). Et randomiseret studie viser ligeledes, at for 96 % af de børn, der fik klippet tungebånd, blev amningen forbedret. Af disse sås en umiddelbar effekt hos 85 % og hos 15 % af børnene sås en effekt indenfor 2 døgn. Der var ingen komplikationer efter frenulotomien, hverken blødning eller infektion (8).

Det anbefales generelt, at frenulotomi foretages af en specialist (2, 8).

Af **Ingrid Nilsson**, sygeplejerske, MSA, IBCLC Projektkoordinator i Komiteen for Sundhedsoplysning

Konklusion

Ømme og sårede brystvorter hos mor samt dårlig sutteteknik og manglende trivsel hos det ammede barn kan skyldes stramt tungebånd. Problemerne kan afhjælpes ved, at en specialist klipper barnets tungebånd. Det er imidlertid vigtigt at udelukke, at problemerne skyldes almindelige begyndervanskeligheder med amning, hvorfor en diagnostisering af stramt tungebånd altid skal forudgåes af en omhyggelig vurdering af sutte- og ammeteknik. Klipning af tungebåndet må aldrig foretages alene på baggrund af tungens udseende, men skal være en løsning på et problem med tungens funktion.

Der mangler fortsat viden om, hvordan sundhedspersonale mere præcist kan diagnostisere behandlingskrævende stramt tungebånd.

Referencer:

1. Hall D and Renfrew M. Tongue tie. Review. Archieves of Disease in Childhood 2005;90;1211-15
2. The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol # 11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. 2004. www.bfmed.org
3. Bosma JF et al. Ultrasound demonstration of tongue motions during sucking feeding. Developmental Medicine & Child Neurology 1990;32;223-9.
4. Geddes DT et al. Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants. Early Human Development 2008, doi:10.1016/j.earlhumdev.2007.12.008
5. Ricke LA et al. Newborn Tongue-tie: Prevalence and Effect on Breastfeeding. Journal of the American Board of Family Medicine 2004;18(1);1-7.
6. Madlon-Kay DJ et al. Case series of 148 tongue-tied newborn babies evaluated with the assesment tool for lingual frenulum function. Midwifery 2007;doi:10.1016/j.midw.2006.02.005
7. Ballard JL et al. Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad. Pediatrics 2002;110;e63
8. Hogan M et al. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. Journal of Paediatrics and Child Health 2005;41;246-50
9. Geddes D. When Breastfeeding Sucks: Breastfeeding difficulties in term infant. Præsentation fra Human Lactation Research Conference i Amarillo, Texas 2007.

Af **Susanne Langberg**, specialsundhedsplejerske for børn født med læbe-ganespalte • susanne@telemed.dk

Spaltet drøbel ved skjult ganespalte

Spaltet drøbel kan være symptom på skjult ganespalte og disse børn bør henvises til nærmere undersøgelse.

Ca. 2 promille af danske børn fødes med en læbe-ganespalte. Halvdelen af børnene har en kombineret (komplet) læbe-ganespalte, en fjerdedel har læbespalte og en fjerdedel har isoleret ganespalte.

Ved fosterscanning er det muligt at se en læbespalte, mens ganespalten ikke kan ses.

Den isolerede ganespalte ses hyppigt som del af et syndrom.

Der tales om 2 typer isoleret ganespalte: en synlig ganespalte og en skjult ganespalte.

Skjult ganespalte (billede A) også kaldet submucøs ganespalte, opdages som regel først i 3-5 års alderen, når barnets tale ikke udvikler sig som den skal. Andre børn bliver opdaget ved ørelæge f.eks. ved forundersøgelse til adenotomi eller tonsilektomi. Da den skjulte ganespalte i visse tilfælde skal opereres på samme måde som den synlige, og da den logopædiske metode er forskellig fra andre taleproblemer, er det vigtigt at erkende spalten tidligst muligt.

Behandlingen er oftest undervisning ved talepædagog i samarbejde med Taleinstituttet Århus, evt. en svælglapsoperation efter 3 års alderen.

Synlig ganespalte (billede B,C,D) opdages som regel kort efter fødslen. Der vil være store sutteproblemer, amningen mislykkes og der er problemer med at give barnet mad med flaske, barnet trives ikke. Ofte vil der komme mad ud af næsen. Barnet har normale søge- og suttereflekser.

Behandlingen er mælk på en blød sutteflaske og operation efter 1 års alderen.

Fra 2002 til 2007 er der i det gamle Sønderjyllands Amt fundet 13 børn med ganespalte. 9 af disse børn blev erkendt af jordmoderen inden udskrivelsen. De sidste 4, som havde en submukøs ganespalte, (2 af disse børn havde samtidig en mikrospalte i læben som bør opereres tidligst muligt efter fødslen idet den bliver bredere med alderen) blev erkendt i 1½-6 års alderen.

I hele Region Syd vil det svare til at 9 børn om året fødes med ganespalte, heraf bliver 3 børn om året ikke fundet før senere.

Proceduren efter en fødsel er at barnet undersøges med en finger om ganen er intakt.

Hvis jordmoder og praktiserende læge ved 1. undersøgelse af det nyfødte barn bruger spatel og lys ved inspektion af mundhulen, ville nogle af disse børn kunne opdages umiddelbart efter fødslen.

(Hvis der er sutte- og trivselsproblemer i nyfødthedsperioden burde sundhedsplejersken ligeledes undersøge ganen med spatel og lys)

De objektive fund kan være:

– spaltet drøbel, eller meget bred drøbel
– der føles et hak i den hårde gane
– udslettet fure midt ned i ganen
– den bløde gane er gennemskinnelig fordi musklen bagved er spaltet, dvs. mørk i midterpartiet.

A

B

C

D

Af **Susanne Langberg**, specialsundhedsplejerske for børn født med læbe-ganespalte • susanne@telemed.dk

Der er som regel spiseproblemer som ved den synlige spalte.

Ved mistanke om submucøs ganespalte henvises barnet til Taleinstitutterne i Århus eller Hellerup, der indkalder barnet til vurdering. Spædbørn henvises direkte til specialsundhedsplejersken i området.

Ved behov for forældrevejledning, f.eks. i forbindelse med spiseproblemer, henvises også større børn til den lokale specialsundhedsplejerske.

Specialsundhedsplejerskerne i ***Vest-Danmark*** er tilknyttet Taleinstituttet Århus, samarbejder med de lokale taleinstitutter, og kan kontaktes af både fagfolk og forældre.

Taleinstituttet Århus, Ganespalteafdelingen

Peter Sabroes Gade 4 8000 Århus C

Tlf. 89 49 46 33 – Fax 89 49 46 40

Region Nordjylland:

Kommuner: Brønderslev-Dronninglund, Frederikshavn, Hjørring, Jammerbugt, Læsø, Mariagerfjord, Rebild, Vesthimmerland og Aalborg:

Specialsundhedsplejerske Jette Moes

Tlf. privat 9837 2937

E-mail: jettemoes@mail.dk

Kommuner: Morsø og Thisted.

+Region Midtjylland:

Kommuner: Favrskov (den del af kommunen som tidligere hed Hvorslev), Skive og Viborg:

Sundhedsplejerske Emma Sakstrup

Tlf. privat 8665 8763.

E-mail: sakstrup@dlgmail.dk

Region Midtjylland:

Kommuner: Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer.

Sundhedsplejerske Lisa Smedegaard

mobil 20 94 73 31

E-mail: lisa_smedegaard@privat.dk.

Kommuner: Hedensted og Horsens

+ Region Syd:

Kommuner: Fredericia, Kolding og Vejle.

Specialsundhedsplejerske Annagrethe Pedersen

mobil 30 62 33 31.

E-mail: annagrethe.shp@mail1.stofanet.dk

Region Syd:

Kommuner: Alle kommuner på Fyn samt Langeland og Ærø:

Specialsundhedsplejerske Vibeke Thinggaard

mobil 51 21 45 41.

E-mail: thinggaard@os.dk

Kommuner: Haderslev, Sønderborg, Tønder og Aabenraa:

Specialsundhedsplejerske Susanne Langberg

mobil 30 74 23 43.

E-mail: susanne@telemed.dk

Kommuner: Billund, Esbjerg, Fanø, Varde og Vejen:

Specialsundhedsplejerske Anna Marie Frydendall

mobil 20 22 67 22.

E-mail: amf@esenet.dk

Specialsygeplejerskerne i Øst-Danmark arbejder på Læbe-Ganespalte Centret Hellerup og kan kontaktes af både fagfolk og forældre:

Læbe-Ganespalte Centret i Hellerup

Tlf. 45 11 44 80

Region Hovedstaden:

Kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Fredensborg, Dragør, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje Tåstrup, Ishøj, København, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk. Bornholms kommune deles med Karin Laadal.

Region Sjælland:

Kommuner: Faxe, Greve, Guldborgsund, Køge, Lejre, Lolland, Næstved, Roskilde, Solrød, Stevns og Vordingborg.

Specialsygeplejerske Dorte Marxen

mobil 20 87 20 09.

E-mail: dormar@hav1.regionh.dk

Region Hovedstaden:

Kommuner: Allerød, Egedal, Frederiksberg, Frederikssund, Frederiksværk-Hundested, Furesø, Gribskov, Helsingør, Hillerød, Hørsholm, Rudersdal. Bornholms kommune deles med Dorte Marxen.

Region Sjælland:

Kommuner: Holbæk, Kalundborg, Odsherred, Ringsted, Slagelse og Sorø.

Specialsygeplejerske Karin Laadal

mobil 40 72 09 36.

E-mail: karlaa@hav1.regionh.dk

Henvisning til hjemmesider:

- Taleinstituttet Århus, Ganespalteafdelingen: www.ti-midt.dk
- Læbe-Ganespalte Centret Hellerup
- www.lgcenter.dk
- Rigshospitalets afdeling 3082-83: www.boerneklinikken.rh.dk
- Landsforeningen Læbe-Ganespalte:
- (LLG): www.llg.dk
- Overlæge Michael Andersens artikel om børn med læbe/ganespalte www.netdoktor.dk

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

Sundhedsstyrelsen orienterer februar 2009

Sundhedsstyrelsen søsætter d. 28. februar i samarbejde med Danmarks Radio kampagnen "Når mor og far drikker" med en camp i DR byen. Kampagnen løber i 8 uger, og den skal understøtte forankringen af indsatsen i Sundhedsstyrelsens satspuljeprojekt "Børnefamiliesagkyndige til støtte for børn i familier med alkoholproblemer". Læs mere på www.naarmorogfardrikker.dk.
Sundhedsplejerskerne udgør en væsentlig faggruppe i indsatsen over for disse familier - både over for småbørnene og over for i skolebørnene. Der er flere ledende sundhedsplejersker repræsenteret i styregrupper lokalt i kommunerne, og mange sundhedsplejersker har deltaget på tværfaglige kurser, hvor de er blevet uddannet til nøglepersoner på området.

Børns og unges sundhed

Der findes nu en oversigt over Sundhedsstyrelsens materialer på børne- og ungeområdet. Formålet med publikationen er at give kommunerne overblik over Sundhedsstyrelsens materialer og eksempler på, hvordan de kan bruges i det daglige arbejde i kommunen. Publikationen er sendt ud i et eksemplar til alle kommuner, men flere eksemplarer kan rekvireres gratis hos Schultz Information mod porto og ekspedition.

Satspuljen på sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats

Så er den tredje publikation i denne serie færdig. Publikationen indeholder beskrivelse af 10 projekter, der i perioden 1.3.2007-31.3.2008 arbejdede med at styrke det tværfaglige samarbejde vedr. dagtilbud og indskoling. Publikationen blev forsinket pga strejken i foråret, men er altså klar til at inspirere jer nu. Den hedder "Udvikling og nye samarbejdsrelationer" og den kan rekvireres gratis hos Schultz Information mod porto og ekspedition

Tjek bleen

Flere og flere familier udskrives meget hurtigt efter fødslen, allerede inden mælken er løbet til. Sundhedsstyrelsen har produceret en lille pjece, der beskriver, hvordan forældrene bedst kan holde øje med, om deres barn får nok at spise de første dage efter fødslen. I pjecen er der en farveindikator, der viser, hvordan barnets afføring skifter farve i de første dage, såfremt barnet får nok at spise. Det beskrives desuden, hvordan moderen ved, om mælken er løbet til, og hvordan en tung ble føles. Pjecen kan anvendes i graviditetsbesøget og ved barselsbesøg, såfremt I tilbyder det i jeres kommune.
Pjecen hedder "Tjek bleen". Den er udsendt til alle fødesteder og til alle kommuner, som herefter kan rekvirere det ønskede antal gratis mod porto og ekspedition i Komiteen for Sundhedsoplysning

Nye materialer om Astma og allergi i skolen

Astma-Allergiiskolen.dk er en ny hjemmeside, der bliver lanceret i løbet af foråret 2009.Hjemmesiden er lavet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Astma-Allergi Forbundet. Samtidig udarbejdes en række nye pjecer, der løbende vil blive udsendt til skolerne. I første omgang er det to pjecer – en om erhvervsvalg og en om forebyggelse af kontaktallergi. I støbeskeen er også pjecer om astma og fysisk aktivitet, om indeklimaet i skoler og om indskolingen for børn med overfølsomhedssygdomme. De vil alle blive omtalt i senere numre af Sundhedsplejersken.

En virtuel skole

Den nye hjemmeside indeholder information om overfølsomhedssygdomme og om skolens hverdag i relation til astma og allergi. På hjemmesiden kan man gå ind i en virtuel skole, hvorfra man kan klikke sig ind i forskellige klasselokaler. I hvert lokale er der mulighed for at klikke på såkaldte "hotspots", der er steder, man skal være særlig opmærksom på i forhold til børn med astma og allergi, og samtidig kan man få gode råd til at gøre noget ved dem.

Hjemmesiden indeholder desuden faktasider fx om førstehjælp og fysisk aktivitet og andre spørgsmål, der ofte rejses i relation til overfølsomhedssygdomme, samt tjeklister over hvad der er godt at vide om de forskellige sygdomme. På denne måde indeholder hjemmesiden informationer, der er relevant for alle personalegrupper på grundskolerne, lige fra skoleledere, lærere og erhvervsvejledere, til det tekniske personale og køkkenpersonalet. Den er ligeledes meget relevant for den kommunale sundhedstjeneste. Ligeså kan kommunens skoleforvaltning og forældre, samt børn og unge, der selv har en overfølsomhedssygdom, have glæde af hjemmesiden.

Evt. spørgsmål om hjemmesiden og pjecerne kan rettes til læge Jette Blands, Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S, tlf. nr 7222 7750, mailadresse jbl@sst.dk

Kamillete og kosttilskud

Jeg får jævnligt henvendelser fra sundhedsplejersker over hele landet vedr. disse to emner.

Når det gælder kamillete har Sundhedsstyrelsen ingen generelle udmeldinger, idet der ikke findes nogen indikationer eller dokumentation for at anvende kamillete til spædbørn. Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at sundhedsplejersker ikke aktivt tilråder kamillete til det spæde barn, som primært har brug for modermælk/modermælkserstatning.

Når det gælder kosttilskud af vitaminer og mineraler udover det, der anbefales til raske børn (jern og D vitamin) er der generelt ikke behov for dette. Kosttilskud er uegnede og unødvendige for børn under 1 år, og naturlægemidler bør ikke bruges til børn under 2 år.

Formand

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

Næstformand

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

Kasserer

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

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

Christina Louise Lindhardt
Sadolinsgade 78
5230 Odense M
Telefon 66 12 15 31
Mobil 22 90 87 57
E-mail: christinalindhardt@fs10.dk

Hanne Lindhardt
Dalsø park 144
3500 Værløse
Mobil 30 26 24 78
E-mail: hannelindhardt@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
3. marts 2009

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
Katrine Bønsøe · E-mail: katb@stibo.com
Stibo Graphic A/S
Tlf. 7626 3600
www.stibographic.com

Oplag
1.967 eksemplarer
I perioden 1. juli 2007 – 30. juni 2008

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:
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
Redaktør
Lisbet Nissen
H.P.Hanssens vej 17
6100 Haderslev

POST B
PP DANMARK

"Returneres ved varig adresseændring"