Sundhedsplejersken

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
www.sundhedsplejersken.info

Nr. 2 | april 2009 | 31. årgang

Indhold

Tema: Skolebørn

5 Leder

6 Opslagstavle

Nyt fra bestyrelsen

8 Kandidater til bestyrelsen

9 Den nye svangreomsorg er på trapperne

10 Kandidater til Årets Sundhedsplejerske 2009

12 Nordisk samarbejdsaftale

Tema: Skolebørn

14 Skolesundhedsplejen løfter sig

22 Forskelle i livsforløb for overvægtige og ikke overvægtige 7-9 årige børn

24 Når mor og far drikker

26 Facebook skal bryde taby om vold i familien

28 Når mor eller far får en livstruende sygdom

Fag

30 Hjemmebesøget – en hellig ko i Danmark?

36 Sociale forskelle i Sundhed for svangre,børn og unge

Nyt fra Sundhedsstyrelsen

48 Fokus på solen

49 SST orienterer

50 Gode råd i varmen

50 Børnemonitorering

Faglitteratur

52 Coaching i praksis

52 Multisystemisk behandling af antisocial adfærd hos børn og unge

53 Alkospillet – en bog om pårørende til alkoholikere

Forside: " Ballancegang"© Dorte Andersson / Visuals Angels

Hjemmebesøget

Rammen omkring et hjemmebesøg indeholder barnet og familiens hjemmebane. Altså en helt anderledes kontekst end barnet og familien møder hos den praktiserende læge, på sygehuset – endda også hos socialrådgiveren, når der er brug for en sådan.

I langt de fleste situationer er det barnet og familien der skal opsøge den sundhedsprofessionelle, og det har betydning for relationen og den ydelse de får. Familien er på udebane, hvor der er mindre tryghed, hvor det er den sundhedsprofessionelles præmisser og måske også dagsorden, som er i spil. I hjemmet har barnets forældre også arrangeret scenen, så de viser det hverdagsliv frem, som de ønsker, men det bliver i langt højere grad deres dagsorden som er udgangspunkt for kontakten.

I en rationel tænkning kan en metode som hjemmebesøg virke irrationel og luksusagtig, forskningen viser dog at der er langt flere gevinster ved metoden i forhold til at nå tættere på familien og dennes problemstillinger (se også artiklen om Mindmapping i Sundhedsplejersken, nr. 6 2007). Det kan især være familier med særlige behov, som profiterer af denne metode, men også moderne forælder efterspørger sundhedsplejerskens

besøg i hjemmet. Alene dette faktum, at familier i 2009 giver udtryk for, nytten af og forventningerne til sundhedsplejerskens besøg, bør være nok til at bevise metodens gyldighed – og man kan spørge sig selv, om dette ikke er bevis nok i sig selv fra en gruppe bevidste, kritiske og udvælgende unge forældere.

Det er vigtigt, at sundhedsplejerskerne selv er i front, når det gælder om at værne om denne unikke metode, som gør at hun har noget særligt at byde på til alle børn og familier. På samme måde er Sundhedssamtalen med et skolebarn det unikke, som hun kan byde på i den ramme, som skolen udgør. Det er især med disse 2 metoder, at sundhedsplejersken gør en forskel for alle børn og deres familier. "Mange andre af de tværfaglige samarbejdspartnere profiterer af det arbejde sundhedsplejersken som spydspids og døråbner i familierne leverer." (Citat fra tidligere borgmester i Århus Kommune, Louise Gade)

22. marts 2009

Susanne Hede
Formand for Fagligt Selskab
for Sundhedsplejersker

ER DU FLYTTET, HAR DU ÆNDRET MAILADRESSE ELLER ØNSKER DU AT ÆNDRE DIN ADGANGSKODE?

- Ret dine medlemsoplysninger på hjemmesiden www.sundhedsplejersken.info
Log ind på siden med dit medlemsnummer. Når du er logget på siden kan du klikke på dit eget navn øverst på siden. Herefter vises de oplysninger, vi har på dig. Klik på feltet "ret oplysninger" Du kan du ændre de oplysninger du har behov for. Husk til sidst at trykke "Gem"

UNDERVISNINGSMATERIALE OM PUBERTET ER BLEVET EN MANGELVARE HOS OS.

Har andre et godt undervisningsmateriale, så hører jeg meget gerne fra jer."

Hilsen Sisse Dam, Sundhedsplejerske
Roskilde Kommune, tlf. 46 31 46 39

Ny fælles front for børn i familier med alkoholproblemer

Vi skal være dygtigere til at arbejde sammen for tidligt at kunne gribe ind over for familier med alkoholproblemer, og alle i familien bør fremover tilbydes hjælp. Det er en væsentlig del af indholdet i en ny afhængighedserklæring, som 170 repræsentanter for lærere, pædagoger, socialrådgivere, sundhedspersonale, alkoholbehandlere og politikere lørdag gav hinanden håndslag på.

Erklæringen blev offentliggjort på en Camp i DR Byen, hvor deltagerne havde sat hinanden stævne som en reaktion på nye tal, der fastslår, at mindst 122.000 danske børn i dag vokser op i et hjem med alkoholproblemer. Campen indgik som en del af den nye kampagne "Når mor og far drikker", som Sundhedsstyrelsen og DR lancerede i sidste uge.

Yderligere oplysninger:
For flere oplysninger om campen, kontakt til campdeltagere eller cases, der selv har haft alkoholproblemer tæt inde på livet: Kampagnekoordinator Kristine Heikel Vinther, DR Kampagner, 28 54 02 82, kriv@dr.dk

Såvel diagnosen Kiss-Kidd Syndrom som behandlingen heraf er mildest talt omdiskuteret.

Af Signe Søndergaard Irminger, Svendborg

Efter at min mødregruppe havde besøg af en børnefysioterapeut, der for flere af børnenes vedkommende stillede diagnosen Kiss-syndrom, satte jeg mig for at finde ud af, hvad det var for noget. Jeg diskuterede også sagen med min meget fornuftige og dygtige sundhedsplejerske, som derfor ved sit sidste besøg medbragte en artikel fra bladet "Sundhedsplejersken", som hun syntes, jeg skulle se.
Artiklen fremstiller meget ensidigt og udokumenteret fænomenet Kiss-syndrom. Jeg ønsker med denne kommentar at starte en mere oplyst og facetteret debat af diagnosen og behandlingen.

I artiklen Kiss-Kidd Syndrom antydes det, at diagnosen Kiss-syndrom er almen anvendt i Norge; dette er ikke korrekt. Flere norske sygehuse (blandt andet Akershus Sykehus, som specifikt nævnes i artiklen) har enten aldrig anvendt diagnosen Kiss-syndrom eller er gået bort fra at anvende den med den begrundelse, at der ikke er tilstrækkeligt videnskabeligt belæg for, at diagnosen findes (Lindvåg 2008).

Læs hele artiklen og se debatten på KissKidd artiklen der blev bragt i Sundhedsplejersken nr. 6. 2008 på www.sundhedsplejersken.info

FÅR DU IKKE SUNDHEDSPLEJERSKEN ?

Er du flyttet, har du fået nyt postnummer eller har du bare glemt at forny dit medlemskab
- Kontroller og ret alle dine medlemsoplysninger på hjemmesiden www.sundhedsplejersken.info
Log ind på siden med dit medlemsnummer. Når du er logget på siden kan du klikke på dit eget navn øverst på siden. Herefter vises de oplysninger, vi har på dig. Klik på feltet "ret oplysninger" Du kan du ændre de oplysninger du har behov for. Husk til sidst at trykke "Gem"

Konferencer og møder

GENERALFORSAMLING
for Faglig Selskab for
Sundhedsplejersker
Afholdes mandag den 4. maj
kl 20.00 På Hotel Munke-
bjerg Vejle

• 9th International Family
Nursing Conference, Reykjavik, Iceland
From insights to intervention: The cutting edge of
family nursing – 02-06-2009 til 05-06-2009
http://www.prentsnid.is/ifnc2009/

• ICN kongres 2009, Durban, Sydafrika
29-06-2009 til 04-07-2009
Call for abstracts og generel information om
kongressen – http://www.icn.ch/Congress2009/

• 3´rd Nordic Breastfeeding conference
– updates and new challence
Arr:The Danish Committee for Health Education
and Danish Association of Certified Lactation
Consultants (DACLC) / Kommiteen for sundheds-
oplysning
København den 23 og 24. september
Call for abstracts. se:
http://www.ammekonference2009.dk/

Interessegruppe for skolesundhedsplejen

Næste møde i interessegruppen for skolesundheds-
plejen afholdes den 15.06.09 i Valby.
Tilmelding til Lisbeth Jacobsen, mail: lisbeth.
Jakobsen@buf.kk.dk eller Lisbeth Ekstrand,
mail:lisbethekstrand@get2net.dk inden den 15.5.09.
Gruppen er åben for interesserede, der vil være med
i et forpligtende fællesskab, hvor man er villig til at
dele ideer og materiale, der kan tilrettes den enkelte
skolesundhedsplejes behov
Formålet med interessegruppen er, at sundhedsple-
jersker inspirerer hinanden og udveksler erfaringer
på skolesundhedsplejeområdet for at fremme kvali-
teten i sundhedsplejerskearbejdet.
Det gøres ved at:

- Udveksle viden på området (orientere hinanden om spændende tiltag, projekter mm).
- Udveksle ideer og arbejdsmateriale.
- Høre om specialfunktioner på skolesundheds-plejeområdet (f.eks. sorggrupper, børn af psykisk syge forældre, indsats for overvægtige børn, ressourcepersoner, arbejdsgrupper mm.)
- Oprette link under FS10. Link til kontaktpersoner, der arbejder med forskellige indsatsområder. Fo-rum for udveksling af ideer og arbejdsmateriale.
- Udveksle og udvikle ideer og metoder til at syn-liggøre og argumentere for skolesundhedsple-jens betydning for at sikre børn og unge en sund opvækst. Målgruppen er arbejdsgivere (politi-kere og embedsmænd), medier og brugere.

AFLYST

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

Unite/CPHVA Annual Professional conference 2009 - UK
Leading for Health – safeguarding the community
Southport near Liverpool den 14 – 16 Oktober , http://www.
amicus-cphva.org/
Submit online : www.profileproductions.co.uk

International conference on Public Health Nursing
Tema : Challence, approaches and solutions
The conference will focus on children, adolescents and their
families as well as elders
Oslo den 15. og 16 Oktober 2009, Diakonova University College.
Abstract sendes inden 1. April 2009 til berit.sateren@diako-
nova.no Registrering inden 15.juni

PRETTELSES OG BETALING AF MEDLEMSKAB KAN NU SKE NU PÅ VORES EGEN HJEMMESIDE !

Vil du gerne meldes ind i Fagligt
Selskab for sundhedsplejersker går
du blot på www.sundhedsplejersken.
info og registrerer dig.
Ved betaling online vil du øjeblikkelig
få adgang til medlemsdelen og du vil
automatisk modtage medlemsbladet
6 gange årligt.
Læs alle medlemsfordelene på siden.

Kandidater til bestyrelsen 2009

Vi har nu den glæde at kunne præsentere de tre kandidater til vores bestyrelse. De vil alle tre blive præsenteret her og ved generalforsamlingen den 4. maj på Hotel Munkebjerg Vejle.

Anette Sørensen

Jeg genopstiller som bestyrelsesmedlem for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker …

Jeg har været medlem af bestyrelsen siden Maj 2005.

For mig betyder dét at være medlem af bestyrelsen en mulighed for at være medaktør omkring udvikling af vores fag på en lang række områder. Samtidig udfordres jeg fagligt, møder kolleger fra mange dele af landet og får sat mine kompetencer på spil.

Jeg har i indeværende periode primært beskæftiget mig med udvikling af hjemmesiden www.sundhedsplejersken.info . Derudover er jeg medlem i redaktionsgruppen bag "Sundhedsplejersken". Jeg koordinerer legatuddelinger samt nyt litteratur.

Jeg ønsker at medvirke til at vores Hjemmeside og fagblad "Sundhedsplejersken" fortsat er nyttige og brugbare medier, der belyser kerneområder i faget og virker som inspirator, primært for kolleger, men også for småbørnsfamilier i Danmark.

Jette Honoré

Jeg ønsker at opstille som kandidat til bestyrelsen i fagligt selskab for sundhedsplejersker.

Jeg er uddannet sundhedsplejerske i år 2000, og har dels arbejdet i Københavns kommune, og dels i Gladsaxe kommune, hvor jeg nu er ansat.

Jeg har især en stor interesse i skolesundhedsplejen, og jeg oplever, at tilgangen til skoleområdet ikke er indlejret i vores fagidentitet på samme måde som spædbørnsarbejdet. Det bevirker, at der er en stor uensartethed i tilgangen til dette arbejde.

Siden 2004 har jeg sammen med en tidligere kollega - Annette Poulsen – undervist i metoden "Aktive Vurderinger." Qua dette arbejde har jeg fået en indsigt i hvor forskelligt de kommunale sundhedsplejerske ordninger fungerer, og denne viden vil jeg gerne bruge videre i fagligt selskab for sundhedsplejersker og yde en indsats for at:

Fremme sundhedsplejerskernes vidensdeling imellem landdele og kommuner.

En større synliggørelse af vores fag, såvel kommunalt som landspolitisk, da mange ordninger er under pres i de nye kommuner

Sætte fingeraftryk i den politiske verden ved at være tilgængelig for diverse udvalg, men også bruge sammenslutningen til at udfolde vores synspunkter i pressen, når dette er relevant.

Opprioriterer den sundhedsfremmende tankegang både generelt og i forhold til børn med særlige behov.

Charlotte Precht Pedersen
Jeg ønsker at opstille til bestyrelsesvalget for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, da jeg er optaget af den sundhedsplejefaglige udvikling på tværs af Danmark samt har et ønske om at være med til at præge den faglige debat med visioner for det fremtidige arbejde.

jeg er uddannet sundhedsplejerske fra DSH i København i 2002. Siden har jeg arbejdet som sundhedsplejerske i København samt Gladsaxe kommune. Aktuelt er jeg ansat i en kombineret stilling i sundhedsplejen i Hedensted, idet min familie og jeg i november 2008 flyttede fra Lyngby til Horsens.

Faglig udvikling har stor betydning for mig, og udover sundhedsplejerske studiet har jeg taget suppleringsuddannelsen på Sygeplejerskehøjskolen i København. I forhold til den mere praktiske del af sundhedsplejen har jeg været meget optaget af at arbejde med familier ud fra en systematisk tilgang. Arbejde med grupper interesserer mig specielt – gerne i tværfagligt regi. For eksempel har jeg stået for et gruppeforløb for kvinder med efterfødselsreaktioner. Aktuelt er jeg med i et toårigt projekt for overvægtige gravide, hvor jeg i min egenskab af sundhedsplejerske og vægtstoprådgiver skal styre et gruppeforløb med fokus på små skridt i forhold til livsstilsændringer.

I de år jeg har været uddannet sundhedsplejerske, har jeg været ansat i kombinerede stillinger i større kommuner med fokus på faglig udvikling samt tværfagligt samarbejde. Det har givet mig lyst til at involvere mig i bestyrelsesarbejde for at bidrage til drøftelse af forskellige muligheder for faglig udvikling samt erfaringsudvikling og opsamling på tværs af landet. Derudover vil jeg gerne arbejde for at synliggøre vores faglige identitet i et meget omskifteligt samfund, der stiller krav om varetagelse af nye arbejdsopgaver.

Den nye Svangreomsorg er på trapperne!

De nye retningslinier for svangreomsorgen vil blive klar til at blive sendt ud til brugerne dels i elektronisk udgave og dels som bogform inden sommerferien.

Udarbejdelsen af den nye svangreomsorg har været undervejs de seneste 3 år. Der har været sammensat teams af eksperter indenfor svangreområdet, sundhedsplejersker, obstetrikere, jordemødre, praktiserende læger og specialister.

Flere sundhedsplejersker og bestyrelsesmedlemmer fra Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker har været præsenteret i de forskellige grupper og teams samt i selve styregruppen. Det har været et omfangsrigt arbejde, men ligeledes udfordrende og fagligt inspirerende med stor engagement på tværs af faggrupperne.

Når de sidste rettelser og finpudsning af svangreomsorgen er afklaret, vil vi bringe en mere detaljeret beskrivelse af de arbejdsområder der får betydning for vores sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i sundhedsplejen.

Christina Louise Lindhardt
Medlem af bestyrelsen for Fagligt Selskab

Årets Sundhe

Kandidater til Årets Sundhedsplejerske 2009

Der er indkommet 3 bud på Årets Sundhedsplejerske 2009.

Det er med glæde bestyrelsen herunder kan præsentere disse.

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

Prisen på 10.000 kr. vil blive uddelt af Connie Kruckow den 4. maj 2009 på Landskonferencen for Sundhedsplejersker.

LONE LANGKJÆR

Vi vil hermed gerne indstille vores kollega Lone Langkjær, sundhedsplejerske i Middelfart Kommune til prisen "årets sundhedsplejerske år 2009"

Siden kommune sammenlægningen i 2oo7 har vi været tæt kollega med Lone og har på nær hold oplevet, at arbejde sammen med en sundhedsplejerske der brænder for sygeplejen, sundhedsplejen, faget, børn og deres familier, sundhedsfremme og forebyggelse.

Lone har med sit valg, at være en del af Det Sygeplejeetiske råd – arbejdet for og med det, der ligger Lone så meget på sinde, at arbejde for vores fags etiske og værdimæssige grundlag, og samtidig have hele den danske befolkning for øje. Lone er en ildsjæl på mere end fuld tid.

Lone er den, der både i det "talte" og "skrevne" ord, har den holdning, at alt skal tænkes hele vejen rundt, så modtager og afsender er behandlet på en etisk korrekt måde. Indhold og betydning af ord og tekst bliver analyseret på en kritisk ordentlig facon , så de værdier som Lone kæmper for på vores alles (syge- og sundhedsplejersker)vegne, er tydelige og klare.

I dagligdagen nyder vi, at Lone har denne indgangsvinkel til alt hvad hun arbejder med. Dette giver stof til refleksion, læring og udvikling for os alle.

Lone er flere gange ude og holde oplæg for arbejdspladser – studerende om det arbejde, der ligger i det sygeplejeetiske råd. På denne måde er Lone med til at sprede kendskabet til - og arbejdet med at have fagets værdier for øje og de etiske briller på.

Senest d.d. er Lone i gang med at udfærdige en artikel, der omhandler sundhedsplejerskens rolle i den helhedsorienteret sagsbehandling, set med etiske briller og /contra juraen.

Som formand for Sygeplejeetisk råd udfører Lone et uvurderligt arbejde for både sygeplejen og sundhedsplejen og dermed også for de borgere, vi har med at gøre. Lone har flere gange været fremme i pressen, bl.a. i artikler i Kristeligt Dagblad, og derigennem synliggjort fagets værdier og holdninger.

Lone har bl.a. forholdt sig til Sundhedsloven, idet hun mener, at loven ikke forhindrer gravide misbrugere i at gøre skader på deres ufødte børn. (Artiklen kan findes på nettet: 'Sundhedsloven forhindrer ikke misbrugsskader på ufødte børn'), og hun påpeger tillige det uheldige i, at kommunerne selv kan sammensætte behandlingstilbud, der altså bliver meget forskellige.

Vi synes, det kunne være flot at hædre en sundhedsplejerske som Lone, der arbejder med vores fag på dets etiske og værdimæssige grundlag. Det kommer jo os alle til gode –også børn/familier. Og det er måske lidt vanskeligt at få øje på et sådant arbejde, eftersom det ikke efterlader farvestrålende produkter, som vi vil støde på i hverdagen.

Det er som kunsten i sundhedsplejen, det er først når det ikke gøres, at det er synligt.

Sundhedsplejen i Middelfart Kommune
Karen Bækkelund og Helle Budde

ELSE GULDAGER

Vi vil hermed indstilles Else Guldager til prisen som "Årets sundhedsplejerske" fordi Else: altid er parat til at tage børnenes parti i en given debat har blik for fremtidens udfordringer i et fag med stærke traditioner gennem sit store vidtforgrenede netværk er i stand til at hente viden og information, der bidrager til at gøre debatten om børns og familiers vilkår om nuanceret og kvalificeret som en af de første sundhedsplejersker interesserede sig for forskning indenfor feltet – og altid tæt på sundhedsplejens praksis. Her skal nævnes "Barselsdage", "Sundhedspleje på vægten" ligesom flere projekter og undersøgelser er en arbejdshest, der aldrig hviler på laurbærrene altid har styr på den seneste ny viden inden for børnesundheden aldrig lader en mulighed for at sætte fokus på ulighed i sundhed gå fra sig de seneste år gennem sit arbejde i Børnerådet har vogtet børnesundheden og Sundhedsplejens virke

utrætteligt arbejder for at sætte børnesundheden på dagsordenen ikke mindst i de trykte medier, men også i radio og TV er i stand til at formidle selv indviklede folkesundhedsmæssige budskaber på en klar, tydelig og let forståelig facon igen og igen overrasker med alsidige og nye tiltag for at sætte fokus på børns sundhed. Som det nyeste skal nævnes Bogen År 1 og en ny hjemmeside, der er på bedding er en erfaren og vidende kollega, der gerne deler sin viden og tanker

er super god at sparre med, når faglige temaer, ideer og karriereovervejelser skal luftes og udviklingsplaner tage form gennem sit arbejde i Lederforeningen, dels har været med til at etablere et stærkt og bæredygtigt forum, hvor ledere af landets Sundhedsordninger har en platform for udvikling af Sundhedsordningerne, og dels har været med til at sætte fokus på organisering og kapacitet i landets Sundhedsordninger

Med venlig hilsen
Janni Ammitzbøll, Sundhedsfaglig konsulent, MPH
Ingeborg Kristensen, Regionssundhedsplejerske, MPH
Annette Poulsen, Sundhedsplejerske, MSP, IBCLC

GRETE LYAGER

Grete er som leder af Sundhedsplejen i Fredericia Kommune - i de sidste 15 år - engageret i at sikre og udvikle kvaliteten af det sundhedsplejefaglige arbejde ved bevidst at prioritere uddannelse af afdelingens sundhedsplejersker.

Det er Gretes valg, at alle i afdelingen har gennemgået – eller er ved at gennemgå – uddannelsen til certificeret Marte Meo terapeut, ligesom alle sundhedsplejersker er uddannet i metoden Aktive Vurderinger. Dette har betydet, at sundhedsplejerskerne har et fælles sprog og en fælles referenceramme til gavn for arbejdet med kommunens børn og unge og deres familier.

Det bevidste ønske fra Gretes side om uddannelse af sundhedsplejerskerne har betydet, at der i afdelingen er en certificeret supervisor, en mentor, seks kliniske vejledere, to rygestopkonsulenter samt en Master i Sundhedspædagogik og Grete har selv en uddannelse til Master i Public Management. Desuden støtter Grete tillidsrepræsentantens uddannelse og deltagelse i møder i forskelligt regi, der kan være med til at øge synligheden af sundhedsplejen.

Grete prioriterer udviklingen af det sundhedsplejefaglige arbejde ved hjælp af projekter, som muliggøres og igangsættes for eksterne midler. Således har Egmontfonden være med til at finansiere Projekt Tidlig Indsats om anvendelse af Marte Meo metoden i sundhedsplejen (Fredericia Kommune, 2003). Den eksterne projektevaluering viste, at også de svageste familier profiterede af denne type indsats. Et andet projekt er Unge Mødre-projektet, som Sundhedsministeriet medfinansierede, og som nu er blevet integreret som en fast del af Fredericia Kommunes sundhedsplejetilbud.

For at kunne deltage i den politiske debat om indsatsen for børn og unge har Grete været medstifter af en forening for lederne af de kommunale sundhedsplejerordninger.

Gretes indsats har betydet, at der i Fredericia Kommune såvel tværfagligt som på det politiske niveau er en anerkendelse af, at der i Sundhedsplejen er en stor faglig kompetence i arbejdet med børn og unge og deres familier.

Birgitte Prior Rasmussen
Else Marie Rask Larsen

NORDISK SAMARBETSAVTAL

För sjuksköterskor som arbetar med barn och ungdom och deras familjer.

Reviderat på NoSB mötet i Reykjavik 5.september 2008

MÅLSÄTTING:

- Att bidra till att ge och öka kunskapen och höja kompetensnivåerna för sjuksköterskor som arbetar med förebyggande, hälsofrämjande och behandling med barn och ungdom och deras familjer.
- Att vara ett forum för diskussion där temat är förebyggande, hälsofrämjande och behandling för sjuksköterskor som arbetar med barn och ungdom och deras familjer.
- Att skapa ett nätverk för att stimulera till utbildning, forskning samt att vara uppdaterad med aktuell utveckling och kunskap mellan de nordiska länderna.

Aktiviteter i årets løb:

Samarbejdsmødet i 2008 fandt sted fra den 4 – 6. September i Reykjavik og var arrangeret af de Islandske foreninger:

Fagdeild Barnahjúkrunarfræðinga – The Chapter of Pediatric Nurses Fagdeild Heilsugæsluhjúkrunarfræðinga – The Chapter of Community-Health Nurses.

Sædvanen tro orienterer og inspirerer vi hinanden ved at fremlægge hvilke faglige aktiviteter, der er aktuelle i de respektive lande i løbet af det år, der er gået siden sidste samarbejdsmøde.

Den eksisterende samarbejdsaftale omkring det Nordiske Samarbejde, blev gennemgået og revideret ved dette møde og endelig godkendt af alle samarbejdspartnere.

Se målsætningen i Samarbejdsaftalen ovenfor. På hjemmesiden sundhedsplejersken.info kan du se den komplette samarbejdsaftale.

Hovedessensen i dette samarbejdsmøde, var at bakke op om den kommende konference i Stockholm 2009. Da mange af foreningerne er pressede i tid og økonomi blev det drøftet grundigt, hvordan vi kunne sikre Det Nordiske Samarbejde i fremtiden.

I alt deltager 8 foreninger fra henholdsvis Danmark, Island, Norge og Sverrige i Det Nordiske Samarbejde. Grønland og Færøerne er også en del af det Nordiske samarbejde og der arbejdes på at få Findland med i samarbejdet.

Samarbejdsmøde afholdes hvert år, og konference hvert andet år.De samarbejdende lande skiftes til at være værter.Medlemsblade fra de forskellige foreninger udveksles, og der arbejdes på at udbygge den elektroniske udveksling til foreningernes hjemmesider.

I skrivende stund kan det desværre konstateres, at Sverige har valgt, at aflyse Nordisk konference i Stockholm, som skulle afholdes den 24-25 sep. 2009. (p.g.a. økonomi)

Det er nu den anden Nordiske konference som er aflyst, idet Færøerne aflyste deres konference 2007.

Det kan således også konstateres at Danmark var vært ved den sidste gennemførte Nordiske konference i DGI-Byen 2005. Konferencen blev afholdt med et overskud på 60.000 kr. Men det er jo helt andre tider økonomisk her i 2009.

Næste samarbejdsmøde afholdes efteråret 2009.

Af **Rikke W. Selde**, Sundhedsplejerske

Skolesundhedsplejen løfter sig
– Et udviklingsprojekt i Randers Kommune

Resume:
Denne artikel beskriver, hvorledes sundhedsplejen i Randers Kommune har igangsat et større udviklingsprojekt indenfor skolesundhedsplejen. Jeg er ansat som projektleder, men er også projektdeltager, da jeg er sundhedsplejerske på en af skolerne i kommunen.

Jeg har i denne artikel valgt at beskrive den proces vi og projektet har gennemgået indtil nu, og hvilken betydning den har haft for os som sundhedsplejersker.

Det er hensigten at der skal publiceres opfølgende artikler som fortæller mere indgående om vores projektresultater. Desuden påtænker vi at holde en konference i efteråret 2009.

Baggrund:
Kommunesammenlægning og et ønske om at optimere sundhedsplejen på skolerne i Randers Kommune, var startskuddet til et spændende projekt som sundhedsplejen i Randers gik i gang med efter sommerferien 2007.

Som mange andre kommuner i landet, har vi været igennem en stor kommunesammenlægning i starten af 2007. I den forbindelse blev vi dobbelt så mange sundhedsplejersker, og en harmonisering af arbejdsgange var en nødvendighed. På et internat brugte vi således meget tid til at tale om, hvordan vi bedst kunne organisere os, hvordan vi skulle harmonisere tilbudene på skoler og hos spædbørnene, og hvad der kunne være af fordele og ulemper ved at specialisere sig.

I stedet for at lave en fast og endelig organisering besluttede vi os for at lave en prøveperiode på 2 år, hvor de enkelte sundhedsplejersker kunne vælge hvordan de gerne ville arbejde. Der var mulighed for at vælge spædbørn, kombineret småbørn og skolesundhedspleje eller skolesundhedspleje.

Sammen med denne beslutning, blev vi hurtigt enige om at skolesundhedsplejen trængte til at blive udviklet og nytænkt, hvis den skulle leve op til børnenes og de unges livs- og læringsstil, samt være spændende og udfordrende for de sundhedsplejersker som arbejder med skolebørn. Dette blev startskuddet til det skoleprojekt som vi har valgt at kalde "Skolesundhedsplejen løfter sig".

Arbejdet gik i gang, og omhandlede mange ubekendte faktorer.

Hvordan laver man et projekt? Hvordan gør vi når nogen arbejder kombineret og nogen er fuldtids skolesundhedsplejersker? Hvordan får vi økonomien til at hænge sammen? Hvor meget tid kan der afsættes til projektet? Og mange flere spørgsmål …!

Præsentation:
Vi er ca. 30 sundhedsplejersker og en Børn og unge-læge i Randers Kommune. Ud af de 30 sundhedsplejersker arbejder 18 med skolebørn, enten som kombinerede eller fuldtids skolesundheds-

Skolesundhedsplejersker i Randers Kommune

plejersker. Vi har været enige om at det var vigtigt for engagementet og motivationen at den enkelte sundhedsplejerske, selv valgte om hun ville deltage i projektet. Man kunne således godt arbejde med skolebørn, men ikke deltage i projektet. Alle 18 sundhedsplejersker og vores Børn og ungelæge har dog valgt at deltage i projektet, hvilket gør projektet stort og mangeartet. Alle skolerne i Randers Kommune, både folkeskoler og privatskoler, er dermed involveret i projektet på forskellige planer.

Efter drøftelser med vores ledelse og politiske udvalg i Randers Kommune, blev det aftalt at 25 % af den tid man bruger på skolearbejde kunne bruges til at arbejde projektorienteret. Det betød, at det var forskelligt, hvor meget tid sundhedsplejerskerne lagde i projektet. De sundhedsplejersker som var fuldtids skolesundhedsplejersker kunne således bruge flere timer i projektet end dem som var kombinerede, men i praksis betød det at flere af skolesundhedsplejerskerne valgte at deltage i mere end et projekt.

Skolerne blev informeret om at vi, i de kommende 2 år, ville lave et udviklingsprojekt og at de i denne periode ikke kunne forvente det samme serviceniveau som før, men at vi efter projektets afslutning forventede at kunne tilbyde en mere tidssvarende og forbedret skolesundhedspleje. Alle sundhedsplejerskerne på skolerne informerede ligeledes forældrene via skolernes hjemmeside og skolebladet.

Nu skulle vi i gang med at vælge hvad vi ville arbejde med de kommende 2 år, og i bedste projektstil brugte vi 2 hele dage på en idéfase, hvor alle ideer kunne komme frem, og hvor der kunne tænkes uden begrænsninger og drøftes.

Det var svært at vælge! Der var mange ting som kunne være interessante at tage fat på i skolesundhedsplejen, og sundhedsplejerskerne sprudlede med mange kreative ideer, hvilket gav en opløftet og forventningsfuld stemning. Til sidst fik vi dog indkredset 6 emner, som vi gerne ville arbejde videre med.

Organisering af projektet:

Vi brugte herefter en del tid på at tale om helheden i projektet, og at det var vigtigt at vi kunne se den "røde tråd" gennem alle delprojekterne.

Det var også meget vigtigt for os, at vi efter projektet ville kunne være i stand til at implementere de nye sundhedspædagogiske tiltag i vores hverdag som skolesundhedsplejersker. Det ville være nødvendigt, at vi kunne argumentere og dokumentere den effekt de nye tiltag måtte have. For at sikre validiteten i projektet blev det besluttet at undersøge muligheden for at koble en ekstern samarbejdspartner på projektet. Jeg tog herefter kontakt til Danmarks Pædagogiske Universitet (DPU). Efter samtale med Bjarne Bruun Jensen og Karen Wistoft fra DPU, var det oplagt at begge parter kunne have en interesse i at samarbejde. Vi kunne få konsulentbistand i form af temadage, vejledning mm. til at få drøftet sundhedspædagogik og sundhedsfremme i vores projekter samt hjælp til evaluering og dokumentation af vores tiltag. DPU havde en interesse i at forskningsintegrere projektet.

Projektet tegnede nu efterhånden til at blive større end vi først havde forestillet os. Derfor var det også nødvendigt at se på økonomien i projektet. Vi havde ganske vist fået tildelt en sum penge af kommunen til driften af projektet, men ambitionerne og dermed udgifterne var efterhånden blevet større end først antaget og derfor måtte vi nu tænke i andre baner, hvis vi ville kunne gennemføre vores projekter, med den høje standard vi ønskede. Vi ansatte derfor en fundraiser som vidste hvilke private og offentlige fonde/puljer der kunne være relevante at søge i forhold til vores projekter. I samarbejde med projektlederen blev der udarbejdet ansøgninger til de relevante fonde. Ansættelsen af en ekstern fundraiser har betydet at jeg, som projektleder, i samarbejde med fundraiseren har kunnet udarbejde præcise og relevante projektbeskrivelser målrettet de forskellige fonde/puljer. Samtidig har ansættelsen af fundraiseren betydet, at jeg har kunnet koncentrere mit arbejde omkring selve projektet uden at skulle bruge tid og kræfter på at skaffe de nødvendige midler.

Og det har allerede givet afkast. Vi har fået flere større og mindre beløb fra forskellige fonde, og søger samlet set et stort beløb. Om vi får dette er endnu uvist, men vi håber og tror på at det kan lade sig gøre.

Det, at vi fundraiser, har betydet at vi ikke kender vores eksakte budget for projektet.

I projektgruppen har det givet stolthed og glæde, når fonde har tildelt projektet midler, da det betyder at de har kunnet se det unikke i vores udviklingsarbejde. Det er en ny tankegang indenfor sundhedsplejen og det offentlige system, at fundraise fra private fonde, men da kommunernes budgetter kan være meget små kan fundraising være en mulighed for at tænke nyt.

Det er dog, som sagt, meget vigtigt for os at de nye tiltag kan blive implementeret i vores hverdag efter projektet er afsluttet, hvilket betyder at vi er meget opmærksomme på at projekterne ikke kun kan overleve i kraft af fondsmidler. Derfor betyder vores samarbejde med DPU også uendelig meget, da vi mener det vil være nøglen til dokumentation og dermed gennemslagskraft på det politiske plan.

De seks delprojekter

Ud fra vores overordnede projektbeskrivelse af de fælles mål og ambitioner, og inden for det overordnede projekt, gennemfører vi seks delprojekter, med hver sit fokusområde. De seks delprojekter er:

1. Samtalegrupper for børn
2. Den individuelle samtale
3. Selvværd og overvægt
4. Sundhedsundervisning om kroppen i 2 – 3 klasse.
5. Sundhedscirkus, sundhedsaktiviteter for mindre børn
6. Sundhedsprofiler

1. Samtalegrupper for børn

Mange erfaringer viser at børn kan have stor gavn af at udveksle erfaringer og dele oplevelser og viden om en bestemt problematik. I Randers Kommune er der ikke nogen fast praksis for at tilbyde deltagelse i grupper for børn med specifikke vanskeligheder. Det er sundhedsplejens opfattelse at der i høj grad er brug for at kunne henvise til den type tilbud, og at det er væsentligt at sundhedsplejen deltager. Sundhedsplejerskerne ser også en mulighed for at skabe tværfaglighed på området, så andre faggrupper i kommunen kan inddrages. Sundhedsplejerskerne i dette projekt vil arbejde med grupper af børn, der har ensartede behov eller problemer. Målgrupperne kan defineres ud fra sorg, skilsmisse, overvægt, spiseforstyrrelser, cutting, mobning, forældregrupper, diabetes eller andet. Der tages udgangspunkt i skilsmissebørn fra 4 -6. klasse. Det er ønskeligt at erfaringerne fra arbejdet med skilsmissebørn, på længere sigt skal danne grundlag for at arbejde med andre grupper af børn med ensartede behov.

Arbejdet med grupper bestemmes både af den problemstilling, som definerer gruppen, og af den metode, der ligger i at arbejde med en gruppe med ensartede behov. Det skal indgå i gruppens arbejde at deltagerne oplever spejling, finde fællesskab, blive rummet, bryde isolation mv. For sundhedsplejerskerne kommer dette indsatsområde både til at handle om at gøre en forskel for nogle børn, som har behov for hjælp. Det kommer også til at handle om selvudvikling, fagudvikling, sparring, meningsfuldhed, synlighed mv.

Projektsundhedsplejerskerne i denne gruppe er: Grethe Aaberg, Iris Hjuler, Lotte Lahn, Pia Skovby Felding, Birgitte Gæmleke.

2. Den individuelle samtale

Den individuelle samtale med børn og unge på skolerne, er i mange sammenhænge skolesundhedsplejerskens bedste redskab til at skabe kontakt og opnå fortrolighed med barnet/den unge. Denne arbejdsform vil sundhedsplejerskerne meget gerne beholde, og den anses af mange også for at tilhøre en af skolesundhedsplejen kerneopgaver. Men som mange andre redskaber kan den med rette "kigges efter i sømmene", diskuteres, videreudvikles og ændres. Det er denne gruppes hensigt at gøre ovenstående.

Mange sundhedsplejersker har gennem tiden arbejdet med den individuelle samtale. Det at denne metode anvendes så meget indikerer et behov for hele tiden at revidere og videreudvikle den. I den sammenhæng skal der tages højde for børnenes og de unges behov som følge af samfundsændringer, samfundsopfattelser og viden om kom-

munikation. Det er projektdeltagernes hensigt at udvikle en metode/et værktøj, som gør det muligt for det enkelte barn/den unge at sætte oplevede problematikker, vedrørende sundhed, på dagsordnen og derudfra skabe egne handlekompetencer i forhold til ovenstående. Målgruppen er unge i 8. klasse. Da sundhedsplejerskerne laver udskolingsundersøgelse i 8. klasse, er det gruppens erfaring at denne samtale er meget vigtig for de unges mulighed for at få "taget hul" på nogle problemer inden de forlader skolen i 9.klasse.

Projektsundhedsplejerskerne i denne gruppe er :Ragnhild Degn, Hanne Winter, Dorthe Øster, Birthe Dalgaard Mikkelsen, Heidi Shaltz Larsen.

3. Selvværd og overvægt

Overvægt er et stigende problem i Danmark og resten af verden. Der er dagligt fokus på overvægtsproblematikken, både i medier og i den alm. samtale blandt borgere. Hos mange sundhedsprofessionelle, og i samfundet som helhed, er indgangsvinklen til at afhjælpe problemet mere oplysning om sund kost og motionsvaner. Der er blandt sundhedsplejerskerne i projektgruppen en erfaring som peger på, at det i første omgang er vigtigt at have fokus på det enkelte barn selvværd inden en decideret indsats mod overvægten sættes ind. De fleste børn ved godt hvad sund kost er og at det er mest hensigtsmæssigt at dyrke motion. Men for mange af de overvægtige børn er der ikke energi til at tage fat på store ændringer af kosten og motionsvanerne, fordi mange af dem grundlæggende er usikre på deres eget værd og meget nemt kan "væltes".

Derfor vil denne projektgruppe arbejde ud fra den antagelse, at overvægt (og mange andre problemer) har deres rod i manglende selvværd. Tesen er derfor, at når selvværdet vokser, falder vægten. Information om kost og motion i mange tilfælde ikke er tilstrækkeligt til at ændre en usund adfærd. Denne gruppe vil udvikle et begrebsapparat for sin indsats, og der vil indgå meget metodeudvikling, bl.a. vil en afsøgning af børnenes opfattelse af krop og vægt indgå i de aktiviteter som gruppen vil udføre. Målgruppen vil være mellemtrinnet, 4 – 6 klasse. Dette alderstrin er valgt fordi børn i denne aldersgruppe kan forklare, hvordan de har det følelsesmæssigt, samtidig med at det endnu ikke er for sent at genoprette/styrke deres selvværd. På længere sigt vil erfaringerne fra denne årgang formodentlig kunne danne grundlag for tiltag i de små årgange hvor sprogets nuancer ikke er så veludviklede.

Projektsundhedsplejerskerne i denne gruppe er: Inger Margrethe Dahl, Lotte Lahn, Pia Skovby Felding, Joan Højgaard, Rikke Selde.

4. Sundhedsundervisning om kroppen i 2-3. klasse.

Dette delprojekt bygger på den antagelse, at sundhedsfremme skal iværksættes tidligt i børnenes liv. Derfor er der i Sundhedsplejens projekt lagt megen vægt på undervisning af de små klassetrin. Der arbejdes med 2 delprojekter, som henvender sig til indskolingseleverne, og som på sigt gerne skulle danne en rød tråd i sundhedspædagogikken i denne aldersgruppe. Sundhedsundervisning om kroppen i 2-3 klasse, er tiltænkt at skulle opfylde et behov for oplysning om kroppens funktioner, bl.a. et øget fokus på hvad der sker med kroppen i den tidlige pubertet. Flere børn kommer tidligere end før i puberteten, og denne projektgruppe har en erfaring, som tyder på et behov for yderligere information og samtale med eleverne om kroppens funktioner. Der er også i denne projektgruppe også ideer om forældreinddragelse via forældrecafe mv.

Projektsundhedsplejerskerne i denne gruppe er: Hanne Andreassen, Hanne Grethe Ryberg.

5. Sundhedscirkus, sundhedsaktiviteter for de mindre børn.

Denne projektgruppe har fokus på de mindste

børn i indskolingen. Frem for en årlig samtale med eleven og forældrene i både 0 og 1. klasse, vil projektgruppen nu arbejde på at udvikle et sundhedspædagogisk redskab som kan erstatte den samtale som normalt findes i 1 klasse. Det er meningen at der skal være sundhedscirkus i klassen, hvor de emner som er relevante for klassetrinnet bliver præsenteret, drøftet og afprøvet. Tanken er at der skal være 2 sundhedsplejersker om udførelsen af sundhedscirkuset. Læringen skal leges ind, og alle sanser skal inddrages. Emnerne kunne være, hygiejne, at mærke sin krop, sund kost, venskaber mv.

Ved at være 2 sundhedsplejersker om udførslen af sundhedscirkus, håber projektgruppen at der kommer flere brugbare observationer af børnene individuelt og i gruppesammenhænge.

Det er i lang højere grad børnene, som kommer i fokus og er med til at sætte dagsordenen, idet de har større mulighed for at deltage aktivt.

Der lægges også vægt på samarbejdet med klasselæren og at denne deltager i undervisningen, så observationer omkring børnene kan drøftes og måske føre til yderligere tiltag eller opmærksomhed ... Det er ligeledes vigtigt at klasselæreren kan følge op på de emner, sundhedsplejen tager op med børnene. Samarbejdet med og inddragelsen af forældrene vil ske via materiale, der sendes med børnene hjem. Materialet udarbejdes, så børnene skal fortælle deres forældre om dagens aktiviteter og derigennem optimeres læringen. Det kan tilføjes, at der på flere skoler er motorisk screening af børnene i 0 klasse og at dette tiltag også skal være en del af den samlede indsats på indskolingsområdet, såfremt der er penge til dette i kommunen.

Projektsundhedsplejerskerne i denne gruppe er: Joan Højgaard, Inger Margrethe Dahl, Heidi Andersen.

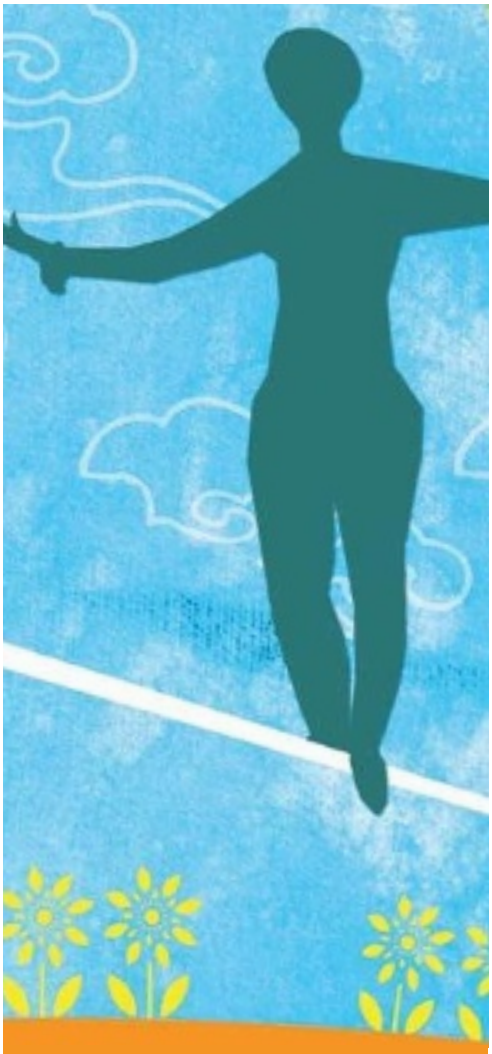
6. Sundhedsprofiler

Dette projekt retter sig mod udvikling af sundhedsprofiler som et redskab til at målrette den fremtidige sundhedsfremmende og forbyggende indsats hos børn og unge. Børn og unge- lægen vil udarbejde et elektronisk spørgeskema som repræsenterer nogle af de måleparametre Randers kommunes sundhedsbegreb bygger på. Herud fra vil det være muligt at danne sig et overblik over de sundhedsopfattelser børnene i de enkelte klasser har, og derefter målrette sundhedsplejens indsats.

Projektmageren i dette projekt er kommunens Børn og unge- læge, Hanne Kjær

Foreløbig konklusion:

Vi er nu nået så langt i vores projekt, at vi er i gang med at afprøve de nye sundhedspædagogiske tiltag som delprojekterne har udviklet. At arbejde projektorienteret er nyt for os i Randers Kommune. Derfor er det til tider hårdt arbejde, men det har også givet os alle en følelse af stolthed og en følelse af, at det arbejde vi laver virkelig gør en forskel for børnene og os selv som skolesundhedsplejersker. Vi har fået utroligt mange positive tilbagemeldinger fra skolerne, lærere og elever, som har deltaget i de nye tiltag. Vi har ventelister til flere af projekterne og pressen har kontaktet os et utal af gange. Fagligheden har vi hele tiden haft, men vores samarbejde med DPU højner vores refleksioner som gruppe, og vi har fået mange gode drøftelser og sparring ud af vores temadage. På nuværende tidspunkt er projektet en stor succes og vi glæder os til at videreudvikle på de nye og spændende sundhedspædagogiske tiltag i samarbejde med DPU.



Hvis man ønsker yderligere oplysninger om projektet kan man enten læse den overordnede projektbeskrivelse på:
www.sundhedsplejen.randers.dk
eller kontakte sundhedsplejerske og projektleder:
Rikke W. Selde, 24438928
Rikke.selde@randers.dk

Af **Anne Brødsgaard**, PhD.-stud., MPH, Sundhedsplejerske, RN.

Forskelle i livsforløbet for overvægtige og ikke overvægtige 7-9 årige børn

– med fokus på mor og barn relationen, handlekompetence og sundhedsadfærd

Dette er overskriften på mit Ph.d.-projekt, som er antaget, og dermed skal præsenteres ved ICN-kongressen til sommer i Sydafrika.

Det er endnu ikke afgjort, om det bliver som et mundtligt foredrag eller som en posterpræsentation. Det betyder heller ikke så meget, for det er det at få mulighed for at diskutere ens arbejde med andre fra hele verden, der er så fantastisk inspirerende, indsigtsgivende og løfter ens egen refleksioner op på et højere niveau.

Jeg deltog for to år siden i ICN-kongresesn i Yokohama, Japan og det var en utrolig stor oplevelse både fagligt og personligt, så derfor var jeg ikke i tvivl om, at jeg gerne ville med igen i 2009. Jeg ville gene benytte lejligheden til at forsøge at komme til at præsentere noget af det, som jeg bruger mit arbejdsliv på.

Det må man sige at jeg gør på ph.d.-projektet, hvor jeg hele sidste år, har brugt rigtig mange weekender og aftener på, at 'se' over 300 projektbørn og deres mødre ved et 2 timers program som grundlag for dataindsamling.

Hele baggrunden for at jeg er kommet til at beskæftige mig med denne problematik skyldes, at jeg arbejde med det i min Master of Publich Health afhandling, og derigennem fik langt mere indsigt i problemets kompleksitet, foruden at vi ser udviklingen af overvægt som et massivt folkesundhedsproblem begyndende allerede i småbørnsalderen. På verdensplan stiger antallet af (svært) overvægtige så hurtigt, at WHO har karakteriseret det som en epidemi, og som den største folkesundhedsmæssige udfordring i det 21-århundrede. WHO estimerer 15 millioner svært overvægtige børn og unge i Europa i 2010, med mulighed for specifikke subgrupper af børn med en langt hurtigere stigning. Der ligger således en stor udfordring hos alle sundhedsprofessionelle i diagnosticering og behandling af (svært) overvægt, men måske endnu større i at identificere børn i risikogruppe og initiere forebyggende tiltag for disse. Der er endnu ikke identificeret nogle effektive metoder dertil, hvorfor der behøves langt mere viden på området.

Udfra den viden der blev synliggjort og dokumenteret ved MPH-afhandlingen: 'Mødres oplevelser og vurderinger af egen svær overvægt og risikoen for at deres børn udvikler overvægt' var der behov for at se på problemstillingen i en lidt anden optik. Således er formålet med ph.d.-projektet at undersøge

og opnå en dybere viden om relationer, handlekompetence og sundhedsadfærd i mor-barn perspektivet, og belyse et evt. mønster for overvægtige og ikke overvægtige 7-9-årige. Desuden at identificerer forskelle i børnenes livsforløb og sammenligne disse forskelle.

Dertil anvendes et case-cohort design med udgangspunkt i Den Danske Fødsels Kohorte (Bedre Sundhed for Mor og Barn - BSMB). Der er inkluderet såvel overvægtige børn (case) som ikke overvægtige (kontrol) 7-9-årige børn samt deres biologiske møder. Retrospektive kvantitative data fra BSMB suppleres med såvel aktuelle samt retrospektive kvantitative og kvalitative empiriske data. Planen er senere i forløbet at foretage dybde-interviews med 5-10 cases og 5-10 kontroller strategisk udvalgt. Således mere fundamentalt at udforske relationer, handlekompetence og sundhedsadfærd i familier, som aktivt har forebygget eller modvirket overvægt hos barnet. Der anvendes både data- og metode triangulering i studiet.

På baggrund af resultaterne forventes studiet at udvikle nye/udvidet videns baseret anbefalinger for sundhedsprofessionelle til at anvende i forebyggelsen og til at modvirke fedmeepidemien.

Følgende vejledere er tilknyttet projektet:

- Lis Wagner, Professor i Sygepleje, RN, Dr.PH., Enheden for sygeplejeforskning, Klinisk Institut, Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.
- Thorkild IA Sørensen, Professor i Klinisk Epidemiologi, Dr.Med.Sci, Institut for sygdomsforebyggelse.
- Birgit Peitersen, tidligere Ledende Overlæge, Børneafdelingen, MD, Hvidovre Hospital.
- Ingrid Poulsen, Post. Doc., RN, Dr.Med.Sci., Afdeling for Neuro-rehabilitering, Hvidovre Hospital.

Afhandlingen kan downloades fra følgende link på Børneafdelingen, Hvidovre Hospitals hjemmeside:
http://www.hvidovrehospital.dk/menu/Afdelinger/Boerneafdelingen/Om+afdelingen/Forskning+i+afdelingen/

Anne Brødsgaard, PhD.-stud., MPH, Sundhedsplejerske, RN.
Børneafdelingen, Universitetshospitalet
Hvidovre Hospital, Region Hovedstaden, Denmark & Enheden for Sygeplejeforskning, Syddansk Universitet
Anne.broedsgaard@hvh.regionh.dk

af **Hanne Lindhardt** , Sundhedsplejerske i Furesø Kommune

"Når mor og far drikker" – Camp i DR Byen

Som et led i kampagnen: "Når mor og far drikker" afholdt Sundhedsstyrelsen og DR den 28.2 09 en Camp i DR Byen, hvor politikere, lærere, pædagoger, socialrådgivere, alkoholbehandlere og sundhedspersonale drøftede, hvordan tabuet omkring alkohol i familien kan brydes og børn sikres en tryg opvækst. Minister for sundhed og forebyggelse Jakob Axel Nielsen opfordrede i sit indlæg kommunerne til at opruste indsatsen.

Kit Broholm, specialkonsulent i Sundhedsstyrelsen, slog fast, at vi skal gribe ind:" Når brugen af alkohol påvirker dagliglivet i familien og de følelsesmæssige bånd imellem børn og forældre forstyrres". Kravet om indgriben er et fagligt krav, ikke en privat snagen. Frontpersonale skal opkvalificeres og lære at identificere alkoholproblemer, trænes i at tale med familierne om alkohol og kunne henvise til støtte og behandling. Alkoholbehandling bør være familieorienteret og inkludere støtte til børnene. I kommunerne er det nødvendigt, at der foreligger handleplaner i alle relevante sektorer for, hvordan der spørges til alkohol i familier med børn og hvem der har ansvaret for at gribe ind, når far eller mor har et alkoholproblem.

Den kompenserende støtte til børn af alkoholikere er en pædagogisk opgave. Det er vigtigt, at disse børn får konkret støtte, selvom familien ikke ønsker at gå i behandling.

Dacapo Teateret illustrerede, hvilke udfordringer en samtale med et forældrepar kan byde på, når man i skole eller daginstitution har bekymringer for et barn og denne bekymring er hæftet op på alkoholmisbrug hos forældrene.

Deltagerne bidrog aktivt i en stor del af dagen i Workshops, hvor emnerne var: "Best practice og fremtidig indsats". Arrangørernes håb er, at deltagerne fra Campen vil være ambassadører og igangsættere med henblik på at få forbedret vilkårene for de 122.000 børn, som vokser op med en mor eller far der drikker.

Læs mere på hjemmesiden: www.naarmorogfardrikker.dk og i Sundhedsstyrelsens materiale: "Metoder i familieorienteret alkoholbehandling – om at inddrage partner og børn", "Børn i familier med alkoholproblemer. En evaluering af tre former for støtte" og "En børnehavefe, en skolealf – og anden støtte til børn fra familier med alkoholproblemer".

Af **Kirsten Rafffel Hermansen**

Facebook skal bryde tabu om vold i familien

– Stærkt tiltag fra Foreningen "Børn og Unge i Voldsramte Familier"

Vold i familien og blandt unge kærestepar er et stort, men skjult problem. Ca.2 elever i hver skoleklasse er udsat for eller lever med daglige overgreb tæt inde på livet uden at fortælle det til andre. Frem for alt fordi vold i familien stadig er omgærdet af et massivt tabu. Derfor tager foreningen Børn og Unge i Voldsramte Familier nu Facebook i brug for at bryde tavsheden om volden i familien og sætte fokus på problemets omfang og konsekvenser.

Foreningen Børn og Unge i Voldsramte Familier har i mange år sat massivt spot på vold i familien og blandt unge kærestepar for at få brudt tavsheden og tabueringen af et problem, som berører alt for mange børn og unge i det danske samfund. Det er bl.a. sket gennem stærke informationskam-pagner, opmærksomhedsskabende spots på TV og deltagelse i et efterhånden meget stort antal informations- og temamøder på skoler og uddannelsesinstitutioner over hele landet. I direkte for-længelse af foreningens ønske om at skabe åbenhed og debat og bryde tavsheden om den skjulte vold i familierne - bliver der nu skabt åbenhed og et globalt forum for dialog på Facebook, som i dag er verdens største digitale netværkstjeneste på internettet.

Bryd tavsheden - og stop volden

"Vi skal 'larme' tavsheden væk. Vi vil ikke acceptere, at det fortsat er tabu at tale om vold i hjem-met - og de alvorlige fysiske og ikke mindst psykiske problemer, som denne adfærd fører med sig. Hvis ikke vi hjælper vores børn og unge med at afsløre de skræmmende oplevelser og tale åbent om volden i hjemmet, risikerer vi, at de som voksne accepterer volden som en naturlig del af om-gangen med andre mennesker. Også dem som de måske holder allermest af. Volden i familierne og blandt unge kærestepar viser, at 40 pct. af de unge piger, som oplever vold i barndommen, ikke siger fra over for vold i et kæresteforhold. Og ca. 50 pct. af alle voldsramte drenge ender med selv at være voldelige over for deres kærester eller deres familie. Det er alarmerende og totalt uaccep-tabelt i et moderne velfærdssamfund. Med vores nye tiltag på Facebook gør vi derfor en yderligere indsats for at bryde tavsheden og den onde cirkel", siger Kirsten Raffel Hermansen, som er for-mand for Børn og Unge i Voldsramte Familier.

Det nye initiativ på Facebook ligger i direkte forlængelse af den stort anlagte kampagne "Bryd tavsheden om familievold og kærestevold", som foreningen Børn og Unge i Voldsramte Familier lancerede i efteråret 2008. Nu bringer foreningen kampagnen videre til den nyeste platform på Fa-cebook, hvor der er mulighed for både at bruge de mest direkte, grafiske virkemidler og invitere til dialog om volden og dens forfærdelige og skjulte 'ansigter'. Så brugerne på Facebook skal forbe-rede sig på, at der venter dem en anderledes oplevelser, når de i den kommende tid surfer rundt i det sociale netværk.

Et profilbillede siger mere end tusind ord

”For at skabe maksimal opmærksomhed fokuserer vi på den mest centrale del af den personlige kommunikation på Facebook - nemlig brugernes billeder af sig selv på deres profil. Med tiltaget tilbyder vi en ny, opsigtsvækkende applikation, som giver brugerne mulighed for at uploade et ’vold-somt’ billede af sig selv med nogle af de grafiske elementer fra vores kampagne. Det vil sige, at de kan redigere deres billede med en lynlås til munden, et blåt øje, rifter, sår etc. Og fra linket: ”www.brydtavsheden.nu”, bliver de guidet videre til kampagnes hjemmeside. Alle lægger mærker til, når vennerne på Facebook ændrer deres profilbillede. Og på den måde håber vi at kunne trænge igennem og forstærke vores budskab meget effektfuldt og konkret over for alle i Facebook-netværket”, siger Kirsten Raffel Hermansen.

Læs mere om kampagnen mod vold i familien og om Facebook-applikationen på:
www.brydtavsheden.nu

Yderligere oplysninger

Hvis du vil vide mere om Børn og Unge i Voldsramte Familier eller om den nye kampagne på Fa-cebook, er du velkommen til at kontakte Kirsten Raffel Hermansen på telefon 45 89 32 64 eller e-mail: kh@familievold.dk.

Besøg også www.familievold.dk - og kig i brevkassen, hvor børn og unge deler deres oplevelser om vold i familien - og får svar på evt. spørgsmål inden for 24 timer.

www.brydtavsheden.nu

Af **Birgitte Amtrup**

Når far eller mor får en livstruende sygdom

– Er det en opgave for sundhedsplejersken?

Hvert år oplever 40.000 børn, at deres mor eller far bliver indlagt med kritisk sygdom. Omkring 10.000 børn under 6 år oplever hvert år, at deres mor eller far bliver alvorligt syg.

Kritisk sygdom, der er så alvorlig at forælderen har været indlagt over flere dage eller i flere omgange. For de fleste børn fører det til at forælderen igen bliver rask, mens andre dør. Under alle omstændigheder er familien ikke den samme, når sygdomme som kræft, blodpropper og andet kommer helt tæt på. For selv om den voksne overlever sin sygdom, giver det ofte så alvorlige og livslange mén hos den ramte, at det for altid påvirker familien og hindre den i at fungere, som den plejede.
For alle børn er det vigtigste, at mor og far er nogen de kan stole på, men det kan man ikke længere, når mor pludselig er indlagt og far ikke er den samme mere. Så opleves familien ikke sikker og tryg mere for barnet.

Forældrene er ude i et følelsesmæssigt stormvej med angst og bekymring for fremtiden. Måske er sygdommen meget alvorlig, så hospitalsindlæggelse og behandling sker meget hurtigt. Måske er sygdomsforløbet meget langstrakt og opslidende for alle parter. Under disse omstændigheder, har den raske forælder ikke altid overskud til at tage vare på barnet og den følelsesmæssige bearbejdning af det som sker i familien.

Barnet kommer let til at gå alene med tanker og følelser. Det sanser at forældrene i forvejen er belastet af sygdommen og behandlingen. Det kan være fysisk eller psykisk eller begge dele. Derfor holder det sin bekymring, sorg og angst for sig selv for ikke at belaste forældrene yderligere.

Nogle af de reaktioner barnet kan have kan være; At det bliver mere indadvendthed eller aggressiv, er trist og ked af det, er angst, får søvnproblemer, mareridt, koncentrationsvanskeligheder, isolerer sig derhjemme eller flygter hjemmefra, har psykosomatiske klager.

De tanker og følelser sygdommen sætter i gang hos barnet har barnet brug for at tale med nogen om. Det har brug for at blive set, hørt og forstået omkring det der sker i familien, hvorfor er far på sygehuset? - og hvorfor ser mor trist og måske bange ud?. Hvis ikke barnet ved hvad der sker, danner det sine egne fantasier, som ofte er meget værre end virkeligheden.

Som voksne skal vi ikke regne med, barnet kommer til os og siger "Jeg har der svært – der er noget der gør ondt indeni – vil du snakke med mig". Barnet beskytter ubevidst sig selv for ikke at mærke smerten, så det er os voksne der skal komme til barnet og sige "Jeg kan se du ser trist ud – jeg vil gerne snakke med dig" – eller "Jeg har hørt din far er syg – det vil jeg gerne snakke med dig om".

Og her kommer sundhedsplejersken ind i billedet – en professionel voksen der kan hjælpe barnet med at sætte ord på det der gør ondt, så fars eller mors sygdom bliver en byrde der bliver til at bære.

Det der kan holde én tilbage med at kontakte bar-

net kan være en ubevidst beskyttelse af sig selv. En beskyttelse for ikke at blive berørt eller ramt af barnets tema. Eller frygten for barnets reaktion. Men barnet er så ked af det som det kan blive, det bliver ikke mere ked af det ved at snakke om det der gør ondt – tværtimod!. Barnet har brug for at blive set, hørt og forstået , når livet gør ondt.

Jeg vil med dette, gerne opfordre landets sundhedsplejersker til at være en af de professionelle voksne der tager vare på disse børn, da de er en overset gruppe, som føler sig alene og anderledes.

Jeg vil gerne pointere, at inden man tager kontakt til barnet, at man har talt med forældrene om det og man ved hvad barnet har fået at vide, så der ikke bliver sagt noget forældrene ikke er klar til at barnet ved.

Birgitte Amtrup, privatpraktiserende Psykoterapeut og Sundhedsplejerske. Tidligere Rådgiver i Kræftens Bekæmpelse – ba@birgitteamtrup.dk
www.birgitteamtrup.dk

Af **Helle Bülow og Lene Jakobsen**, Hørsholm kommune

Hjemmebesøget – en hellig ko i Danmark?

Vi er to sundhedsplejersker fra Hørsholm kommune, som i forbindelse med vores pilotprojekt "Børnesundhedsklinikken", har været på en 10 dages studierejse til Sydney, New South Wales, Australien.

Først lidt om baggrunden for studierejsen.

Baggrund.

Sundhedsplejerskegruppen i Hørsholm havde gennem længere tid drøftet behovet for metodeudvikling og bedst mulig udnyttelse af ressourcerne. Kollegaerne var betænkelige ved at røre ved hjemmebesøgene. De frygtede, at vi savede den gren over vi sad på, og overså nogle familier med problemer, hvis vi ikke aflagde alle besøgene i hjemmet.

Vi forstod godt disse indvendinger og tillagde også hjemmebesøgene stor værdi specielt til de udsatte familier, men mente ressourcerne kunne udnyttes bedre, så der var flere ressourcer til familierne med ekstra behov.

Samfundsudviklingen og familie grundlaget i Hørsholm kommune lagde op til at afprøve, om det var muligt at skelne mellem familiernes problematikker, og tilbyde forskellige sundhedsplejersketilbud.

I Hørsholm kommune er størsteparten af familierne veluddannede og har mange ressourcer. De er

vant til at styre og planlægge deres liv, handle og søge viden selv. Det udelukker ikke problemer, og behov for råd, vejledning og omsorg. Men åbner mulighed for at kunne yde sundhedspleje på en ny måde, som vi mente var i tråd med den ressourcestærke familietype. Hermed var ideen til projekt "Børnesundhedsklinikken" født.

Projekt Børnesundhedsklinikken.

Vi er to sundhedsplejersker der kører projektet, som inddrager ca. 100 familier. Projektet kører i 20 mdr. og omhandler besøgene i de første 8 mdr. Projektet slutter juni 2009.

Vi valgte på forhånd at udelukke familier med særlige behov. Defineret som, unge mødre, familier med misbrugsproblemer, tvillinge familier, psykisk sygdom, præmature, indvandrere og flygtninge. De øvrige familier fik tilbuddet om at vælge mellem de traditionelle hjemmebesøg eller besøg i Børnesundhedsklinikken, som fik til huse i et kontor på det lokale børnebibliotek. Alle familierne fik det første besøg i hjemmet. Familierne fik orientering om projektet pr. brev før etableringsbesøget. I etableringsbesøget havde de så mulighed for at stille spørgsmål inden de skulle vælge mellem de to tilbud. I etableringsbesøget havde sundhedsplejersken mulighed for at vurdere om familien alligevel ikke skulle deltage i projektet, men skulle fortsætte med hjemmebesøg. Valgte familien at komme i Børnesundhedsklinikken kunne de fremover bestille besøg efter behov, men blev opfordret til minimum at bestille besøg sv.t. kommunens besøgstilbud. Alle henvendelser fra og besøg i projektfamilierne blev registreret, foruden nogle andre parametre og efter 8 mdr. besøget udfyldte familierne et evalueringsskema.

Undervejs i arbejdet med projektet opstod der et behov for at høre om andres erfaringer med at arbejde på denne her måde. Skæbnen ville at vi samtidig havde besøg af Merethe Vinter, sundhedsplejerske fra Thisted kommune, som skulle holde et oplæg med focus på efterfødselsreaktioner og anvendelse af EPDS. Merethe hørte om vores projekt, og kunne straks fortælle, at sundhedsplejerskerne i Sydney, havde stor erfaring med at arbejde på denne måde. Hun havde selv været på studierejse til Australien i forbindelse med sin efteruddannelse i januar 2008 og har skrevet en artikel om det i

Sundhedsplejersken nr. 1 februar 2008.

Vi blev meget inspireret af Merethe, og begyndte straks at søge fondspenge til rejsen og udarbejdelse af projektrapport. Merethe satte os i forbindelse med vores kontaktperson i Sydney, Carolyn Briggs ph.d.stip. , lektor på University of Technology(uddannelsessted for sygeplejrsker og jordmødre) og formand for det Australske Association of Nurses.

Trygfonden og FS10 var så venlige at tildele os fondsmidler, så rejsen kunne blive til virkelighed. Så september 2008 satte vi kursen mod Sydney.

Sydney

I Sydney, NSW, har man tilbudt familierne sundhedspleje siden starten af 1900 tallet. Tilbuddet begyndte udelukkende som hjemmebesøg, senere blev det udelukkende til klinikbesøg og de sidste 10 år har det været en kombination af hjemmebesøg og klinikbesøg.

Tilbud om sundhedspleje på småbørns området gives rutinemæssigt til alle børn mellem 0 og 1 år, og herefter hvert år indtil 5 års alderen. Indenfor de sidste 10 år har det sundhedspolitiske system i NSW og hele Australien prioriteret den forebyg-

gende indsats på småbørns området meget højt. I NSW har man hentet ressourcer fra skoleområdet, hvor evidensbaseret undersøgelser har vist, at udbyttet af de mange rutinescreeninger ikke stod mål med indsatsen.

Baggrunden for denne omprioritering var påvisningen af den tidlige omsorgs betydning for det lille barns hjerneudvikling. På skoleområdet tager man sig nu udelukkende af de behovselever, som bliver opsporet i samarbejde med lærerne.

Hele indsatsen til småbørnsfamilierne er opdelt i tre niveauer som arbejder sammen, og vi blev meget imponeret over de mange tilbud der var til familierne.

På **niveau 1** blev alle børnefamilier tilbudt et hjemmebesøg indenfor de første 3 uger efter

fødslen, herefter var det overvejende klinikbesøg i klinikker, som kun var bemandet af sundhedsplejersker. Der var dog mulighed for at give ekstra hjemmebesøg. Sundhedsplejerskerne kørte i bil

stillet til rådighed af klinikken. De niveau 1 klinikker vi besøgte havde typisk til huse i ombyggede villaer i forstæder til Sydney.

Her var der desuden tilbud om mødregruppe, forældreundervisning, drop-in besøg(besøg uden tidsbestilling) og selvvejning af baby ved vægt i venterum. Alle familier blev rutinemæssigt screenet for forældreressourcer, efterfødselsreaktion og vold/trusler i hjemmet. De familier der havde et behov der ikke kunne dækkes på niveau 1, blev henvist til niveau 2.

På **niveau 2** var klinikkerne tværfagligt bemandet, med sundhedsplejersker, fysioterapeut, talepædagog, socialrådgiver, psykolog og evt. tilknyttet pædiater. Her kunne familierne få hjælp i dagstiden. De niveau 2 klinikker vi besøgte havde også til huse i ombyggede villaer, og kunne også rumme andre tilbud indenfor sundhedssektoren. De familier der havde problemer af sværere grad feks. fødselsdepression, problemer med forældreomsorgs evnen, misbrug, psykisk syge kunne henvises til niveau 3, hvor der var mulighed for døgnindlæggelse. Sundhedsplejerske og praktiserende læge kunne henvise til dette niveau.

På **niveau 3** var klinikkerne større, mindede faktisk om små hospitaler, men med en rar atmosfære. De var selvfølgelig også tværfagligt bemandet udover psykolog, fysioterapeut, sundhedsplejersker, pædiater, psykiater, socialrådgiver, og talepædagog, var her også pædagoger som bl.a. observerede forældre/barn interaktionen under leg. Her var også sundhedsplejersker, som havde specialiseret

sig i f.eks. mødre/fædre med efterfødselsreaktioner. Familier med store spise og soveproblemer, kunne indlægges og få praktisk hjælp og vejledning til at bedre situationen helt konkret. Vi besøgte Tresillian og Karitane som kunne have op til 10 familier indlagt i normalt 1uge, med mulighed for forlængelse. Familierne blev bedt om at betale symbolsk for opholdet, men kunne de ikke det, fik de opholdet gratis. Ud over de behandlingsmæssige tilbud var der var fine faciliteter for forældre og børn, såsom tilbud om frisør, massage og chacuzi til forældrene.

Her var også 24 timers telefonrådgivning, bemandet af sundhedsplejersker. Den ene klinik havde desuden et projekt i gang, hvor de tilbød råd og vejledning via msn kommunikation.

Vores kontaktperson Carolyn Briggs havde planlagt flere hele studiedage for os, hvor vi besøgte klinikker på alle tre niveauer i forstæder til Sydney. Det var meget spændende og udbytterige dage. Vi blev mødt med en enorm interesse og varme fra de australske sundhedsplejersker, som imponerede os med deres dygtighed og høje faglighed. Den australske sygeplejerske uddannelse har de sidste ca. 25 år været en universitets uddannelse. Ligeledes er sundhedsplejerske uddannelsen en universitets uddannelse.

Vi håber at nogle af dem får mulighed for, at komme og give et indlæg på næste års landskursus. Forslaget er givet videre til FS10`s bestyrelse. Fra Danmark kendte de Svend Åge Madsen, hvis forskning de var meget optaget af. De australske sundhedsplejersker vi mødte, gav udtryk for at den øgning i antallet af hjemmebesøg, der var sket indenfor de sidste 10 år, havde øget kvaliteten af sundhedsplejen, spec. i forhold til de ressourcesvage familier. De lagde vægt på at hjemmebesøg ikke udelukkede konsultationsbesøg og omvendt, det var helt afhængig af problemstillingen i familien. De påpegede at Børneklinikken blev et samlingspunkt for familierne i nærmiljøet, og var netværks skabende. Studiebesøgene bestyrkede os i troen på at sundhedspleje kan ydes som en kombination af besøg hjemme og besøg i konsultation. Uden at gå ud over kvaliteten af sundhedsplejen.

Vi blev opmærksomme på at rammerne for vores Børnesundhedsklinik skal være mere end et kontor på det lokale bibliotek. Men får vi de rigtige rammer åbner det en masse nye muligheder for tilbud til familierne, forældreundervisnig, gruppevirksomhed af forskellig art, legestue, selvbetjening af vægt o.s.v. Vi er nu meget spændte på at evaluere vores projekt og præsentere det for politikerne. Vi skylder TRYG fonden og Foreningen af Sundhedsplejersker SF10,samt Hørsholm kommune, en stor tak for at have sponsoreret og givet os fri til vores studietur, samt økonomisk mulighed for at udgive en rapport om vores projekt, som vi forventer udgivet i efteråret 2009. Vi skylder også sundhedsplejerske Merethe Vinter, Thisted kommune en stor tak for inspiration til vores australiens tur og som kontaktperson til Carolyn Briggs. Se også Sundhedsplejersken nr. 1, februar 2008.

Se lederen s. 5:"Hjemmebesøget" og "Sundhedsplejerskens" hjemmeside: "Sundhedsplejersken på hjemmebesøg – er det så vigtigt?" af Jette Rasmussen.

Har du en kommentar til sundhedsplejerskens hjemmebesøg, modtager vi det gerne til "Sundhedsplejersken" og www.Sundhedsplejersken/info – under debat. (red.)

Af regionssundhedsplejerske MPH Ingeborg Kristensen, Region Midtjylland.

Sociale forskelle i sundhed for svangre, børn og unge.

– Hvordan ser det ud?

Definering af social ulighed i sundhed for svangre, børn og unge

I forhold til sociale forskelle i sundhed for svangre, børn og unge har vi valgt at se på forskelle i sundhed mellem børn af forældre i forskellige socioøkonomiske grupper og forskel i sundhed mellem vordende forældre i forskellige socioøkonomiske grupper.

Forældrenes socialgruppeplacering kan defineres ved forskellige socioøkonomiske forhold som forældrenes erhverv, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelse, eneforsørger eller toforsørgerfamilier, indkomst, materielle goder, økonomi mm.

Statens Institut for Folkesundhed placerer oftest forældre i 6 socioøkonomiske grupper ud fra forældres uddannelse, erhverv og indkomst.

Hansens socialgruppeinddeling, 1984.

Forskning om sociale forskelle i sundhed

Forskning om social ulighed i sundhed viser, at der er en social stratifikation.

Dette ses som en gradient, hvor de højst placerede socialgruppers børn er mindst syge, dem i midten har en nogenlunde middel sygdomsforekomst, og de lavest placerede har en høj sygdomsforekomst. Undersøgelsen er foretaget ved en forløbsundersøgelse på 25 år af offentlige ansatte briter.

Kilde: Marmot, 1996.

Sådan et mønster findes i også i danske undersøgelser, både når der er målt på sundhed, sygelighed og sundhedsadfærd.

Markører for sundhed og sygelighed ved livets begyndelse

Jeg har valgt at se på følgende tre markører for sundhed og sygelighed ved livets begyndelse: for tidlig fødsel, lav fødselsvægt og spædbarnsdødelighed.

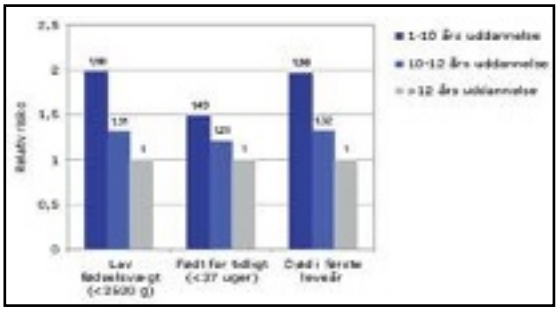
- For tidlig fødsel (før 37 fuldendte svangerskabsuge)
- Lav fødselsvægt (fødselsvægt under 2500 g)
- Spædbarnsdødelighed (antal levendefødte børn, der døde i det første leveår per 1000 levendefødte).

Social status præger børns sundhed fra fødslen

Når en kvinde fra en af de dårligst stillede sociale grupper i Danmark føder et barn, er der større risiko for, at barnet har lav fødselsvægt, bliver født for tidligt eller dør.

Som vist i figuren har børn født af mødre med kort uddannelse dobbelt så stor risiko for at veje mindre end 2500 gram ved fødslen, og dobbelt så stor risiko for at dø inden for det første leveår sammenlignet med børn født af veluddannede mødre. Risikoen for at blive født for tidligt er endvidere en halv gang større for børn født af mødre med kort uddannelse end børn født af veluddannede mødre.

Relativ risiko for børn født i 2003 for lav fødselsvægt, for tidlig fødsel og død i første leve år, i relation til moderens uddannelseslængde



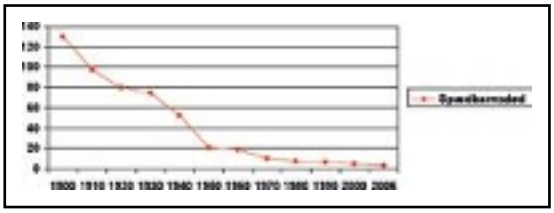
Kilde: Det Medicinske Fødselsregister og Danmarks Statistiks, 2008.

Spædbarnsdødelighed gennem de sidste 100 år

Gennem de sidste 100 år er der sket et betydeligt fald i spædbarnsdødeligheden. I 1900 var spædbarnsdødeligheden 133 per 1000 levendefødte og i 2006 er den på 3,8 per 1000.

Som det kan ses i figuren, er det største fald i 1940'erne. Det store fald kommer efter der blev fokuseret på at forebygge den høje danske spædbarnsdødelighed ved at indføre to nye programmer. Den nye organisering og øgede indsats i svangreprofylakse blev indført i 1940, og sundhedsplejerskeordningen blev indført i 1937.

Spædbarnsdødelighed per 1000 levendefødte fra 1900 til 2006



Kilde: Det Medicinske Fødselsregister

Flere børn fødes for tidligt men de har større chance for at overleve

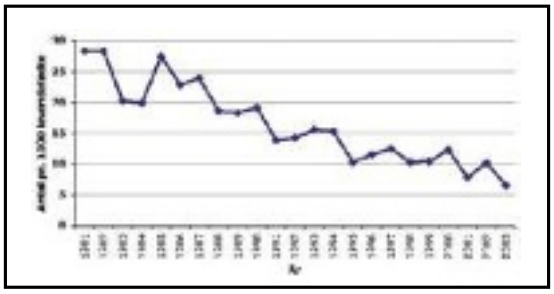
Gennem de sidste to årtier er antallet af for tidligt fødte børn i Danmark steget fra 2258 børn i 1981 til 4557 i år 2003, men generelt er for tidligt fødte børns chancer for at overleve blevet markant bedre. Langt de fleste for tidligt fødte bliver imidlertid født moderat for tidligt, hvilket vil sige, at de bliver født mellem 32. og 36. svangerskabsuge.

Neonatal dødelighed pr. 1000 levendefødte for moderat for tidligt fødte

I perioden fra 1981-2003 er der for de moderat for tidligt fødte sket et kraftigt fald i den neonatale dødelighed, som er dødeligheden i de første 27 dage efter fødslen. Dødeligheden er faldet fra et niveau på omkring 25 pr. 1000 levendefødte i starten af 1980erne til et niveau under 10 pr. 1000 levendefødte siden år 2001.

Nogle af årsagerne til, at der er en øget hyppighed af moderat for tidligt fødte børn er en fordobling af antallet af tvillingegraviditeter som følge af IVF behandling samt en ændring af levendefødtskriteriet (abort grænsen) fra 28 unge til 24. uge.

En vigtig årsag til den faldende dødelighed er forbedret behandling umiddelbart efter fødslen på landets neonatalafdelinger. Langt de fleste for tidligt fødte klarer sig ligeså godt som jævnaldrende, der blev født til tiden, med hensyn til uddannelse, beskæftigelse og subjektiv livskvalitet.



Kilde: Det Medicinske Fødselsregister, 2004.

Danmark klarer sig dårligt i Norden

Et barn, som blev født i Danmark i 1981 af en mor, der alene havde en grundskoleuddannelse, vejede i gennemsnit 74 gram mindre end et barn født af en mor med en mellemlang eller lang videregående uddannelse. I 2000 var forskellen blevet forøget til 103 gram. Mens den sociale ulighed i fødselsvægt i Finland, Norge og Sverige var konstant fra 1981 til 2000, så er den forøget betydeligt i Danmark i samme periode.

Forskningen har påvist, at jo længere moderens uddannelse er, desto mere vejer barnet ved fødslen.

I 1981 var den sociale ulighed i fødselsvægt størst i Norge, mens uligheden var lavere i Danmark og Sverige. Men i løbet af 80erne og 90erne blev den sociale forskel i fødselsvægt forøget i Danmark, mens den var relativ konstant i Finland, Norge og Sverige.

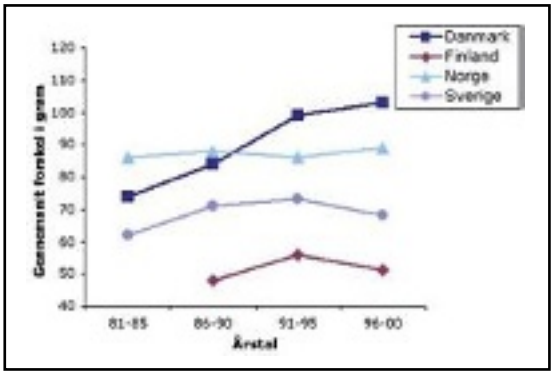
En af flere mulige forklaringer på, at mødre med en kort uddannelse føder mindre børn i Danmark end særligt Sverige og Finland, er, at rygning blandt

gravide er mere udbredt i Danmark og, at det i særlig høj grad er mødre med kort uddannelse, som ryger.

Den sociale ulighed i fødselsvægt i Danmark, Finland, Norge og Sverige 1981-2000

Gennemsnitlig forskel i fødselsvægt mellem børn født af mødre med en mellemlang eller lang videregående uddannelse og børn født af mødre, der alene har en grundskoleuddannelse.

Værdier over nul angiver, at børn, hvis mødre har en mellemlang eller lang videregående uddannelse, vejer mere ved fødslen.



Kilde: Statens Institut for Folkesundhed, 2008.

Den sociale ulighed i spædbarnsdødelighed er øget gennem de seneste 100 år

I mere end 100 år har det været erkendt at socioøkonomiske forhold har betydning for spædbørns overlevelse. I 1882 undersøgte Theodor Sørensen spædbarnsdødeligheden i Danmark i relation til fødekvindernes uddannelse og han påviste at dødeligheden var højere i de laveste sociale lag. Den ulighed er øget i dag.

Kilde: Sørensen 1882, Helweg-Larsen 1999.

Simple forholdsregler forebygger vuggedød

For 15 år siden døde der årligt knap 120 spædbørn. De blev uventet fundet døde i deres seng efter at være lagt til at sove.

I dag er antallet af vuggedødsfald faldet til ca. 20 dødsfald årligt. Forskning påviste, at der er følgende stærke risikofaktorer for vuggedød: at lade spædbarnet sove på maven, at ryge i graviditeten samt at udsætte spædbarnet for tobaksrøg og at begrænse spædbarnets mulighed for at komme af med overskydende varme..

I 1991 ændrede Sundhedsstyrelsen derfor sin rådgivning til nybagte forældre.

Herefter viste sig et hurtigt fald i hyppigheden af vuggedød fra 1,8 pr. 1000 levendefødte i 1991 til 1,2 i 1992. Faldet fortsatte de følgende år, og hyppigheden er nu stabil på 0,3 pr. 1000 levendefødte.

I forhold til at følge anbefalingerne er der ingen sociale forskelle i lejring af barnet, men det er der i forhold til rygning og passiv rygning hvor de laveste sociale grupper der ryger mest.

Forebyggelse af pludselig uventet vuggedød er et eksempel på, at tværfaglig indsats har effekt, når forældre får samme rådgivning hos jordemødre, almen praksis, barselsafdelingerne og sundhedspleje. Effekten kan også aflæses i figuren side 2 om spædbarnsdødelighed per 1000 levendefødte.

Kilde: Karin Helveg-Larsen, Dødsårsagsregisteret, 2004.

Ulige social fordeling af børn med langvarig sygdom

I Sundhed og sygelighedsundersøgelsen blev forældrene spurgt om barnet havde nogen langvarig

sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse. Det havde 16,4 % af børnene, og de 2,6 % heraf havde to eller flere langvarige sygdomme.

Børn med langvarig sygdom fordelt efter forældrerens socioøkonomiske gruppe.

Socioøkonomisk gruppe	Procentdel af børn under 16 år der har en langvarig sygdom
Selvstændig uden ansatte	10,5%
Selvstændig med ansatte	12,3%
Funktionær, gruppe 1	12,7%
Funktionær, gruppe 2	16,1%
Funktionær, gruppe 3	17,3%
Faglært arbejder	16,8%
Ikke-faglært arbejder	18,6%
Arbejdsløs	19,1%
Under uddannelse	16,5%
Førtidspensionist	18,3%
Kontanthjælp	21,5%

De langvarige sygdomme omfattede et bredt spektrum af sygdomme. De hyppigst anførte: astma eller astmatisk bronkitis, kroniske mellemørelidelser og børneeksem. Også en række sjældnere sygdomme blev anført: leddegigt, medfødte hjertesygdomme, medfødt ganespalte og DAMP.

Som set i tabellen er der dobbelt så mange syge børn i de laveste sociale grupper end der er i de øverste sociale grupper.

Kilde: Anne Nielsen, Sundheds- og sygeligheds-undersøgelsen, 2000 og 2005.

Social ulighed i børns hospitalsindlæggelser har været kendt i mere end 50 år

I 1950erne påviste Vagn Christensen sammenhæng mellem boligforhold og børns sygelighed (hospitalsindlæggelser). Børnene var ganske almindelige danske socialt belastede børn fra halvtredserne, de var ikke blot ofre for elendige boligforhold, men mange af dem var udsat for et helt sæt belastende livsbetingelser.

En efterundersøgelse 30 år efter viste, at børnene som nu var voksne, havde halvanden gange så mange hospitalsindlæggelser på somatiske afdelinger, dobbelt så mange indlæggelser på psykiatriske afdelinger, tre gange så mange tilfælde af kriminalitet og fem gange så mange arbejdsløse som referencegruppen.

Kilde: Vagn Christensen, 1956.
Tavs Folmer Andersen, 1991.

Skolebørns helbred og sundhedsadfærd fordelt efter forældrenes socialgruppe

Skolebørnsundersøgelsen

Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet har siden 1982 foretaget Skolebørnsundersøgelsen cirka hver 4. år. Målet er at beskrive skolebørns sundhed i alderen 11, 13 og 15 år.

Som der kan ses i tabellen har skolebørn fra lavere socialgrupper højere forekomst af risikoadfærd og trivselsproblemer end skolebørn fra de højeste socialgrupper.

Som ses i figuren næste side dyrker 53% af børn og unge i de højeste social grupper mindst 4 timers hård motion ugentligt mod 39% i de laveste sociale grupper.

Procent af elever med forskellige sundhedsindikatorer fordelt efter familiesocialgruppe

Familiesocialgruppe			
	1-2	3-4	5-6
Høj livstilfredshed	40%	38%	36%
Kan meget godt lide skolen	28%	25%	27%
Bliver mobbet mindst ugentlingt	3%	5%	7%
Har mobbet andre mindst ugentligt	2%	3%	5%
Børster tænder mindst 2 gange dagligt	83%	79%	71%
Dyrker mindst 4 timers hård motion ugentligt i fritiden	53%	44%	39%
Spiser frugt dagligt	67%	56%	55%
Spiser grøntsager dagligt	69%	56%	48%
Ryger dagligt	3%	4%	5%
Drikker sodavand dagligt	14%	17%	22%
Drikker alkohol mindst ugentligt	12%	11%	10%
Overvægt	7%	9%	10%

Kilde: HBSC: Holstein og Due 2006.
www.HBSC.dk

Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995

Socialforskningsinstituttet har fulgt 6000 børn født i 1995 og interviewet forældrene om forskellige sociale og sundhedsmæssige forhold, da børnene rundede 5. måneder, 3 år og 7 år.

Målet er at beskrive børns opvækstvilkår og udvikling fra fødslen til voksenalderen.

Konklusionen ved børnenes 7 års alder er, at de fleste børn synes at have et godt liv, mens en mindre del har en række vanskeligheder. Tendensen er, at flere forskellige vanskeligheder ofte findes hos de samme børn og i de samme familier. Omkring 20 procent er børn fra familier med få sociale ressourcer, og de har markant flere problemer end andre børn på alle de undersøgte områder.

Kilde: Else Christensen, 2004.

Gode relationer i de miljøer børn færdes

Sundhed som påvirkes af relationen mellem forældre og børn: Adfærdsproblemer, depression, angst, alkohol, misbrug, fedme, hjerte – kar sygdomme, dødelighed.

Stewart-Brown, 2008

Spædbørnsforskningen har vist, at det er i relation til andre, at spædbarnets psykiske og sociale kompetencer udvikles. Studier viser, at kvaliteten af tilknytning har tydelig sammenhæng med barnets fortsatte psykologiske udvikling. Hvis relationen er god, og forældrene har kunnet besvare spædbarnets behov, øger det sandsynligheden for, at barnet udvikler en tryg tilknytning. Hvis den voksne derimod ikke lykkes med relation i barnets første levemåneder, har moren fx af forskellige årsager været utilgængelig, afvisende, eller har hendes gensvar på barnets signaler været mangelfuld eller uforudsigelig, udvikler barnet forskellige typer at utryg tilknytning.

Tilknytningsmønstre er relative stabile fra spædbarnsalderen til voksenalderen. Hermed menes, at den person, som har en tryg tilknytning som spædbarn beholder denne tryghed livet igennem. Forskning viser, at forældre, der selv har et trygt tilknytningsmønster, har langt større sandsynlighed for at få børn med en tryg tilknytning end forældre med utryk tilknytning.

Hos cirka 20-30 % af spædbørn lykkes tilknytningen til forældrene ikke på en tryg måde. Der er en betydelig social gradient, idet risiko for utryk tilknytning tidobles, hvis familierne har problemer med misbrug, svær sygdom og interne konflikter.

Stern, 2002.

Finsk undersøgelse, Aronen et. al. Forældreprogram med hjemmebesøg i barnets første 5 år havde 20 år senere er reduktion på 40 % af senere udviklet depression. Australsk undersøgelse, Cullen et. al. Rådgivende kontakter med forældreprogram under barnets første 5 år viste at ved 27-29 års alderen var der en reduktion på 37% af depressive symptomer hos de unge kvinder.

Bremberg, 2008.

De store folkesygdomme har mange samvirkende årsager i arv, miljø og adfærd. Årsager i miljø og adfærd hober sig op hos familier med kort uddannelse og lav indkomst. Indsats tidligt i livet mindsker sårbarheden for sygdom senere i livet.

Diderichsen, 2008.

Konklusion

Der er betydelige sociale forskelle i sundhed mellem børn af forældre i forskellige socioøkonomiske grupper og forskel i sundhed mellem vordende forældre i forskellige socioøkonomiske grupper.

Der er tale om en gradient – jo, højre forældre er placeret i de sociale lag – jo bedre er forældres og børnenes sundhed.

Udviklingen over tid.

Der er en øget sundhed for alle sociale lag, men der er en tendens til svag stigning i ulighed i sundhed over tid. Uligheden er øget, fordi stigningen er størst for de højeste sociale lag.

De sociale forskelle i sundhed for denne målgruppe i Danmark er stort sammenlignet med andre nordiske lande.

Hvad kan vi gøre?

Der er utrolig mange arenaer for forebyggende og sundhedsfremmende indsatser der kan iværksættes i forhold til sociale forskelle for svangre, børn og unge. Jeg har valgt at sætte fokus på hvad de sundhedsprofessionelle kan gøre i det forløb der starter med graviditet, fødsel, barsel, familiedannelse, barn – og ungdom.

Generelle indsatser

Generelle forebyggende sundhedsfremmende indsatser for alle.

Eksempler:

- Fødsels- og familieforberedelse tilbydes alle.
- Støtte indsatser, som fremmer amning.
- Støtte indsatser, som fremmer relationerne i familien og hvor børn færdes.

Sundhedspolitik

Opprioritering af sundhedspolitik med indsatser, der gør det let at have en sund adfærd og svært at have en usund adfærd.

Eksempler der har effekt på børn med overvægt:

- Skolebørn skal være ude i frikvartererne.
- Sodavandsautomater skal ud af skolen mm.

Tværfagligt samarbejde

- Opprioritere samarbejde mellem almen praksis, jordemødre, barselsafdelinger, børneafdelinger og sundhedsplejen.
- Fælles skolebænk
- Ensartede informationer.

Opprioritering af indsats for sårbare gravide og sårbare familier

- Indsats rettet mod tobak, alkohol, kost og motion.
- Indsats rettet mod at skabe gode relationer mellem forældre og barn og mellem børn og de miljøer hvor børn færdes.
- Forældreprogrammer som Marte Meo, De utrolige år, Klar til barn ol.
- Familieambulatorium med indsats rettet mod gravide misbruger.

Sundhedspædagogik

At sundhedsprofessionelle uddannes i evidensbaserede sundhedspædagogiske metoder der sætter deltageren i centrum, og hvor det er målet, at deltageren fremmer sin egen sundhed. Metoder, der har fokus på, at deltageren udarbejder en handleplan, træner evnen til problemløsning, danner netværk og styrker troen på egne evner til at gennemføre en bestemt

Adfærd for at opnå et bestemt mål.

Eksempler:

- Den motiverende samtale
- Du bestemmer metoden
- Værdsættende samtale
- Den gode samtale

Kvalitetssikring, dokumentation og forskning i forebyggelse og sundhedsfremme

Monitorering

Monitorering af børns sundhed

- I et samarbejde mellem kommuner og region opsamles data fra sundhedsplejerskernes elektroniske journaler på udvalgte indikatorer fra 1.april 2009.

Forskning

- Forskning i forebyggende og sundhedsfremmende interventioner.
- Betydning af familieforberedelse.
- Opprioritere dokumentation og forskning i interventionen rettet mod sårbare gravide og sårbare familier.

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

FOKUS PÅ SOLEN

"Skru ned for solen mellem 12 & 15. Sådan lyder det overordnede råd i en kampagne fra Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse og TrygFonden. Kampagnen kører i maj måned og henvender sig i år især til familier med hjemmeboende børn. Den skal hjælpe befolkningen til at færdes i solen med omtanke, så de får det nødvendige lys og D-vitamin, men samtidig undgår at blive solskoldede og få for store livstidsdoser af UV-stråling, der kan udvikle kræft i huden.

SNAK OM SOL MED BØRN OG UNGE

Forekomsten af almindelig hudkræft stiger voldsomt. Forekomsten af modermærkekræft er også steget, og stigningen ses her også blandt børn og unge. Derfor er der god grund til at tage emnet op med forældre, børn og unge, så de ved, hvordan de kan beskytte sig mod skadevirkninger fra solen og samtidig komme ud og røre sig og nyde det gode vejr om sommeren.

SIESTA, SOLHAT, SOLCREME, SLUK SOLARIET

Det er de fire råd der er hovedbudskabet i kampagnen.

SIESTA

Pas på den stærke sol midt på dagen - når UV indexet er 3 eller derover. Indexet kan man bl.a. se i vejrudsigten i TV. Børn og unge kan godt være udendørs i dette tidsrum, men de skal ikke være ret længe direkte i solen, og på legepladser skal der fx være mulighed for at søge skygge. Kræftens Bekæmpelse har på hjemmesiden www.skunedforsolen.dk konkrete forslag til både skoler og daginstitutioner bl.a. om, hvordan legepladser kan indrettes.

SOLHAT

Undgå at blive skoldet ved at anvende solhat og dække bar hud til med tøj, når solen står højest. Tætvævet, men ikke for varmt tøj er bedst.

SOLCREME

Brug rigeligt med solcreme med en mellemstyrke som faktor 15 under danske forhold. Solcreme med højere faktor er dog påkrævet i lande nærmere ækvator. Børn og unge bør advares om, at lige meget hvor meget solcreme de smører på, bør de aldrig ligge og "stege" i stærk sol. Sundhedsstyrelsen har særlige råd til anvendelse af solcreme i daginstitutioner, der bl.a. handler om hvilken solcreme, man kan bruge og hvor ofte børn skal smøres ind. Du kan finde mere information på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk under solbeskyttelse.

SLUK SOLARIET

UV lys fra solarier giver også risiko for kræft i huden. Sundhedsstyrelsen fraråder derfor anvendelse af solarier til kosmetiske formål, og børn og unge under 18 år frarådes helt at anvende solarium.

Råd til nye forældre

Helt små børn, som ikke kan gå eller kravle, bør aldrig være i direkte sol. Når helt små børn ikke opholder sig i solen, er solcreme sjældent nødvendigt. Hvis man vil sikre sig mod genskin fra for eksempel havet eller fra hvidt sand, kan man dog smøre solcreme på kinder, næse og håndrygge.
I forbindelse med kampagnen er der blevet udarbejdet en række faktablade, hvor Dansk Dermatologisk Selskab, Miljøstyrelsen og Danmarks Meteorologiske Institut også har medvirket, se www.sst.dk under solbeskyttelse.

Kontaktperson: Afdelingslæge Lis Keiding, Sundhedsstyrelsen lke@sst.dk.

Sundhedsstyrelsen orienterer april 09

Svangreomsorg og lægeundersøgelse af nyfødte

Anbefalingerne for svangreomsorg er politisk tiltrådt og vil blive udgivet i slutningen af april 2009, hvor anbefalingerne kan ses på www.sst.dk. Med de nye anbefalinger følger, at den rutinemæssige pædiatriske undersøgelse af alle raske nyfødte bortfalder, ligesom en uges undersøgelsen ved praktiserende læge for børn født hjemme eller ambulant. Stetoskopi af hjerte og lunger samt undersøgelse af puls i femoralarterierne udgår pga. meget lav sensitivitet for påvisning af hjertesygdom. Alle børn, som frembyder symptomer eller hvor jordemoderen er i tvivl om barnets tilstand, vil naturligvis fortsat blive undersøgt af en læge. Bortfaldet af lægeundersøgelse betyder ikke nye opgaver for den kommunale sundhedstjeneste. Sundhedsplejerskerne skal besøge familierne i henhold til kommunens besøgsprofil og Sundhedsstyrelsens gældende anbefalinger og henvise til praktiserende læge som hidtil, såfremt de vurderer, at barnet kan være sygt ved de første besøg.

Om jern tilskud

Der har gennem den seneste tid været en del henvendelser om jerntilskud til spædbørn på baggrund af medieomtale af nogle svenske undersøgelser, som viste, at jerntilskud til spædbørn gav risiko for væksthæmning. Sundhedsstyrelsen har vurderet de svenske undersøgelser og har ikke fundet anledning til at ændre på de danske anbefalinger.

I Sverige og Norge får børnene i langt højere grad end i Danmark modermælkserstatning, til de er 1 år eller ældre. Modermælkserstatning er tilsat jern, og såfremt barnet får 400 ml modermælkserstatning i døgnet er det ikke nødvendigt at give jerntilskud. Da barnet har opbrugt de medfødte jerndepoter ved 6 måneders alderen og først får tilstrækkelig med jern i kosten ved 1 års alderen, anbefales i Danmark jerntilskud, såfremt barnet altså ikke får 400 ml modermælkserstatning i døgnet. Jern har stor betydning for barnets vækst og trivsel, herunder sygelighed, hvorfor det er vigtigt, at barnet får jerntilskud i den beskrevne periode.

Hvis forældrene er utrygge ved at give jerntilskud kan de give 400 ml modermælkserstatning dagligt frem til barnet bliver 1 år, så undgår de at give jerntilskud i form af dråber /pulver.

Ny pubertetspjece

En længe ventet publikation er nu på gaden, idet SST i slutningen af marts udgav hæftet "Teenageguide". Hæftet er til brug for sundhedsplejersker og andre, der skal tale med unge teenagere om pubertet. Hæftet er gratis og kan rekvireres mod ekspeditionsgebyr hos Sundhedsstyrelsens Publikationer c/o Schultz Information tlf. 70 26 26 36.

Om satspuljen "Kommunens plan mod overvægt".

Sundhedsstyrelsen har udvalgt 10 kommuner til støtte via 3. og sidste udmøntning af satspuljen "Kommunens plan mod overvægt".

Satspuljen har til formål at støtte kommunale indsatser målrettet overvægtige børn og unge og deres familier. I alt har Sundhedsstyrelsen i 2008 udmøntet 15 mio. kroner, hvilket er godt en sjettedel af det beløb, som 43 af landets kommuner har søgt om. Fælles for projekterne er, at de skal sikre forebyggelsen af overvægt hos børn og unge med særligt fokus på udsatte familier.

Formålet med projekterne i 3. udmøntning er at afprøve, hvilken betydning en styrket indsats i den kommunale sundhedstjeneste har, i forhold til at reducere eller stagnere den negative udvikling af overvægt hos børn og unge fra fødslen og op til 18 år. De støttede projekter afdækker forskellige bud på modeller og metoder til at sikre en systematisk og vedholdende indsats i den kommunale sundhedstjeneste, der blandt andet skal søge at mobilisere familiens/barnets egne ressourcer og handlekompetence i forhold til at håndtere deres overvægtsproblem.

De udvalgte kommuner er:

- Greve Kommune
- Esbjerg Kommune
- Ålborg Kommune
- Århus Kommune
- Tønder Kommune
- Struer Kommune
- Køge Kommune
- Vejen Kommune
- Fredensborg Kommune
- Roskilde Kommune

Sundhedsstyrelsens gode råd i varmen

Nu nærmer foråret og sommeren sig, og dermed kan der også komme varme- og hedebølger. Man taler om en hedebølge, når middelværdien af de højeste registrerede temperaturer målt over tre sammenhængende dage overstiger 28 °C. Spædbørn og småbørn kræver særlig opmærksomhed i varmen, og de er afhængige af de voksnes hjælp. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet nogle råd, der er målrettet forældre og personale, der har med spædbørn og småbørn at gøre.

Tilbyd rigeligt at drikke

I varmen har både børn og voksne et øget væskebehov. Væskebehovet er særligt stort, hvis man er fysisk aktiv i varmen. Forældre og personale må være opmærksomme på, børn ikke altid giver udtryk for tørst og må derfor jævnligt tilbyde barnet noget at drikke og også medbring drikkevarer, når man er på tur. Spædbørn kan ammes hyppigere og forældrene kan evt. give koldt vand på sutteflaske eller kop som supplement til den sædvanlige mad og drikke. Hvis barnet er under 4 måneder skal vandet koges, efter fire måneder kan barnet få vand fra vandhanen. Den bedste målestok for barnets væskebalance er bleernes tyngde og urinens farve.

Hold kroppen afkølet

Løstsiddende tøj af bomuld og materialer, der er specielt beregnet til at svede i, er den foretrukne påklædning. Varmt tøj og tøj, der ikke tillader kroppen at ånde, skal man helst undgå. Det er vigtigt, at børn har solhat af lyst stof på i solskinsvejr både for at beskytte mod solen, men også for at beskytte hovedet mod opvarmning. Hvis barnet sover i krybbe eller barnevogn udendørs, bør man tjekke temperaturen i barnets nakkefold jævnligt for at sikre sig, at barnet ikke er for varmt. Forældre og personale må være opmærksomme på ikke at sætte barnevogn eller krybbe ud i direkte sol, da der kan blive meget varmt under kalechen.
Sørg for at der er mulighed for at søge skygge. Børn, der opholder sig udenfor i varmt vejr, bør have muligheden for at kunne søge ophold i skygge, det gælder både på legepladsen, stranden eller i haven.

Efterlad aldrig et barn i en parkeret bil

I en parkeret bil kan temperaturen blive meget høj, meget hurtigt. Efterlad derfor aldrig et barn i en parkeret bil, heller ikke hvis den står i skyggen og vinduerne er åbne.
Se i øvrigt www.sst.dk.

Børnemonitorering

Sundhedsstyrelsen og Kommunernes Landsforening samarbejder om pilotprojektet "Etablering af en national database om børns sundhed". Formålet er at opbygge en fælles offentlig database om børns sundhed baseret på data fra de forebyggende børneundersøgelser hos praktiserende læge, sundhedsplejerske og kommunalt ansat læge. Pilotprojektet er først og fremmest et IT-teknisk projekt og vi har derfor valgt at starte op med få indikatorer, som beskrevet i bilaget.
Pilotprojektet er nu nået til den fase, hvor den systematiske indsamling af data til Sundhedsstyrelsens børnedatabase afprøves fra 1. april 2009 og resten af året. Indberetningerne vil foregå automatisk fra de elektroniske journaler.
For at sikre en så ensartet registrering som muligt, har Sundhedsstyrelsen udarbejdet standarder for hver indikator.
På sigt skal databasen udvides med flere indikatorer og i den forbindelse vil Sundhedsstyrelsen nedsætte et lille udvalg/arbejdsgruppe.
Sundhedsstyrelsen vil informere igen, når der sker nyt og når vi går over i drift, hvor det er meningen, at indberetninger til børnedatabasen skal afløse ydelsesstatistikken.

Litteraturanmeldelser

Titel: Coaching i praksis.
Forfatter: Birgitte Jepsen
Forlag: Academia, Århus 2008
Pris: 325 kr.
ISBN: 978-87-7675-716-8.

Coaching i praksis er en fornøjelse at læse fra start til slut. Birgitte Jepsen guider læseren gennem en teoretisk og praktisk indføring til coach verdenen, fint fulgt op af praksis nære cases fra den virkelige verden samtidig med at læseren får en velassorteret værktøjskasse i hånden med alt til faget hørende.

Birgitte Jepsen skriver i begyndelsen af bogen, at kravet til det enkelte menneske er steget voldsomt og der er mange forventninger at leve op til, ikke mindst til os selv. Dette både i privat livet som på job. Birgitte skriver, at den coachende kommunikation efterhånden er blevet en form eller en metode, som kan anvendes til at understøtte og udvikle andre kompetencer end de faglige. Vi har på arbejdsmarkedet satset på det tekniske og nu er mennesket i sig selv igen blevet interessant. Vi har brug for at blive mødt som de mennesker vi er.

Birgitte Jepsen`s holdning til coachbegrebet løber som en rød tråd gennem hele bogen, hvor hun veksler mellem den teoretiske baggrund for coaching, praktiske eksempler fra coachverdenen samt præsenterer en værktøjskasse med adgang til alle de spændende coach værktøjer, der kan anvendes i coaching.

Bogen er skrevet i et herligt sprog, den ene side tager den anden og man sidder som læser og glæder sig over hvordan teksten er formuleret så ordene giver mening og indholdet bliver overførbart til egen hverdag.

Værktøjskassen er parat, fuld af spændende coach metoder indenfor kommunikation og praksis. Nogle metoder nemme at bruge, selv for den ikke uddannede coach andre metoder kræver en dybere indsigt i coach begrebet.

Bogen kan anbefales til alle. Til dem som vil introduceres til coaching uden for kendskab og til den uddannede coach , som gerne vil opfriske metoder og få nye ideer i arbejdet som coach . Bogen et godt opslagsværk, hvor man på kort tid kan få overblik over coachmetoder, skemaer og eksempler.

Titel: Multisystemisk behandling af antisocial adfærd hos børn og unge
Forfatter: S. W. Henggeler et. Al.
Forlag: Dansk Psykologisk Forlag 2007
Sideantal: 397
ISBN: 8777060865 / 87-7706-086-5

Bogen er en meget grundig og omfattende indføring i multisystemisk terapi og behandling. Den første del af bogen koncentrerer sig om at beskrive fundamentet for den multisystemiske teori. Og i resten af bogen gennemgås selve behandlingsmetoderne grundigt og underbygges af cases.

De ni behandlingsprincipper gennemgås nøje, samtidig med at man, som læser også gives redskaber til supervision af den multisystemiske behandling.

Bogen kommer ind på forskellige metoder til behandling. Vi får en grundig indførsel i, hvordan man udreder funktionen i familien, intervenerer i familien, ændrer forholdet til kammerater og fremmer faglige og sociale færdigheder i skolen.

Bogen er ikke nemt læst, og det endda selv om den er spækket med cases. Den kan virke noget lang idet den er så grundig og den burde være en del af enhver familieterapeuts baggrundsviden. Som sundhedsplejerske er bogen også relevant idet vi oplever børnene og de voksne i mange forskellige sammenhænge og sammenspil, og den giver os nogle ideer til at hvordan vi kan arbejde med alt det som involverer barnet/familien som en helhed. Så min mening er helt klart, at det er en god bog at læse hvis man vil vide mere om multisy-

stemisk behandling, samt mangler nogle redskaber i forbindelse med samtaler med familier og unge mennesker hvor der er uoverstigelige problemer i den unges hverdag.

Titel: Alkospillet – en bog om pårørende til alkoholikere
Forfatter: Karen Søndergaard Jensen
Forlag: Kallisto
Sidetal: 236
ISBN:87-990521-4-8

Forfatteren indleder bogen således …

Når et alkoholmisbrug er tilstede, har det voldsomme konsekvenser for den alkoholiserede. Ikke blot sker et fysisk forfald, men også en ændret psyke, med deraf følgende personlighedsændring. Ud over alkoholikeren selv, påvirkes mange andre, herunder ægtefælle, familie, venner, kolleger etc. Disse fanges ind i en problematik, de ikke selv har valgt, og som de ofte ikke kan overskue.

Bogens perspektiv er rettet imod pårørende til en alkoholiker og giver et indblik i de tanker og følelser, der opstår i den forbindelse. Den er skrevet som fiktion men bygger på autentiske beretninger. Bagerst i bogen er fakta omkring alkohol samt henvisninger for den pårørende.

I bogen følges Alice og Line historier, begge lever med en alkoholiseret partner. Den ene vælger at forlade ham, den anden vælger at blive. De tanker og følelser begge kvinder gennemgår beskrives, herunder den illusion, der søges opretholdt, følelsen af kaos, skyld, skam, fornægtelse og ikke mindst erkendelsen af at man ikke kan hjælpe et menneske, der ikke erkender det har brug for hjælp.

Bogen er medrivende og tankevækkende læsning og kan varmt anbefales til alle, der ønsker indblik i de konsekvenser det har at være pårørende til en alkoholiker.

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

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
4. maj 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
Annonce-deadline 16. maj

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

POST B
PP DANMARK

"Returneres ved varig adresseændring"