



Nr. 2 | april 2010
32. årgang

Sundhedsplejersken

FAGLIGT SELSKAB FOR SUNDHEDSPLEJERSKER

WWW.SUNDHEDSPLEJERSKEN.INFO



Hjemme-
besøget



5 Leder

6 Opslagstavle

Nyt fra bestyrelsen

8 Kandidater til Årets Sundhedsplejerske

9 Præsentation af opstillede kandidater til bestyrelsen

Hjemmebesøget

10 Skal helsesøster tilbyd hjemmebesøg til alle foreldre med nyfødt barn?

Fag

24 Hvordan kommunikerer vi? Om sundhedskommunikation i Grønland.

30 Synlig sundhedspleje.

36 Konferencen: "I hjertet af skolesundhedsplejen"

40 Shared Care.

44 Udfordringer for sundheds- og sygeplejersker i Ghana.

Faglitteratur

50 Etisk håndværk

50 Skjulte lidelser.

51 Sov igennem uden gråd

Nyt fra Sundhedsstyrelsen

52 Nye anbefalinger for D-vitamin

52 Reviderede anbefalinger har været i høring

52 Nyt produkt til forebyggelse og behandling af mælkeallergi

52 Orlov



*Fokus på Sundhedsplejersken!
Af Ole Hein Pedersen kunstner og fotograf,
www.3generationer.dk
"Fotografier er til for at blive forstået.
Set med forstanden og mærket med maven.
Jeg ønsker at mine billeder indeholder begge
dele. Klarsynet og indlevelsen."*



Synlig sundhedspleje – synlige kompetencer



Ressourcen i en sundhedsplejeordning, en hjemmepleje eller en anden offentlig serviceinstitution består næsten udelukkende af medarbejdernes kompetencer til at løse en aktuell opgave. Det gør medarbejderkompetencer til en meget værdifuld størrelse. Det er ledelsens opgave at kende denne værdi, at udfordre medarbejderen, så denne yder sit bedste, samt at tage vare på at vedligeholde og forbedre de givne kompetencer.

På den anden side skal ledelsen også internt i den kommunale kontekst vise og bevise nytten eller effekten af at bruge medarbejdernes kompetencer til fulde. Dette er gældende i forhold til den nærmeste ledelse, men især i forhold til folkevalgte kommunalpolitikere, som i den sidste ende sætter dagsordenen og har råderet over kommunens budget. Sådan har det ikke altid været, men der er i dette årtusinde nye toner i den kommunale virkelighed, hvor værdier ikke er "det vi plejer at gøre" eller "det vi tidligere har vist var en god idé". Værdier gøres op efter nytte og effekt, og alle skal bevise deres værd, for ikke at rammes af sparekniven.

Det har i årevis været almindelig kendt praksis blandt sundhedsplejersker, at mange selv har betalt for både kurser og videreuddannelser. Vilårene for at få en arbejdsgiver betalt kompetencegivende videreuddannelse har kun sporadisk været til stede. Der er også mange eksempler på sundhedsplejersker, som bruger feriedage på at holde læseferie eller skrive opgaver. Dette har dog ikke afholdt sundhedsplejersker fra at gå i gang med f.eks. masteruddannelser. Det hensigtsmæssige i dette vil vi overlade til andre at bedømme, men kollegaer og ledelsens anerkendelse af en sundhedsplejerske med nye kompetencer vil vi sætte lidt spotlight på.

Jantelov eller anerkendelse

Det er vældig motiverende for enhver, når udfordringer på arbejdspladsen er passende. Når anerkendelsen fra kollegaer er tilstede og de nyvundne

kompetencer efterspørges og udnyttes til faglige opgaver. Mange sundhedsplejersker fortæller dog, at de må søge udfordringer udenfor faget, da det føles som om, der ikke er plads til dem længere på den gamle arbejdsplads. Det kan både være lederen og kollegaerne, der tager teten i en ofte usagt dagsorden på en arbejdsplads. På en måde drænes kollektivet for ildsjæle og kompetenceniveauet holdes på et jævnt gennemsnit, hvor ingen stikker hovedet oven over. Er det sådan vi ønsker at belønne en initiativrig medarbejder?

Der findes også anderledes positive og motiverende arbejdsmiljøer, hvor en sundhedsplejerske med nye kompetencer kan få mulighed for at bruge disse og stor støtte dertil fra ledelsen og kollegaerne. Eksempler viser, at dette ofte bliver en arbejdsplads med stor faglig udvikling – og som en gevinst bedre muligheder for at bevise Sundhedsplejens plads i den kommunale virkelighed. Her er desuden grobund for at forskningstiltag kan vokse frem – og der er brug for egen forskning indenfor faget.

Sundhedsplejersker kan noget – både på den generelle bane og i forhold til børn med særlige behov. Med kompetenceudvikling indenfor sundhedsplejerske faget, kan hun være en del af de løsninger der skal til f.eks. omkring overvægtige og fede børn. Alle sundhedsplejersker kan opspore, motivere og følge børn i disse målgrupper for en indsats. Sundhedsplejersker med specialist funktion kan være en del af behandlingen til særligt udsatte børn og unge. Eksempler herpå er gruppetilbud til fødselsdeprimerede mødre, sorggrupper til børn, skilsmissegrupper til børn, tilbud til fede børn ved skolestart, og så videre.

Lad os ikke lægge overlæggeren for lavt – så bliver vi en ligegyldig faggruppe.

Susanne Hede,

Formand for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
Århus, 14. marts 2010

Opslagstavlen

Skriv til Opslagstavlen;
send en mail til
redaktoren@fs10.dk

Kommunen har særlige potentialer når det gælder om at få småbørn og skolebørn til at spise sundere og være fysiske aktive.
Læs mere om sundhed i borgernes hverdag på www.si-folkesundhed.dk



Hver Fjerde 15-årige pige og dreng ryger fortsat

Og begynder man at ryge som ung, er risikoen for at fortsætte med at være ryger stor. Læs mere på www.si-folkesundhed.dk

Erfa-gruppe for sundhedsplejersker der arbejder med efterfødselsreaktioner

Erfa-gruppe for sundhedsplejersker der arbejder med EPDS, efterfødselsreaktioner og gruppetilbud til kvinder med efterfødselsreaktioner og fædrene. Vi mødes næste gang torsdag den 6.5 2010 i Albertslund. Mere information og tilmelding til Lisbeth Johanning. Kontakt: 43 68 66 70 lisbethjohanning@albertslund.dk

Fædre med fødselsreaktion.

Sundhedsplejerskerne i Albertslund har nu screenet mødrene efter EPDS i nogle år og vil nu lave et tilbud til fædrene. Er der nogen der allerede er i gang, som vil inspirere os?
Kontakt: suzanneagerholm@albertslund.dk eller lisbethjohanning@albertslund.dk



Sundhedsplejerskernes forældremagasin Far, mor & børn har eksisteret siden 2003. Det er et succesfuldt projekt, hvor sundhedsplejersker er skribenter til 4 – 6 artikler i hvert nummer.

Der tilgår Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker royalty og vi forventer at dette afkast kan skabe basis for øgede midler til vore legater i FS. Derfor opfordrer vi alle sundhedsplejersker til at uddele bladet i alle relevante sammenhænge.

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

Vi håber at sundhedsplejeordninger fortsat vil vælge at rekvirere FAR MOR OG BØRN- bladet, som et supplerende vejledningsmateriale til forældre, da dette er god PR for vores fag.

– bladet koster fortsat bare 1 kr. pr. stk.

Hvis du ønsker at melde dig som skribent kan du henvende dig til Redaktør Helle Andersen på andersenhelle@webspeed.dk, som kan oplyse dig om honnorar

Mvh. Bestyrelsen for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker.

Mental sundhed.

Alvorlige begivenheder i barndommen øger risikoen for dårlig mental sundhed som voksen. Det viser en ny rapport om voksnes mentale sundheds fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

KONFERENCE FOR FAGPERSONER OG ANDRE INTERESSEREDE

Sorg & krise



På konferencen gennemgås den nyeste forskning i sorg og krise samt dens betydning for professionelles arbejde med mennesker i sorg.

Hovedtalere:
Christian Busch, sygehuspræst på Rigshospitalet
Atle Dyregrov, særkendt norsk krisepsykolog



10.01	Velkommen
10.15-12.30	Atle Dyregrov Nyeste sorg- og kriseteoretiske forskning • Gennemgang af den nyeste sorg- og kriseteoretiske forskning • Hvad er de største forskelle i forskellige kulturelle stædter? • Hvilken betydning har det for fagpersoner, som de efterlader? • Hvad kan fagpersoner bruge den viden til?
12.30-13.15	Frakost
13.15-15.30	Christian Busch Den nødvendige fortælling • Den eksistentielle chaos • Den uretfærdighed • Sorg og krisen fortæller • At være fagligt professionel i et sorgende
15.30-16.00	Afslutning Gennemgang af Landsforeningen til støtte ved Spektakulære tilfælde af frivilligt, planlagt og fagpersoner samt afslutning af dagen

Arrangeres af Landsforeningen til støtte ved Spektakulære tilfælde

www.Sundhedsplejersketelefonen.dk

Klik ind på Sundhedsplejersketelefonens nye hjemmeside. Sundhedsplejersketelefonen er et resultat af samarbejdet mellem rådgivningerne i Midt- og Syddanmark og på Sjælland. Den består af en fælles forside, hvorfra man kan linke sig til de enkelte regioner, der er med. Hver region opbygger sin egen side med relevante oplysninger og forskellig service til børnefamilierne. Det vil bl. a. fremgå, om man bor i en af de efterhånden mange kommuner der tilbyder rådgivning. I region Sjælland og Midtjylland er alle kommuner med i Sundhedsplejersketelefonen.

Deadline næste nummer af Sundhedsplejersken: 27.4.2010



Præsentation af nomineringerne til Årets Sundhedsplejerske 2010

Der er i år 5 flotte nomineringer til Årets Sundhedsplejerske 2010. Nedenstående vil være et kort resume af de indstillede sundhedsplejersker. Der kan læses detaljeret på www.sundhedsplejersken.info

Normeringerne er til vurdering hos Formand Grethe Christensen, DSR, Chefsygeplejerske Ruth Truelsen, SST samt medlem fra Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker. Når indstillingerne er vurderet vil de personer der har indstillet, få direkte besked på beslutningen. Senest 1. april 2010.

Hørsholm Kommune

Sundhedsplejerske Inge Stender har indstillet sundhedsplejerske Lene Norden Bulow og sundhedsplejerske Lene Jakobsen, Hørsholm Kommune til Årets Sundhedsplejerske pris for deres indsats i forhold til deres projekt Børnesundhedsklinikken i Hørsholm Kommune.

Fredericia Kommune

Sundhedsplejerskerne Else Marie Rasmussen og Birgitte Prior Rasmussen har på vegne af sundhedsplejerskerne i Fredericia Kommune indstillet deres leder Sundhedsplejerske Grethe Lyager til Årets sundhedsplejerske. Grethe Lyager indstilles blandt andet for hendes mangeårige indsats med hensyn til at sikre kvaliteten af sundhedsplejen i Fredericia Kommune.

Mariager Kommune

Sundhedsplejerskerne i Mariager Kommune har på vegne af sundhedsplejerske Joan Bach Poulsen indstillet sundhedsplejerske Anni Vester Rytter Mariager Kommune til Årets Sundhedsplejerske. Anni er blandt andet indstillet, da hun med stor succes etablerede Fagligt Forum for Nordjyske Sundhedsplejersker. Dette netværk har sidenhen etableret sig og fremstår i dag som et tilbud til de Nordjyske sundhedsplejersker.

Thisted Kommune

Sundhedsplejerskerne Dora Hvidtfeldt og Annette Birk, Thisted Kommune har på vegne af sundhedsplejerskerne i Thisted indstillet sundhedsplejerske Merethe Vinter til Årets Sundhedsplejerske. Merethe har i år 25 års jubilæum som sundhedsplejerske i Thisted Kommune og har igennem en lang karriere markeret sig med blandt andet hendes store viden om efterfødsels depressioner overalt i landet.

Sønderborg Kommune

Ledende sundhedsplejerske Marianne Gaasvig, chef for afdelingen for sundhedsfremme og forebyggelse Susanne Gyldenlof og journalist i kommunikationsafdelingen Herdis Thomsen Sønderborg Kommune har indstillet en gruppe af sundhedsplejersker, Aase Clausen, Susanne Dam, Kirsten Tychsen, Hanne Vogler og Anette Krogh til Årets Sundhedsplejerske. Gruppen har udviklet en tegneserie med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse for familier. Tegneserien er blevet er blevet en stor succes med et stort antal læsere.





Præsentation af kandidater til bestyrelsen



Susanne Hede:

Jeg genopstiller som kandidat til bestyrelsen, fordi der stadig er faglige emner at kæmpe for og arbejde med.

Jeg tror på, at sundhedsplejersken som fagperson gør en forskel – både i almindelige familier og i forhold til børn og unge med særlige behov. Hun skal arbejde i sammenhænge, hvor hendes kompetencer kan komme i spil til gavn for alle børn og unge og i samspil med andre.

I Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker er der mulighed for at deltage i debatten og for at sætte en prik her i verden – så det ønske jeg fortsat at gøre i de kommende 2 år.

Susanne Hede



Christina Lindhardt

Jeg har været medlem af bestyrelsen for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker de sidste 4 år og har lyst til at genopstille for endnu en valgperiode.

Sundhedsplejen står i et krydsfelt. Vi øger vores kompetencer indenfor skolesundhedsplejen og samtidig bliver vores kerneydelser i småbørnssundhedsplejen modereret.

De sidste 4 år har jeg som bestyrelsesmedlem arbejdet med revidering af svangre omsorgen, deltaget i diverse ad hoc grupper indenfor kommunalt og regionalt regi. Som medlem af kursus gruppen har vi tilstræbt at udvikle vores landskonferencer, så de følger den trend der er indenfor vores arbejdsområde.

Det sidste halve år har jeg siddet i en nyetableret kommission af internationale skolesundhedsplejersker. Vi ønsker at skolesundhedsplejen imellem landene skal videns dele i en højere grad end nu og ser frem til det nye samarbejde.

I den næste valgperiode vil jeg gerne være med til at øge det faglige niveau i sundhedsplejen her tænker jeg på den nye uddannelse. Mere fokus på vores faglige kompetencer som sundhedsplejersker gennem medier og debatter.

Christina Louise Lindhardt, Sundhedsplejerske, Msc



Lisbet Nissen

Sundhedsplejerske i Tønder Kommune, jeg er 49 år, gift og har to dejlige teenagedøtre.

Jeg ønsker at genopstille til bestyrelsen for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersken for endnu en periode.

Jeg har nu været i bestyrelsen i 4 år. Gik ind i bestyrelsen med et ønske om at sætte fokus på fag og fagidentitet og give støtte til sundhedsplejerskers faglige fællesskab i hele landet. Jeg har indtil nu haft poster som ansvarshavende redaktør for vores medlemsblad fra 06 til 08. I 2009 blev jeg kasserer i selskabet. Jeg har derudover arbejdet lidt på kryds og tværs; jeg har arbejdet med PR og jeg er blevet repræsentant i NOSB – det Nordiske samarbejde sidste år. Der er aktuelt sundhedsplejerske-repræsentanter fra Sverige, Norge, Island og Grønland i NOSB. Jeg er netop startet som repræsentant fra DK og det er her meget interessant at læse og høre om deres viden og erfaringer. Læs i dette nummer Esther Hjelms kvalitativ forskning i Hjemmebesøget i Norge. I denne måned skal et par Danske Sundhedsplejersker til kongres i Norge og fortælle om erfaringer og viden vedrørende hjemmebesøgspraksis i Danmark, fordi man i Norge ønsker at udbygge tilbuddet om hjemmebesøg! interessant ikke?? - når man tænker på, at her i landet er der flere kommuner går den anden vej. Dette og forskning relateret til Sundhedsplejen i Norden ønsker jeg at belyse via mit repræsentantskab i NOSB.

Jeg ønsker i bestyrelsesarbejdet, fortsat at arbejde med at vores fag belyses og inspireres i FS og at vores faglige forum der går på tværs af landet forbliver det faglige forum, hvor medlemmerne kan mødes, inspireres og genkende sig selv.

Jeg ønsker vore medier sundhedsplejerskebladet og hjemmeside fortsat vil være spændende at slå op i, at de er langtidsholdbare og valide. At fagligt selskab er det forum, hvor man kan "følge med", hente ny viden og dele sin viden og at medlemmerne må føle et ejerskab således at man har lyst til at bidrage med indlæg og debat.

Lisbet Nissen, april 2010

Til bestyrelsen er opstillet to suppleanter. Hanne Lindhardt genopstiller ikke pga nye arbejdsopgaver.

Skal **helsesøster** tilby hjemmebesøk

Norsk sammendrag

Studiens bakgrunn: Helsesøstre har gjennom årtier tilbudt hjemmebesøk til foreldre med nyfødte barn i de nordiske land, i motsetning til andre høyinntektsland. Ifølge norske forskrifter skal dette tilbys helst innen to uker etter fødsel. Det tyder på at antall utførte hjemmebesøk er redusert de siste årene, paradoksalt nok, samtidig som mor og barn ofte utskrives tidlig fra fødeinstitusjon.

Hensikt med studien: Å finne ut hva forskning sier om erfaringer omkring helsesøsters hjemmebesøk til foreldre med nyfødte. Metode: Vi søkte etter studier i Sve-Med+, Cochrane Library, Cinahl, Medline, PubMed og Embase, Mother and Child Care i mars 2008.

Hovedresultat: Åtte empiriske enkeltartikler ble valgt ut etter inklusjonskriteriene, hvorav seks foku-

serte direkte på resultater av universelle hjemmebesøk. Disse viste at hjemmebesøk ga mødre bedre ammeveiledning, større trygghet, at helsesøster var mer personlig og hadde tid, sammenlignet med mødre som bare møtte på helsestasjonen. Mødre med lav sosioøkonomisk status og utenlandskfødte mødre var mindre tilfredse i møtet med helsesøster uansett kontekst. Helsesøstre anser at hjemmebesøk er viktig for en god barnehelsetjeneste.

Konklusjon: Resultatene tydeliggjør at Norden er spesiell med et universelt tilbud og avslører sparsom forskning. Litteraturstudien peker på at hjemmebesøk er nyttig for foreldre med nyfødte. Mødre var mer tilfredse når det første møtet med helsesøster skjer på hjemmebesøk framfor et møte på helsestasjonen. Helsesøstre fikk et bedre grunnlag for den fortsatte kontakten med familien.

Engelsk sammendrag

Title: Should public health nurses offer home visits to all parents of newborn children? A review

Background: Public health nurses have offered universal home visits to parents of newborn children in the Nordic countries for decades, in contrast to other high-income countries. Norway's regulations stipulate that this should be offered within two weeks after childbirth. Home visits have been reduced recently, which is paradoxical given many early discharges from hospital.

Objectives: This literature study aimed to determine what research shows about the experiences of such home visits.

Methods: We consulted SweMed+, Cochrane Library, Chinal, MEDLINE/PubMed, EMBASE and Mother and Child Care.

Results: We included eight relevant empirical studies according to the inclusion criteria, six of which focused directly on the outcomes of home visits. The studies showed that mothers were more

satisfied with the guidance on breastfeeding and more secure and perceived the personal contact with the nurse and the fact that nurses had more time more positively than did parents who had only visited the clinic. Mothers with low socioeconomic status and mothers born outside Norway were less satisfied in any context. Public health nurses stated that home visits are important for children's health.

Conclusion: The results show that the Nordic countries have unique universal home visits and reveal few studies. The research indicates that home visits are useful concerning mothers satisfaction regarding public health nurse's counselling and mothers' confidence. This was different if the first meeting was at child health services. Public health nurses achieved a better foundation for further relations with the family.

Key words: home visits, public health nurses, parents, newborn children, child health services.

Kilde : Sykepleien Forskning 2009 4(1):18-26
DOI: 10.4220/sykepleienf.2009.0018

til alle foreldre med nyfødt barn?



Af **Esther Hjälmhult**

Innledning

Helsefremmende og forebyggende arbeid er grunnlaget for nasjonale program i barne- og ungdomshelsetjenesten i mange land (1-4). I Norge har helsesøster ansvar for mye av programmet, organisert gjennom kommunenes lovpålagte helsestasjon- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom null til 20 år (3, 5). Disse tjenestene skal fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdom og skade.

Helsestasjonstjenesten for barn null til fem år er et

frivillig tilbud med nærmere 100 prosent oppslutning fra barnefamiliene (6-8). I de øvrige nordiske land er også helsesøster en nøkkelperson i tjenesten, ulikt resten av den vestlige verden (9). For å drive effektiv forebygging, må helsestasjonstjenesten bruke både befolkningsrettet og høyriskorettet strategi. Befolkningsrettet strategi er generelt rettet mot alle, for eksempel i forhold til alder, kjønn, sosialstand, geografi. I høyriskost strategi er utgangspunktet en eventuell disposisjon for å utvikle sykdom eller helseproblem (3). Selv om det er mange ubesvarte spørsmål om virkning av helsefremmende og forebyggende tiltak, er det et grunnleggende prinsipp at tjenesten skal være kunnskapsbasert (10).

»

Hjemmebesøk

Hjemmebesøk til brukerne er en sentral oppgave i helsestasjonsarbeidet. Helsesøsters første møte med familien skjer som regel ved besøk til dem få dager etter hjemkomst med nyfødt barn. Hensikten er å skape kontakt med familien i deres eget miljø, å observere/ undersøke barnet, å samtale om fødselen, barseltid, stell og amming/ernæring, å være lydhør og veilede ut fra familiens behov, å informere om helsestasjonens tilbud og så videre. Arbeidsmetoden har lange tradisjoner, og det er forskriftsfestet at alle nyblivne foreldre skal tilbys hjemmebesøk (11 § 2-3), fortrinnsvis innen to uker etter fødsel. I Veileder til forskriften (3 s. 37-38) framheves at hjemmebesøk i familiens eget miljø ofte gir en bedre innfallsvinkel til det videre samarbeidet. Arbeidsformen er tidkrevende, men blir her framhevet som viktig i det forebyggende arbeidet.

Tidligere var gjerne hjemmebesøk en kontroll av familiens bolig, hygiene og barnets ernæring (12). Etter hvert som samfunn og helseutfordringer har endret seg, har kontrollaspektet fått en underordnet betydning til fordel for foreldrenes deltakelse og selvstendighet (13,14, 9). Målet er at foreldrene skal kjenne seg trygge i sin foreldrerolle (15, 16).

Tidlig hjemreise etter fødsel, kan gi nye utfordringer for familien. Det er derfor et paradoks at det i noen kommuner skjer en reduksjon i antall hjemmebesøk til nyfødte barn (17). Har hjemmebesøksstilbud utspilt sin rolle? Er forskriften uaktuell? Helsesøstre bør, som andre profesjoner, være oppdaterte og basere sin yrkesutøvelse på en kunnskapsbasert praksis (18, 19). Hensikten med artikkelen er å undersøke hva relevant forskning sier om effekter og erfaringer omkring helsesøsters hjemmebesøk og å sammenligne det med offentlige anbefalinger. Det kan dermed bidra til kunnskapsgrunnlaget for helsesøstres beslutninger.

Metode

Vi gjorde systematiske søk etter vitenskapelig litteratur om helsesøsters hjemmebesøk til foreldre med nyfødt barn og har med få unntak begrenset søket til artikler publisert etter 1990. Inklusjonskriterier var at artikkelen i tittel eller abstrakt inneholdt «noe» om helsesøsters hjemmebesøk til («vanlige») nyfødte og

TABELL 1: Oversikt over antall relevante og inkluderte artikler

Database	Treff	Relevante	Inkluderte
SveMed+	3	3	2
Cochrane Library	12	1	3
Medline	12	2	2
PubMed	9	12	12
China	28	2	3
Embase	8	1	1
Mother and Child Care	3	0	3
Sum	75	6	6

om effekter eller erfaringer i forhold til hjemmebesøket. Vi gjorde litteratursøk i databasene SveMed+, Cochrane, Medline, PubMed, China, Embase og Mother and Child Care. Søkord/ MeSH-termer var: House call*, home visit*, parent*, infant, newborn, public health nurs*, community health nurs*, health visit*, child health services. Tabell 1 viser antall treff i databasene november 2007, gjentatt mars 2008. I Maternal and Infant Care søkte vi kun i august 2008. Referanselister og «linker» ga ytterligere tilgang på artikler, likeledes sjekket vi Helsebiblioteket, Bibsys og ForskPub databasene, samt individuelle kontakter for «grå litteratur».

Resultat

Av 77 treff var åtte artikler relevante og ble vurdert i fulltekst (tabell 2, se side 14). Ved vurdering av de 77 artiklene leste vi tittel og/eller abstract og avgjorde om det var relevant å lese hele artikkelen. De ekskluderte artiklene handlet om hjemmebesøk til mødre i sårbare eller vanskelige situasjoner eller til barn med spesielle situasjoner (sykdommer, premature med mer) og om serier hjemmebesøk i ulike forebyggingsprogram. Disse var således utenfor problemstillingen (for eksempel 20-29). Vi fant en ny hovedoppgave som delvis berørte problemstillingen (30), for øvrig ga søk etter «grå» litteratur ingen nye treff. Vi vurderte blant annet om de inkluderte artiklene hadde en klart formulert problemstilling og passende design til hensikt og problemstilling. Videre sjekket vi hvordan utvalget var bestemt, om det var representativt og om spørreskjema var pilottestet og eventuelt validert. Andre vurderinger var hvordan innsamling av data

foregikk, om svarprosenten var høy nok, om frafall var gjort rede for (19, 31 s.162-164), tabel 1.

Metodisk kvalitet var jevnt over høy eller middels høy i de åtte inkluderte artiklene, og vi ekskluderte ingen av dem (tabell 2). Studiene viste seg vesentlig å komme fra nordiske forhold. Fem nasjonale survey-undersøkelser var fra Sverige og Finland, med representative utvalg, lite frafall, presise resultat og god presentasjon av studiene (32, 33, 37, 39, 45). En amerikansk studie med to grupper fra militærbaser hadde vansker med å få nok deltakere innen rimelig tid, og forskerne kunne dermed ikke foreta alle statistiske analyser som var ønsket (34). Dette er en svakhet i studien. Øvrige kvaliteter gjør likevel denne studien akseptabel med veldefinerte grupper, redigering av demografiske data, ikke spesielle særtrekk for gruppene, like målemetoder, presise resultater. Resultatene sammenfaller med de nordiske studiene omkring mødres tilfredshet med gjennomført hjemmebesøk. En delstudie om norsk helsetjeneste dekket enkelte spørsmål om fakta ved bruk av hjemmebesøk (38). Den ga begrenset informasjon, men den metodiske kvaliteten er vurdert som tilfredsstillende. Den amerikanske studien var en kontrollert studie (34), og en av de svenske studiene var en kvalitativ studie med bruk av fokusgrupper (40). Resultatene fra literatursøkene er oppdelt etter emner som sier noe om opplevelser eller meninger fra foreldre som fikk hjemmebesøk. Samme funn framkom i flere av artiklene, og det tyder på at det første møtet med helsesøster er viktig for den fortsatte kontakten med familien. Jansson et al. (9) oppsummerte flere undersøkelser fra sitt doktorgradsarbeid med at «Hembesök kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj».

Tilfredshet

I en tverrsnittsstudie ble 10 prosent av nyblivne mødre som hadde fått barn en viss måned slumpmessig trukket ut fra et nasjonalt fødselsregister i Sverige (n 850 mødre). Spørreskjema (postenqueter) var pilottestet og validert og svarprosenten var 80 prosent. Det var fokus på ulike kvalitetsfaktorer som mødre oppfattet som viktige i programtilbudet i barnehelsetjenesten, deriblant hjemmebesøk (32, 33).

Studien viste at mødre som hadde fått hjemme-

besøk, var signifikant mer tilfredse med det første møtet med helsesøster enn mødre som hadde sitt første møte på helsestasjonen.

Dette gjaldt aspekter som:

- ammeveiledning
- tryggere i eget miljø
- muligheter til å snakke i fred og ro
- helsesøster hadde tid
- helsesøster var personlig

Lignende resultat framkom i en undersøkelse av 630 nyfødte i en militærbase på Hawaii (34). Forskerne sammenlignet de nyblivne mødrene tilknyttet marine- og sjøforsvar, som fikk hjemmebesøk innen to uker etter fødsel, med mødre tilknyttet hær- og luftforsvar, som besøkte militærets helsestasjon. Fire-seks uker etter fødsel gjennomførte forskerne telefonintervju der mødrene svarte på spørreskjema. Mødre som fikk hjemmebesøk var signifikant mer tilfredse med tjenesten enn de som ikke fikk besøk, og de hadde større forventninger til god veiledning sammenlignet med helsestasjonsgruppen. Veiledningen gjaldt for eksempel barnets sovestilling, hvordan en kunne trøste en skrikende baby, hvordan skaffe (akutt) hjelp om det var nødvendig. Forfatterne redigjør for et frafall på 40 prosent, der det meste skyldes at familien hadde frakoblet telefon, var bortreist og feil telefonnummer. Funnene er usikre på grunn av lavere rekruttering til hjemmebesøksgruppen, men viser lignende resultat som svenske studier (32, 33). Det var ingen statistiske forskjeller mellom gruppene når det gjaldt demografiske forhold i gruppene eller arbeidsoppdrag.

Amming

I den amerikanske studien fullammet 47 prosent i hjemmebesøksgruppen mot 38 prosent av dem som møtte på helsestasjonen (34). Blant barna som fikk morsmelkerstatning prøvde 69 prosent av alle mødrene initialt å amme, og 40 prosent sluttet innen de første ti dagene. I Norden, der fullamming er mye vanligere, har ammefrekvensen vært svært høy siden 1980-tallet (35). I Sverige har ammefrekvensen imidlertid sunket i takt med kortere opphold på barse-lavdeling og reduksjon av hjemmebesøksfrekvensen (36). Ammerådgivning var svært viktig blant mødre som fikk hjemmebesøk (33).

»

Praktisk og nyttig

Mødre i den amerikanske studien kommenterte at det var praktisk å få hjemmebesøk, de slapp å ta seg ut med den nyfødte, noe som kunne være strevsomt den første tiden (33, 34). Tilsvarende funn er beskrevet

i den svenske studien der mødre svarte at hjemmebesøk var svært nyttig, og at støtte og individuelle råd var viktige for kvaliteten av helsestasjonstjenesten (32). I en finsk studie om mødres syn på om hjemmebesøk (n 323, svarprosent 79 prosent) vurderte

Tabell 2

Forfatter og utgivelsesår	Land	Hensikt	Design/ Metode	Deltakere	Resultat
Christ M, Sawyer T, Muench D & Huillet A. 2007 (34)	USA	Vurdere "liv laga" for hjemmebesøk til nyfødte, foreldres tilfredshet, praktiske utfall, økonomisk innvirkning.	Kontrollert studie, telefon-intervju/spørre-skjema	630	Signifikant større tilfredshet i hjemmebesøksgruppen, større forventninger til god veiledning. 47 % fullammet mot 38 % i helsestasjonsgruppen. Mer praktisk og bekvem å få hjemmebesøk. Det er ikke en urimelig kostnad med rutinehjemmebesøk til familier med nyfødte.
Fagerskiöld A, Timpka T & Ek AC. 2003 (45)	Sverige	Undersøke mødres erfaringer med helsesøster.	Survey, critical incident technique, innholds-analyse	140	En førstegangsmor er ikke sosialisert til moderskap eller til helsetjenesten. Det første møte har stor betydning ift mors usikkerhet og skape gode relasjoner. Majoriteten hadde fått verdifull støtte av helsesøster i vanskelige situasjoner, men noen var skuffet og kjente seg krenket. Viktig at helsesøster var åpen og villig til å dele ulike emosjoner og forståelse av moderskapet. Mødre verdsatte helsesøstre med kunnskap og erfaring til å gi gode råd, men ønsket mer informasjon og at de ble mer involvert i beslutninger.
Jansson A, Sivberg B, Wilde Larsson B & Udén G. 2002 (33)	Sverige	Beskrive førstegangsmødres syn på tilfredshet med første møte med helsesøster, for å undersøke forskjeller mellom hjemmebesøk og helsestasjonsbesøk og mellom mødre i høy/middel og lav sosialklasse (hypotesetesting).	Nasjonal survey, postenqueter	800	Signifikant mer tilfredse mødre som hadde første møte med helsesøster i hjemmet ift helsestasjonen. De vurderte bedre ammeveiledning, større trygghet, fikk snakke i fred og ro, helsesøster hadde tid og var personlig. Mødre anså det praktisk å få hjemmebesøk, de slapp å gi seg ut med den nyfødte. Mødre med lav sosioøkonomisk status var mindre fornøyd med første møtet med helsesøster uansett kontekst
Jansson A, Pettersson K & Udén G. 2001 (40)	Sverige	Belyse helsestres syn på det første møte med foreldre og deres nyfødte barn.	Fokusgruppe intervju	21 i 4 grupper	Tre definerte kategorier: skape tillit, skape et støttende miljø og å få et helhetsbilde av familiens livssituasjon. Helsesøstre hadde ingen forskjeller i vektning av hjemmebesøk, anså det viktig for en god barnehelsetjeneste, uavhengig av helsesøsters erfaring, alder, organisering av tjenesten eller geografi

Fortsætter side 15

nærmest alle mødre at hjemmebesøk var et nødvendig tilbud (37).

Demografiske Forskjeller

Svenske mødre fra storbyområder svarte i større grad enn de på landsbygda at hjemmebesøk var en viktig

faktor for en god barnehelsetjeneste (32). Mødre med lav sosioøkonomisk status var signifikant mindre fornøyde med det første møtet med helsesøster enn de med middels eller høy status. Dette var uavhengig av sosial kontekst (33). Mødre med lav sosioøkonomisk status og utenlandskfødte mødre var mer skeptiske til »

»

Forfatter og utgivelsesår	Land	Hensikt	Design/ Metode	Deltakere	Resultat
Bild H Finnvold JE, Lie KK Nordhagen R, Schjalm A 1998 (38)	Norge	Belyse variasjoner mellom grupper av barnefamilier når det gjelder erfaringer med ulike helsetilbud og sykdom.	Survey, postenqueter	7319	Hvert fjerde barn hadde ikke fått hjemmebesøk før fire uker. Grupper med høy inntekt og utdanning hadde sjeldnere hjemmebesøk av helsesøster (og færre besøk på helsestasjonen., men var overrepresentert ved gruppebaserte aktiviteter).
Jansson A, Isacson Å, Kornfält R & Lindholm L. 1998 (32)	Sverige	Vurdere mødres og helsesøstres syn på barnehelsetjenestens tilbud og det første hjemmebesøk til foreldre med nyfødt barn og gjør ulike sammenligninger.	Nasjonale surveys, postenqueter	850 og 291	Viktig for mødre å møte samme helsesøster, vektlegger tilgjengelighet ift geografisk avstand, telefonid og åpningstider, uavhengig av svenske eller utenlandskfødte mødre, første-gangs- eller flergangsfødende, enten barna hadde helseproblem eller ikke, bodde i urbant eller ruralt. Helsesøstre anså hjemmebesøk ga bedre helhetsbilde av familiens situasjon, var verdifullt for videre kontakter. Mødres og helsesøstres syn på god barnehelsetjeneste samstemmer med offentlige mål for tjenesten. Viktige indikatorer for kvalitet var vennlighet, kompetanse, tid, støtte, fleksibilitet, individuelt perspektiv og hjemmebesøk til førstegangsforeldre.
Vehviläinen-Julkunen K. 1994 (39)	Finland	Undersøke mødres holdninger til innhold i hjemmebesøk hos nyfødte barn.	Nasjonal survey, postenqueter	345	Finske mødre ønsket at helsesøster undersøkte og veide barnet, at mor fikk informasjon om vekst, stell og omsorg av barnet. Innhold i hjemmebesøk tyder på å være endret, men spiller fortsatt en viktig rolle i denne helsetjenesten.
Vehviläinen-Julkunen K. 1994 (37)	Finland	Undersøke klienters mulige alternativer, samt mening og funksjon med hjemmebesøk sett ut fra klienter og helsesøstre.	Nasjonale surveys, postenqueter	263 og 323	Helsesøstre anså at den viktigste funksjonen var støtte og oppmuntring til foreldre og sikre omsorgen for barnet, viktig å møte far. Mødre mente at den viktigste funksjon for hjemmebesøk var å få en kompetent undersøkelse av barnet og informasjon om utvikling og stell. Fire av fem mødre kontaktet helsesøster og avtalte selv hjemmebesøk, men bare halvparten anså at de hadde valg mellom besøk hjemme eller på helsestasjon. Helsesøstre anså at foreldre kunne velge.

videre kontakter med helsestasjonstjenesten. De var også mindre tilfreds med informasjon, kontakten med helsesøster og den respekt de opplevde.

En norsk survey-undersøkelse om hvordan småbarnsfamiliene møter helsetjenesten (n 7319, svarprosent 74 prosent) hadde enkelte spørsmål om hjemmebesøk (38). Funnene viste ujevn praksis for hvem som fikk hjemmebesøk: 11 prosent ønsket ikke, 10 prosent fikk ikke tilbud, 3 prosent var uaktuelle. Kjennetegn hos dem som av ulike grunner ikke fikk hjemmebesøk i barnets første levemåned var kategoriene «flergangsfødende», «skeptisk holdning til helseprofesjoner», «høyeste inntektsgruppe» eller «barnet innlagt på sykehus».

Profesjonalitet

Mødre i hjemmebesøksgruppen i den amerikanske studien vurderte at helsesøster hadde større ferdigheter enn mødre som besøkte helsestasjon (34). Dette avviker fra funn i Jansson et al.'s studie (32), der mødre som møtte helsesøster først på helsestasjonen, oppfattet helsesøsters kompetanse som høyere. Disse forfatterne tolket at dette kunne ha bakgrunn i at helsesøster på hjemmebesøk kom mer som en gjest og var mindre institusjonell, eller at hun undersøkte barnet i mindre utstrekning på hjemmebesøk, kanskje fordi barnet sov eller lignende.

Valgfrihet

I studien fra militærbase hadde 57 prosent preferanse for hjemmebesøk, 38 prosent for helsestasjonsbesøk, og 5 prosent hadde ingen preferanse. Av dem som hadde fått hjemmebesøk svarte over 91 prosent at de ville foretrukket hjemmebesøk, mens gruppen som ikke ble tilbudt hjemmebesøk, svarte 46 prosent det samme (34). 6 prosent av mødre som fikk hjemmebesøk ville foretrukket helsestasjonsbesøk. Dette samsvarer med Jansson et al.'s studie (33), 60 prosent av mødre mente at det første møtet burde være et hjemmebesøk. Hver tredje mor mente det ikke spilte noen rolle, og 6 prosent mente det burde være på helsestasjonen. Førstegangsmødre poengterte hjemmebesøk sterkere, og de som hadde fått hjemmebesøk, mente i større grad at første møte med helsesøster burde

skje hjemme, ulikt dem som besøkte helsestasjonen ($p < 0.001$). I en finsk undersøkelse kontaktet fire av fem finske mødre selv helsestasjonen for å avtale hjemmebesøk, uavhengig om de var førstegangsseller flergangsfødende (37).

De fleste helsesøstre mente at foreldre kunne velge mellom hjemmebesøk eller besøk på helsestasjonen, mens svar fra brukerne viste at bare halvparten mente dette (37). I en annen undersøkelse (32) mente hver tredje mor at de ikke var klar over at de kunne velge. I en norsk studie av fem foreldrepar med nyfødt barn der ingen i distriktet fikk hjemmebesøk, mente foreldre at det hadde vært positivt med valg og at de var blitt «oppvartet» av helsesøster (30).

Foreldres ønsker

Vehviläinen-Julkunen (39) spurte i en nasjonal surveyundersøkelse hva kvinnene ønsket ved et hjemmebesøk, samt evaluering av hjemmebesøk fra brukeres og helsesøstres synspunkt (37). Svarene viste at foreldre oppga at undersøkelse av barnet var viktig, likeledes informasjon om still av barnet, særlig navlestill, samt ernæring og utvikling.

Funn som indirekte berørte hjemmebesøk, handlet om aspekter ved kvaliteten på helsestasjonstjenesten (32). 91 prosent mente at det var meget viktig å møte den samme helsesøsteren. Tilgjengelighet i form av geografisk nærhet, telefontid og åpne besøkstider var også oppgitt som meget viktig hos 87 prosent av de cirka 700 som svarte. Dette var uavhengig av hvorvidt de var svenske eller utenlandskfødte mødre, førstegangs- eller flergangsfødende, enten barna hadde helseproblem eller ikke og hvorvidt de bodde i bystrøk eller i landlige omgivelser.

Helsesøstres oppfatninger

Helsesøstre i fokusgruppestudien identifiserte viktige faktorer relatert til det første møtet med familien som: «skape tillit», «få et helhetsbilde av familiens livssituasjon» og «skape et støttende miljø» (40). Dette samstemte med en studie der 10 prosent av alle helsestasjoner i Sverige ble trukket tilfeldig fra et nasjonalt register (32). Åttien prosent av helsesøstrene oppga at hjemmebesøk bidro positivt til

Nogle børn og familier får besøg af sundhedsplejersken indtil skolealderen

**Graviditetsbesøg af
kommunale plejerske**

Staat er samenkomsten?

En anden af de vigtigste årsager til den økonomiske tilbagegang i Danmark er den dårlige økonomiske situation i de andre lande i verden. Den økonomiske tilbagegang i de andre lande har ført til en nedgang i den økonomiske aktivitet i Danmark, hvilket har resulteret i en nedgang i den økonomiske vækst. Den økonomiske tilbagegang i de andre lande har også ført til en nedgang i den økonomiske konkurrencekraft i Danmark, hvilket har resulteret i en nedgang i den økonomiske konkurrencekraft i Danmark.

(continued)

Sundhedsloven
Der kommunale Sundhedsnævn
Tilsvarende sundhedsloven

Vil du, at du kan få besvaret alle
sundhedsopgaver, der stilles i
graviditeten?

Allgemeindefige Anwendungsprobleme

Geowissenschaften
Themen und 1. Jahr
Zusammenfassung
Geowissenschaften

01870156

There are two ways of getting more than 100% from a loan. The first is by borrowing at a lower rate than the market rate. The second is by borrowing at a higher rate than the market rate. The first is the more common method, but the second is also possible. The second method is called "overborrowing" and is usually done by a company that has a high credit rating. The company borrows at a lower rate than the market rate, and then it borrows again at a higher rate than the market rate. The company then sells the first loan to a third party, and the third party sells it to a fourth party. The fourth party then sells it to a fifth party, and so on. The company then keeps the first loan, and the other parties keep the other loans. The company then has more than 100% of the original loan.

[illegible]

En Tryg Start

Mænd kan få
fødselsdepre

TVILLINGER

El alcohol se evaporó en la atmósfera
y se volvió a condensar en la noche.

Mangroven er lige så forskellige som andre træer.

- Dependent components of system
- Their usage can change the system
- Lack of function within the system

økt kvalitet på deres arbeid, og 77 prosent svarte at hjemmebesøk ga et bedre helhetsbilde av familiens situasjon og var verdifullt ved videre kontakter i barnets oppvekst. Helsesøstre hadde ingen forskjeller i vektlegging av hjemmebesøk. 96 prosent anså at

dette var viktig for en god barnehelsetjeneste, uavhengig av helsesøsters erfaring, alder, organisering av tjenesten eller geografi. I VEHVILÄINEN-JULKUNENS studie (37) vektla helsesøstre at hensikten med hjemmebesøk var å gi støtte og oppmuntring og å

sikre omsorgen for barnet, og hadde således lignende resultat.

Diskusjon

Vi fant sparsom forskning om erfaringer rundt helsesøsters hjemmebesøk til nyblivne foreldre. Dette er noe oppsiktsvekkende med tanke på at det i mange årtier er lagt ned store ressurser fra helsevesenet til denne type tilbud. Den beskjedne forskningen kan være en begrensning ved litteraturstudien, en styrke er god kvalitet på studiene og til dels sammenfallende funn. Forskning som var relevant for problemstillingen kom fra Norden, mens hoveddelen av hjemmebesøksforskningen kom fra Nord-Amerika og Storbritannia, og var dominert av hjemmebesøksprogram som tiltak blant (høy-) risikofamilier. Ved problemstillinger som berører utsatte grupper finnes det derfor mer kunnskap.

Samtlige studier fokuserte på mor. Vi behøver kunnskap fra ulike perspektiv, og sentrale signaler i Norge er at helsestasjonene skal ha et familiesentrert fokus. På dette området etterlyser vi forskning som inkluderer fars behov og meninger omkring hjemmebesøksstilbud.

Angående mødres tilfredshet med det første møtet med helsesøster er det tankevekkende at dette viste signifikante forskjeller i forhold til hvor møtet fant sted. Forskningen viste at mødre som hadde fått hjemmebesøk, var mer tilfredse i møtet enn mødre som besøkte helsestasjonen. Når mødre oppga for eksempel at de fikk bedre ammeveiledning, var tryggere i eget miljø, fikk snakke i fred og ro, og at helsesøster var mer personlig (32, 33, 40) er dette viktig informasjon til helsestasjonstjenesten. Et trygt miljø vil være en forutsetning for å ta opp for eksempel emosjonelle samtaleemner.

Når mor opplever større trygghet i eget miljø, virker det rimelig med større tilfredshet ved ammeveiledning. I tillegg er gjerne far oftere til stede og en støtte i situasjonen. I hjemmet kan det være enklere å gi tilpasset veiledning om ammestillinger, om eventuelt utstyr eller hjelpemidler de anvender. Et annet aspekt er at når mor er tilfreds med ammeveiledningen, har det også betydning for barnets vekst og utvikling.

God ammeveiledning blir også et viktig aspekt ved implementering av «ammekyndig helsestasjon» i Norge (42), og vi må være oppmerksomme på statistikk som viser at ammefrekvensen har sunket i takt med kortere barseltid på kvinneklinikk og færre hjemmebesøk (36). Gode rutiner og samarbeid mellom fødeinstitusjon og helsestasjon er derfor viktig for å sikre effektivitet omkring oversendelse av fødselsmeldinger og mulighet til tidlig hjemmebesøk.

For noen kan ammeproblem være en medvirkende årsak til barseldepresjon. En oppsummerende forskningsrapport (29 s. 4) viser: «Intensive og fleksible hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor, tilpasset den enkelte kvinnes behov, kan fremme mental helse og gi lavere forekomst av depresjon etter fødsel». Ved universelle hjemmebesøk der det utvikles gode relasjoner, gir dette nettopp grunnlag for selektive innsatser.

Litteraturstudien pekte videre på at det var praktisk og nyttig for mor å få hjemmebesøk, ikke minst hos førstegangsmødre. Dette sammenfaller med helsesøstres vurderinger om at hjemmebesøk var viktig for å skape tillit, støtte og økt kvalitet på arbeidet (40, 32, 37). Det er her verd å merke seg demografiske forskjeller i mødres erfaringer, for eksempel at mødre fra storbyområder vektet hjemmebesøk høyere enn de på landsbygd. Kan svarene være et uttrykk for at mødre i storbyområder har mindre nettverk som kan gi støtte og informasjon i spedbarnsperioden?

Eller har mødre i storby større aksept for «offentlig» inntreden i hjemmet? Et annet spørsmål er om hjemmebesøk dermed er mindre viktig på landsbygden? Resultatene skriver seg fra én av studiene (32) og må leses med forsiktighet. Det er videre interessant hvordan litteraturstudien pekte på ulik forståelse og tolkning av foreldres valgfrihet omkring hjemmebesøk både i Sverige og Finland. Det synes derfor å være nødvendig å tydeliggjøre valgfrihet for foreldrene. Ellers er det tankevekkende når funn viste at mødre med lav sosioøkonomisk status og mødre med utenlandsk bakgrunn var mindre tilfredse med møtet med helsesøster og uttrykte en viss skepsis til videre kontakt. Misnøyen berørte tema omkring informasjon, kontakt og respekt, og

»

utfordrer oss i forhold til hva som kan gjøres for å imøtekomme brukerne. En studie om helsesøsters kommunikasjon på hjemmebesøk til nyblivne foreldre viser at helsesøster inviterte foreldrene til å komme med spørsmål. Forskeren oppsummerer likevel at samtalen var oppgaveorientert og styrt av helsesøster og derfor en risiko for at foreldre kan være tilbakeholdne med å ta opp egne spørsmål som har betydning for dem (43). Studien var liten og kan ikke generaliseres (tre helsesøstre på fem hjemmebesøk). Har studien likevel fanget inn aspekter som kan være relevante å vurdere? Baggen har funnet lignende resultat i konsultasjoner på helsestasjonen, der helsesøstre og foreldre vektlegger informasjonsbehov ulikt (44, 30).

Brukermedvirkning og brukers ønsker og behov er derfor vesentlig. Foreldre som opplever traumatiske situasjoner omkring en fødsel vil ofte behøve ekstra oppmerksomhet og innsats. Studier om mødres erfaringer av «kritiske hendelser» viste at mange var positive til støtten de fikk av helsesøstre, mens noen var skuffet (45, 46). Savnet gikk på åpenhet og villighet til å dele ulike typer emosjoner, forståelse av «moderskapet» og at de ble mer involvert i beslutninger. Urolige og stressete mødre ønsket en bekreftende og tilgjengelig helsesøster. Det er her interessant når 91 prosent av mødre i en av studiene mente at det var meget viktig å møte den samme helsesøsteren. Det setter dermed fokus på kontinuitet og kvalitetssikring.

Hjemmebesøk alene er ikke et universalmiddel med kvalitetsgaranti. Det skal være et tilbud, og det kan derfor stilles spørsmål om hvilke faglige begrunnelser helsesøstre har når de vurderer tilbud om hjemmebesøk eller ikke. Handler det om ressurser, at de ikke har tid? Er helsesøstre «en yrkesgruppe hvis oppgaver er så uviktige at de bare kan kutte de ut til fordel for noe annet som andre pålegger dem»? Dette er spørsmål Glavin stiller (47 s. 49) og bør skape diskusjoner og bevissthet hos berørte parter. Det er her interessant når Briggs (48) beskriver at i 2005 har offentlige helsemyndigheter i Australia i de fleste stater gitt direktiv til å introdusere hjemmebesøk av sykepleier til alle foreldre med nyfødte. Forskeren refererer til Skandinavia som har denne befolkningsrettede og

veileterform. Hjemmebesøk forbeholdt risikogrupper kan virke stigmatiserende. Kanskje dette var et utslag i den refererte amerikanske studien fra militærbaser?

Den metodiske kvaliteten var jevnt over høy i de inkluderte artiklene. Temaet er tydelig underkommunisert, og det mangler randomiserte kontrollerte studier om effekter av hjemmebesøk. Det mangler også observasjonsstudier. Ut fra studiene vi fant er det likevel mulig å si noe om mødres tilfredshet og behov og helsesøstres meninger.

Fokusgrupper synes velegnet til problemstillingen (40) og kompletterer kunnskap om helsesøsters hjemmebesøk. Resultatene sammenfaller med annen forskning (37, 32). De øvrige studiene var surveystudier, alle med klare problemstillinger og egnethet for å finne sammenhenger eller gjøre sammenligninger omkring hjemmebesøksstilbudet. Jansson et al.'s studier gir her særlig grundige inntrykk med store representative utvalg, lite frafall, gode beskrivelser og signifikante resultat (32, 33, 41).

Konklusjon

Norden har et universelt tilbud om hjemmebesøk til familier med nyfødte barn ulikt andre vestlige land. Det er en metode i det helsefremmende arbeidet og gir et spesielt grunnlag for helsesøsters videre prioriteringer. Forskning på området er begrenset. Eksisterende forskning tyder på at mødre er mer tilfredse når det første møtet med helsesøster skjer på hjemmebesøk framfor et møte på helsestasjonen. Blant annet er bedre ammeveiledning og større trygghet utslagsgivende. Tilgjengelig forskning bekrefter offentlige anbefalinger om hjemmebesøk til alle nyfødte, og gir helsesøstre muligheter til god praksis med tilpasset veiledning i arbeidet for å støtte og styrke familien. »



1. Hall D M. Health for all children, 3rd edn. Oxford, Oxford University press, 1996.
2. Nordhagen R. Barns helse i Norge. Rapport 2/93. Seksjon for forebyggende og helsefremmende arbeid. Statens Institutt for Folkehelse. Oslo.
3. Sosial og helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, 2004. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450.
4. Sundelin C. Skydda skyddsnetet, en utredning om barnhälsovårdens funktion och uppgifter under 1990-talet. Socialstyrelsen, Stockholm, 1992.
5. Sosialdepartementet. Lov om helsetjenesten i kommunen av 19. november 1982.
6. Glavin K & Kvarme L. Helsesøstertjenesten. Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap, Oslo, Akribe, 2003.
7. Misvær N & Oftedal G. (red.) Håndbok for helsestasjoner 0-5 år, Oslo, Kommuneforlaget, 2006.
8. Bild H. Småbarnsforeldrenes synspunkter på helsestasjonen 1995. Statens helsetilsyn, Rapport 2/95.
9. Jansson A, Sivberg B, Wilde Larsson B, Udén G. Hembesøk kan ge nyblivna föräldrar stöd att utvecklas som familj. Första mötet med barnhälsovården viktig för den fortsatta kontakten. Läkartidningen, 2003;15,100, 1348-51.
10. Glavin K. Kunnskapsbasert helsesøstertjeneste. I: Glavin K, Helseth S & Kvarme L G (red.) Fra tanke til handling: metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten, Oslo, Akribe, 2007.
11. Helsedepartementet. Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 3. april 2003 nr. 450.
12. Janson S. Home visitation: from sanitary control to support of the young family. Acta Paediatrica 2002; 91 (5), 505-506.
13. Helseth S. Psykososialt arbeid på helsestasjonen. Vård i Norden, 2001; 21 (2)16-20.
14. Helseth S. Hjemmebesøket. I: Bjørk IT, Helseth S & Nortvedt F. Møte mellom pasient og sykepleier, Oslo, Gyldendal Akademisk, 2002.
15. Brudal L. Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. Bergen, Fagbokforlaget, 2000.
16. Helseth S. Help in time of crying: nurses approach to parents with colicky infants. Journal of Advanced Nursing 2002, 40 (3), 267-274.
17. Statistisk sentralbyrå. KOSTRA. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste, 2005.
18. Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2005.
19. Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B & Reinart L M. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund 2007.
20. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomizes trials to community replication. Prevention Science 2002; 3 153-172.
21. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R & Tatekbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. Pediatrics 1986; 78, 65-78.
22. Kendrick D Elkan R Hewitt M et al. Review: Home visiting programmes that include > 1 postnatal home visit are associated with improved quality of home environment and parenting. Evidence based nursing 2001; Volume 4, January.
23. Heaman M, Chalmers K, Woodgate R & Brown J. Relationship Work in an early Childhood Home Visiting program. Journal of Pediatric Nursing 2007; Vol 22, No 4.
24. Macdonald GM, Bennett C, Dennis J, Coren E, Patterson J, Astin M & Abbott J. Home-based support for disadvantaged teenager mothers (Review). The Cochrane Database of Systematic Review 2007; issue 3. Art.No.CD006723, DOI: 10.1002/14651858.CD006723.
25. Sweet M, & Appelbaum A. Is home Visiting an Effective Strategy? A meta-Analytic review of Home Visiting Programs for families With Young Children. Child Development 2004; 75 (5), 1434-1456.
26. Olds DL & Kitzman H. Review of research of home visiting for pregnant women and parents of young children. Home Visiting 1993; 23, 23-38.
27. Lagerberg D. Hembesøk. Barnbladet 2001; 28, 20-23.
28. Lagerberg D & Sundelin C. Risk och prognos i socialt arbete med barn. Forskningsmetoder och resultat. Stockholm, Centrum för utvärdering av socialt arbete och Förlagshuset Gothia, 2000.
29. Larun L, Lyngstadaas A, Wiik IN, Mørland B. Svangerskap og psykisk helse. Kvinners psykiske helse i forbindelse med svangerskap og det første året etter fødsel. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Rapport nr. 2-2005. Oslo.
30. Fagerlund B H. Det første møtet mellom helsesøstre og foreldre med nyfødt barn. En observasjons- og intervjustudie. Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet, institutt for sykepleievitenskap. Hovedfagsoppgave, 2003.
31. Borbasi S Jackson D, Langford R. Navigating the maze of Nursing Research: an interactive learning adventure. Sydney, Mosby, 2005.
32. Jansson A, Isacson Å, Kornfält R, Lindholm L. Quality in Child Healthcare. The views of Mothers and Public Health Nurses. Scandinavian Journal of Caring Sciences 1998; 12 (4), 195-204.
33. Jansson A, Sivberg B, Wilde Larsson B, Udén G. First-time mothers' satisfaction with early encounters with the nurse in child health care: home visit or visit to the clinic? Acta Paediatrica 2002; 91 (5), 571-577.
34. Christ M, Sawyer T, Muench D, Huillet A. Comparison of Home and Clinic Well-Baby Visit in a Military Population. Military Medicine. Bethesda 2007; Vol. 172, (5), 515-519.
35. Sosial- og helsedirektoratet. Spedkost - 6 måneder. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 6 måneders gamle barn. 2006-2007. IS-1535.
36. Socialstyrelsen. Statistik - Hälsa och sjukdomar. Amning av barn födda 2000. 2002:7.
37. Vehviläinen-Julkunen K. The function of home visits in maternal and child welfare evaluated by service providers and users. Journal of Advanced Nursing 1994; 20 (4) October.
38. Bild H, Finnvd JE, Lie K K, Nordhagen R, Schjalm A. Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten? Analyser og variasjoner i helsetilstand, sosiale nettverk og erfaringer med helsetjenesten. Statistisk sentralbyrå, rapport 11-1998.
39. Vehviläinen-Julkunen K. What do Finnish women want from home visits of public health nurses? Holistic Nursing Practice 1994; July 8(4) 59-66.
40. Jansson A, Pettersson K, Udén G. Nurses' first encounters with parents of new-born children - public health nurses' view of the good meeting. Journal of Clinical Nursing 2001; 10 (1), 140-151.
41. Jansson A. Sjukskoterskan i primærvård med særskilt fokus på

barnhålsøvd. Doktorgradsavhandling, Lund universitet, 2000.

42. Nasjonalt kompetansesenter for amming. Mor-barn-vennlig initiativ - helsestasjonen. Gjennomføring av sertifisering av helsestasjonen som "Ammekyndig helsestasjon". Rikshospitalet universitetsklinikk, 2007.
43. Baggens C. The Institution Enters the Family Home: Home Visits in Sweden to new parents by the Child Health Care Nurse. *Journal of Community Health Nursing* 2004; 2/(1) 15-27.
44. Baggens C. What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 36, 659-667.
45. Fagerskiöld A, Timpka T & Ek AC. The view of the child health nurse among mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003; 17,160-168.
46. Fagerskiöld A & Ek AC. Expectations of the child health nurse in Sweden: two perspectives. *International Nursing Review* 2003; 50,119-128. [Pubmed]
47. Glavin K. Tydelig helsesøster- hvor er vi og hvor skal vi? *Helsesøstre* 2007; 3, 47-53.
48. Briggs C. Nursing practice in community child health: developing the nurse-client relationship. *Contemporary Nurse* 2007; 23 (2), 303-311.

Hvordan kommunikerer vi?

— Om sundhedskommunikation i Grønland

Af **Klara Thorsen**, koordinerende sundhedsplejerske i Gl., MSA, klth@peqqik.gl

Jeg havde kun været i Grønland kort tid, da en grønlandsk sundhedsplejerske sagde til mig: *"I Grønland diskuterer vi ikke. Vi respekterer hinanden og hinandens synspunkter. Vi blander os ikke i hinandens meninger. Vi skal have lov til at have vores egen mening. Sådan ser vi på hverandre – og på os selv. Vi skal ikke overbevise andre om noget – om at vi selv er bedre end dem. Vi skal respektere, at vi er forskellige og har forskelligt syn på ting og livet. Det drejer sig om at have respekt for hinanden."*

Dette udsagn har jeg tygget en del på siden da. For hvordan virker dette respektfulde menneskegrundsyn, som jeg vil kalde det, i arbejdet som sundhedsplejerske? Kan man fx ændre på en uhenigtsmæssig sundhedsadfærd med dette grundsyn? Er det overhovedet muligt at lave ændringer? Hvad betyder det i pædagogiske og kommunikative sammenhænge generelt? Hvad med opdragelse? Er man som dansk sundhedsplejerske i Grønland i stand til at håndtere arbejdet i denne sammenhæng?

Jeg har fundet materiale om emnet.

I artiklen *Man ser dem aldrig med hug eller hårde ord at straffe deres børn* giver etnolog Hans Georg Hansen en analyse af forskelle mellem vestlig og inuitisk opfattelse af den personlige integritets krænkelighed.

Med udgangspunkt i Hans Egedes beskrivelse af børneopdragelse analyseres europæisk pædagogisk menneskesyn i forhold til grønlandsk menneskesyn. Den store forskel ligger i, at europæisk menneskesyn accepterer en vis grad af krænkelse af den personlige integritet, hvorimod grønlandsk menneskesyn ikke accepterer nogen form for krænkelse af den personlige integritet. Her forstås menneskesyn som lig med syn på den personlige integritet, der omfatter de personlige holdninger, meninger m.m.,

og det er netop synet på, hvad der er acceptabelt i relation til den personlige integritet, at vi ser nogle fundamentale forskelle mellem vestlig og inuitisk tænkning.

At krænkelse er acceptabelt er ikke det samme som, at man må gøre "hvad som helst". Faktisk er der på internationalt plan blevet formuleret nogle grænser for, hvor langt denne krænkelse må gå. Disse regler er nedfældet i diverse menneskerettigheds-erklæringer gennem de seneste 60 år. Det at måtte krænke et medmenneske er så rodfæstet i den vestlige kultur, at vi næsten kan have svært ved at se det, for det er så "naturligt". Et af de meget klare eksempler er at finde i Bibelens missionsbefaling i Mattæus-evangeliet, hvor Jesus befaler sine disciple at gå ud og gøre alle folkeslag til sine disciple ved at døbe dem i Faderens, Sønnens og Helligåndens navn. Med Bibelen i hånden har kristne i 2000 år haft lov til at krænke andre menneskers personlige integritet med henvisning til missionsbefalingen. Dette princip er nu så dybt integreret i vores socialisering og tænkning med ord som at diskutere, argumentere og overbevise. De er alle positivt ladede ord, der sigter på at krænke den personlige integritet. Overfor står et fundamentalt anderledes syn på personlig integritet, nemlig det inuitiske syn, som under ingen omstændigheder tillader nogen form for direkte krænkelse af den personlige integritet. I den eskimoiske filosofi er den personlige integritet absolut ukrænkelig. Dette er i princippet ultimativt, og det er derfor meget vanskeligt for vestligt socialiserede personer at forstå konsekvenserne fuldt ud. Dette har vidtrækkende konsekvenser for principperne for meningsudveksling, socialisering, opdragelse, undervisning og konflikthåndtering. For al interaktion gælder princippet om ikke – hierarki. Det er et bærende princip i grønlandsk inuitisk socialisering – også den dag i dag(1).

Ruth Blytman Nielsen, der er psykolog i PPR i



Uummannaq har set på om den moderne grønland-ske selvopfattelse er forbundet med frygt- og angst-mekanismer.

En adfærd fra den oprindelige opdragelsesmetode, hvor individet skulle tilpasse sig en levemåde, der vægtede fællesskabet og tilpasningsmetoden, bestod i at benytte frygtmekanismer og emotionel kontrol. Hun mener, at det har givet lav selvaccept og at kommunikationsadfærden har haft problematiske følgevirkninger for befolkningen i nutiden. Dialog og debat er en mangel, der gør sig gældende mange steder i Grønland. Hun siger at vi befinder os i et samfund, der for alvor har fastlagt, at kommunikationsnormerne skal ændres og tilpasses de vestlige normer, således at det grønlandske folk kan måle sig med omverdenen. Men konsekvenserne er store i form af en kommunikationsadfærd, der strukturelt set er lige så vanskelige at håndtere som to modsatte poler. På den ene side normen om tilbageholdenhed og på den anden side krav om at være i stand til at føre sig frem. Når dette ses sammen med, at vreden har skullet undertrykkes og stadigvæk bliver det, så vil man støde på store

vanskeligheder og dilemmaer i håndteringen af disse normer i opdragelsen. Hun peger på det som en del af forklaringen på et psykisk helbred, man bør bekymre sig om og den høje selvmordsrate i Grønland, især blandt unge mænd(2).

Mere erfaring om emnet

I september 2007 deltog jeg i Nuna Med konferencen i Nuuk, hvor sygeplejerske og antropolog, Helle Møller havde en workshop omkring kulturelle og sproglige forholds indflydelse på sundhed og sygdom. Workshoppens deltagere var grønlandsk og dansk sundhedspersonale. Jeg vil referere herfra:

Til spørgsmålet: Kulturelle og sproglige forskelle i grønlænderes og danskere præferencer med hensyn til måder at modtage sundhedsundervisning på? fremhæves følgende:

- kommunikation kan vanskeliggøres ved at grønlænderes og danskeres brug af kropssprog og mimik er forskellig. (hvordan er de forskellige?)
- På dansk fylder det talte ord meget - folk snakker meget for at gøre sig forstået og få deres mening »



hørt. På Grønlandsk fylder det talte ord ikke så meget - man behøver ikke sige så meget for at gøre sig forstået og man gør ikke opmærksom på sig selv og sin mening på samme måde. (Hvordan påvirker det udformningen af sundhedsinformation og den måde informations-kampagner tilrettelægges?)

- Mange Grønlændere værdisætter tavshed. Mange danskere værdisætter (sam)tale.
- Mange danskere værdisætter materielle værdier, grønlændere er måske mindre materielt orienterede. (Hvad betyder det i forhold til sundhed og sygdom?)
- Mange grønlændere bruger ord i deres bogstavelige betydning mens mange danskere bruger ironi hvilket grønlændere generelt ikke gør. (Hvad betyder det i forhold til udformningen af sundhedsinformation og den måde sundhedskampagner udformes på?)
- Både danskere og grønlændere bruger humor men måden de gør det på er forskellig og grønlændere kender ofte de mennesker de bruger humor med specielt godt. (hvordan er grønlandsk og dansk humor forskellig? Hvad betyder det i forhold til sundhed og sygdom og udveksling af information?)
- Måske er det vigtigt for danskeren at være villig til at blive grinet af fordi humoren på egen bekostning er et godt redskab til at nedbryde barriere på.
- Grønlændere der taler dansk og giver udtryk for

at forstå en given information giver måske dette indtryk for ikke at være til besvær/ fordi de følger de burde forstå når nu de taler sproget (Er det kulturelt betinget, og hvordan påvirker det sundhedsarbejderens den måde sundhed/sygdoms information og information om plejen/ behandling i hjemmet skal foregå?).

- I bygderne vil information om sundhed og sygdom i form af postere og pamfletter ofte blive placeret på et ikke let tilgængeligt sted (hvorfor var det det var?).
 - Vestlig (Dansk) information er ofte tekst baseret men bliver ikke brugt lige så meget i grønland. Den personlige kontakt mangler i formidlingen.
 - Dansk undervisning er ofte mål orienteret. Grønlandsk undervisning er ofte proces orienteret.
- Der fortaltes en historie om at skulle lære at sy støvler, hvor den der skulle lære sad og ventede på at blive instrueret med ord mens den der underviste gik i gang og forventede at den der ville lære kiggede på og lærte (hvordan kan den oplysning bruges når informationskampagner udformes?).*

Måske skal man tænke på fortællertraditionen og det at bruge beskrivende billeder i fremtidens planlægning af sundhedsinformation.

Der blev gjort opmærksom på, at hvis der kan skabes en mellemmenneskelig kontakt på tværs af kulturer, der er baseret på respekt før egentlig kommunikation, og at hvis denne kontakt opnås, (hvis

»

"I Grønland diskuterer vi ikke. Vi respekterer hinanden og hinandens synspunkter. Vi blander os ikke i hinandens meninger. Vi skal have lov til at have vores egen mening. Sådan ser vi på hverandre – og på os selv. Vi skal ikke overbevise andre om noget – om at vi selv er bedre end dem. Vi skal respektere, at vi er forskellige og har forskelligt syn på ting og livet. Det drejer sig om at have respekt for hinanden."

deltagerne føler sig respekteret) bedredes kommunikationen for begge parter.

Til spørgsmålet: *Hvordan påvirker de kulturelle og sproglige forhold den måde hvorpå pleje, behandling og folke-oplysnings kampagner om sundhedsrelaterede emner tilbydes?* svares:

- Danske sundhedsansatte med tværkulturel viden/baggrund/indstilling fungerer bedre i det grønlandske sundhedsvæsen (hvad er det de gør forskelligt fra dem, der ikke har den tværkulturelle baggrund?)
- Den danske kontante spørgemåde kan let tolkes som negativt ladet af den grønlandske patient.
- Tekstbaseret sundhedsinformation er ofte dansk der er blevet oversat, og det er ofte ordret oversættelse, hvilket er akavet at læse. Måske er det nødvendigt for nogle at kunne modtage information på en mere historie- fortælle- orienteret måde.
- folk læser ikke tekstbaserede oplysningskampagner måske fordi de ikke er til at forstå (Er det pga. oversættelsen som hentydet ovenfor? Eller måske fordi de mangler læseevnen?)
- En oplysningskampagne om incest og dets følger blev tilsyneladende modtaget og forstået og havde effekt. Denne kampagne var billede og oplevelses – visuelt fremstillet og havde meget lidt tekst. (Hvordan kan den viden påvirke fremtidige informationskampagner?)

Betydning af kultur og sundhedskommunikation.

Stephen B. Thomas giver et indblik i betydningen af kultur og sundhedskommunikation, men også set

i forhold til forskelle/lighed til sundhed. Han mener bl.a. at ved at matche de kulturelle karakteristikker af en population med folkesundheds interventioner, der er designet til at virke på den enkelte i gruppen, kan øge modtagelighed og accept af sundhedsinformation og sundhedsprogrammer. Metoden er i overensstemmelse med den dokumenterede evidens, at faktorer som sundhedsopfattelser, religiøse og kulturelle værdier, livserfaringer og gruppeidentitet, agerer som magtfulde filtre for den information, der bliver modtaget. Thomas fremhæver vigtigheden af at tage hensyn til disse faktorer i udviklingen af sundhedskommunikations fremstød. Indsats til eliminering af sundhedsforskelle skal have informationer om kulturens indflydelse på adfærd og forståelser ikke kun af populationer, men også af folkesundheds-politikere og af de sundheds professionelle, der er ansvarlige for sundhedsservice og folkesundhedsinterventioner(4).

Der er mange udfordringer i det tværkulturelle sundhedsarbejde, hvor kommunikation og forståelse er omdrejningspunkter i processen.

Referencer:

- (1) Hansen K G. "Man ser dem aldrig med hug eller hårde ord at straffe deres børn". Tidsskriftet Grønland 2007 Nov;4:162-178.
- (2) Blythmann Nielsen R. Er den moderne grønlandske selvopfattelse forbundet med frygt og angstmekanismer? Børn og Unge i Grønland – en antologi 2007:194-212
- (3) Notater fra Nuna Med Konferencen Nuuk, Sept 2007
- (4) Thomas S B. Health Disparities: the Importance of Culture and Health Communication. American Journal of Public Health 2050 2004 Dec;94(12)

Synlig Sundhedspleje

Hvorfor er det så vigtigt at være synlig i den kommunale sundhedsfremme og forebyggelse? Hvordan kan sundhedsplejen gøre sig synlig, så man som sundhedsplejerske samtidig føler sig set, som man gerne vil ses?



AF **Karen Wistoft**, ph.d. og lektor i sundhedspædagogisk refleksionsteori, Institut for pædagogik, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, AU.

Selv om synlighed nu for alvor er kommet på den kommunalpolitiske dagsorden – fx i forbindelse med netværksdannelse, partnerskaber og tværgående projekter om børn og unges sundhed – er synlighed ikke nogen ny udfordring for sundhedsplejen. Således viste mine ph.d.-studier tilbage i 2004-2007, at de sundhedsplejersker, generelt følte sig "set forkert". De sundhedsplejersker, jeg interviewede, påtog sig imidlertid selv en stor del af ansvaret for at være usynlige eller blive regnet for andet, end de i virkeligheden ønskede. Sundhedsplejerskerne mente simpelthen ikke, de var synlige nok – særligt i skolen. De følte sig kun i stand til at vise omverdenen, det de skulle ifølge lovgivningen og var – efter deres egne udsagn – ikke gode nok til at vise, hvad de kunne og ville med børn og familier. Dette synlighedsproblem betragtede de således primært som et professionelt selvbeskrivelses- og formidlingsproblem. De følte sig ikke i stand til at formidle deres intentioner og værdier, så de kunne være tilfredse med, hvordan de så ud andres øjne (1).

Forebyggelse og sundhedsfremme rettet mod børnefamilier, dagtilbud, skolebørn og unge har i mange år været sundhedsplejens kerneområder, men inden for de senere år har feltet også bredt sig ud i en mere generel form, der dækker mange professionelle, såsom lærere, pædagoger, fysioterapeuter, forebyggelseskonsulenter m.m. Disse forskellige aktører har i vid udstrækning bidraget til at sætte skub i en udvikling, som bl.a. har betydet, at mange sundhedsplejersker må

stille sig det spørgsmål: hvordan ser vores fremtid ud? Er det en fremtid, der er tilfredsstillende i forhold til de visioner, værdier og mål vi har i sundhedsplejen? Så ud over synlighed i hverdagen bliver synlighed i fremtiden en relevant problemstilling.

Det mest presserende spørgsmål – set fra et sundhedspædagogisk perspektiv – angår koblingen mellem faglighed og sundhedspædagogisk kompetence: Hvordan får man koblet sin faglighed med involverende pædagogiske aktiviteter og til det, der allerede foregår rundt omkring i kommunerne? Sundhedsplejersker vil alt andet lige gerne regnes for andet og mere end "myndighedskontrol", "damen med præventionskassen", "omsorgskvinder" eller "miniskadestuer" på den enkelte skole.

Hovedtemaet i denne artikel omhandler synlig forebyggelse og sundhedsfremme, og jeg lægger op til en diskussion af, hvilke værdimæssige forskelle, sundhedsplejen må tage alvorligt og placerer sig selv i forhold til.

VÆRDIREFLEKTION

Lad os starte med at kikke lidt nærmere på det konkrete sundhedspædagogiske arbejde. En stigende kritik af den traditionelle adfærdsmodificerende og moraliserende tilgang til børn og unges sundhed har ført til en række nye begreber og metoder på det sundhedspædagogiske område. Centralt står kravet om værdiafklaring (2). Dette krav kan fx sidestilles med at en valgt sundhedspædagogisk metode eller aktivitet skal være involverende og handlings-/forandringsorienteret. Det får typisk nogle konsekvenser: målgruppen skal selv være med til at beslutte at sætte aktiviteten i værk og aktiviteten skal rette sig mod at skabe forebyggende eller sundhedsfremmende forandring (3).

Mange adfærds- og kampagneorienterede aktiviteter, som retter sig mod at påvirke befolkningen eller udvalgte målgrupper i en på forhånd bestemt retning, falder derfor uden for denne værdibaserede og involverende tilgang. Den bliver først værdibaseret i det øjeblik, hvor man som sundhedsprofessionel tager målgruppens værdier alvorligt og giver sig tid til at undersøge, hvad et godt liv er for dem. Den bliver først involverende i det øjeblik, målgruppen er med til at fastsætte mål og design for de aktiviteter, der sættes i værk.

Værdiafklaring og involvering bliver sundhedsplejens pædagogiske hovedopgaver, der er en betingelse for at kunne kvalificere til sundhedsfremmende forandringer på børn og ungeområdet (4). Men ikke forandringer med alle midler; disse forandringer skal skabes på baggrund af familiernes, børnenes og de unges egne værdier og handlinger. Og dette indebærer, at de selv involveres i at beslutte, hvad der skal ske og på hvilken måde. Og endelig bør disse beslutninger træffes på et kvalificeret grundlag, som sundhedsplejerskerne bidrager til at tilvejebringe i dialog med deres målgrupper. Denne argumentationsrække sætter begreber om deltagelse, involvering og medbestemmelse i fokus i relation til en værdibaseret sundhedspædagogik.

SUNDHEDSPLEJENS SELVFORSTÅELSE?

Der er generelt enighed om, at sundhedsplejen er en særlig profession. Spørgsmålet er her, om sundhedsplejen også er en sundhedspædagogisk profession? Min erfaring fra en række udviklingsprojekter med sundhedsplejersker er, at de er SUNDHEDSPLEJERSKER, der har sundhedspædagogiske opgaver og

funktioner, men at identiteten som sundhedspædagog ligger lidt fjernt. Den samfundsmæssige funktion er man imidlertid enig om: sundhedsplejen udfører både sundhedskontrol og løser sundhedspædagogiske opgaver, hvad angår småbørn (konsulentfunktionen i dagtilbud), børnefamilier, skolebørn og unge. Sidst men ikke mindst er en vigtig del af sundhedsplejens virksomhedsfelt de tværgående indsatser.

Sundhedsplejens selvforståelse afspejles i professionelle værdier – først og fremmest i opfattelser af sundhed. Både sundhedsbegreber, dvs. forskellige opfattelser af sundhed, og de værdier, der udgør sundhedsplejens beslutningsgrundlag, sikrer at al kommunikation 'lander' på bestemte opfattelser af, hvad god sundhedspleje er. "Det faglige skøn", som knytter sig til det etiske ansvar for de mennesker man har med at gøre, står helt centralt. Dernæst er "den professionelle omsorg" et centralt begreb, som kobler sig til både sundhedskontrollen og den sundhedspædagogiske praksis.

Men hvordan italesætter sundhedsplejersker sig selv? Her har jeg indsamlet udsagn fra sundhedsplejersker rundt omkring i landet. De kalder sig selv og det, de laver:

- "Differentieret sundhedstilbud"
- "Fleksibel sundhedspleje"
- "Specialiseret sundhedspleje"
- "Ind- og udskolingsvirksomhed"
- "Sundhedskontrol"
- "Monitorering og screening"
- "Brugerundersøgelser"
- "Integration af overordnede retningslinjer"
- "Helheds- og omsorgsrelateret sundhedsarbejde" »

"Hvis vi hænger fast i traditionen om at være selvkørende, taber vi i spillet om fornyelse"

SUNDHEDSPLEJENS YDERSIDE

Sammen med leder af sundhedsområdet for børn og unge i Ålborg, Ulla Nordtorp, har jeg tidligere beskrevet sundhedsplejens som en profession med en inderside og en yderside. På indersiden diskuteres den pædagogiske kvalitet, mens ydersiden består af den professionelle legitimering – en ideologisk ramme, der afspejler indersidens værdier og kerneydelser (5).

På sundhedsplejens yderside forholder man sig til følgende elementer:

- Lovgrundlag, anbefalinger, reguleringer
- Organisering og placering i kommunen
- Kommunens økonomi, politik og strategi
- Nye strukturer (kulturer) og samarbejdsformer
- Ansvar mellem region og kommuner (sundhedsaf-talerne)

Sundhedsplejen er som samfundsmæssig organisation legitimeret af en bestemt status og autoritet, der giver mulighed for forvaltning af lovgrundlag (sundhedsloven, serviceloven, strukturreformen, regerings sundhedspakke), sundhedspolitik (kommunens) og Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Derudover skal sundhedsplejen i dag – i højere grad end tidligere – indfri forventninger om en samlet kommunal indsats, tværgående samarbejde, evidensbaseret og differentiering af servicetilbuddene og ydelserne.

Oplevelsen af at "der er mange inde over sundhed" vækker genklang rundt omkring i landet. Det betyder, at det bliver endnu mere presserende at få svar på, hvad det er for en 'vare' (kvalitet), sundhedsplejen kan levere? Hvad er det egentlig sundhedsplejen skal if. lovgrundlaget? Og hvad er det så man kan og vil? Rundt omkring i landet er man i fuld gang med at beskrive en kritisk holdning til forholdet mellem kan og skalopgaver i sundhedsplejen (s fx Sundhedsplejersken nr. 1, februar 2010). Opfattelsen er, at der skal mere klarhed til – specielt fra politisk side – så sundhedsplejen kan afgrænses og få rimelige prioriteringsbetingelser.

Hertil kommer en stigende uklarhed om roller og kompetencer generelt i kommunerne. Der er uklare 'forebyggelsesopfattelser' på børn og ungeområdet, og typisk støder en mere sygdomsorienteret, individualiserende og adfærdsmodificerende forebyggelsesopfattelse fra politisk hold sammen med sundhedsplejens værdibaserede og involverende

tilgang (6, 7). Det får konsekvenser for de nye samarbejdsflader, sundhedsplejersker indgår i, og det bliver vigtigt at få beskrevet sundhedsplejens faglighed, værdigrundlag og et sundhedsbegreb, som andre kan få øje på og dermed forholde sig til.

Ydersiden består altså af en række felter, hvorigennem der opstår forventningspres: a) Professionsidentiteten er dybt afhængig af, om der kommer ny uddannelse, hvilket i skrivende stund stadig er uafklaret, b) det nye lovgrundlag med de mange 'kan' og få 'skal' opgaver, c) disharmonier og samarbejdskonflikter, c) nye endnu ukendte anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, d) mange struktur- og organisationsændringer, som følge af kommunalreformen, e) kommunernes sundhedspolitik, som skal gælde på tværs af faggrænser og forvaltninger og endelig f) kommunernes fokus på økonomi og ofte overskredne budgetter, hvilket gør det vanskeligt for sundhedsplejen at operere med langsigtede mål og argumentere med "bløde værdier".

INDERSIDEN

Men vender vi blikket og ser indad på kvaliteten og på den moderne families forventninger til sundhedsplejen, ja så er der rigtig god grobund for at sikre den pædagogiske kvalitet i sundhedsplejen. I et interview med en 'nybagt' mor, blev det tydeligt for mig, at hun havde stort behov for det hun kaldte: "støtte til de rigtige ting ift. barnets sundhed". Hun ville gerne have, at sundhedsplejersken så, vejede, målte barnet og ville meget gerne vejledes i praktiske spørgsmål omkring barnets sundhed og trivsel. Derimod ville hun ikke 'psykologiseres'! Hverken i forhold til forældreskab eller parforhold.

Sundhedsplejen skal i dag – mere end nogen sinde – holde balancen mellem det, vi kan kalde 'myndighedstjek' og vejledning. Der er ingen tvivl om, at mange småbørnsfamilier efterspørger gode råd i svære situationer og støtte til et sundt barn. På skoleområdet er det altafgørende, at sundhedsplejen udvikler tidssvarende pædagogiske metoder og pædagogiske kompetence, så man sammen med skolens børn, forældre og medarbejdere kan skabe rammer, der baner vejen for et sundere liv blandt børnene og de unge. Det gøres på vidt forskellig vis, og nye udviklingsprojekter dukker op og bliver evalueret med succesrige resultater (8).

»

*"Vi får aldrig vist flaget – og vi får ikke sundhedsfremme
sat på den politiske dagsorden, hvis ikke vi synliggør os selv"*

På småbørnsområdet bliver det centralt at spørge: Hvem er den moderne familie, og hvad efterspørger den? Leverer sundhedsplejen den 'rette vare', og har sundhedsplejen dermed en nutidig berettigelse? Hvordan ser kommunerne på sundhedsplejens opgaver, og hvordan prioriteres der?

Kvalitetsdiskussionerne på indersiden må afspejle de mål, sundhedsplejersker sætter sammen med deres målgrupper. God sundhedspleje er afhængig af både ressourcer og visioner, og for at disse to størrelser kan gå hånd i hånd, må der tilstræbes evalueringsstrategier, der netop indfanger mål for værdiernes udmøntning – ikke kun kvantitative effektmål.

DEN TRADITIONELLE AUTONOMI

En ting går igen i mine studier og analyser af sundhedsplejerskers udsagn, og det er forholdet mellem forpligtelse og frihed – eller forholdet fællesskab og autonomi, hvilket fremgår af disse fem citater:

"Vi har stor autonomi – og det skal der også være"

"Det er en udfordring at være leder for en gruppe, der er så traditionsbundne og autonome"

"Vi lukker os om os selv"

"Vi får aldrig vist flaget – og vi får ikke sundhedsfremme sat på den politiske dagsorden, hvis ikke vi synliggør os selv"

"Hvis vi hænger fast i traditionen om at være selvkørende, taber vi i spillet om fornyelse"

Autonomien er en grundværdi, som til tider støder sammen med fx idéen om at indgå i forpligtende tværfagligt samarbejde. For mange sundhedsplejersker bliver det endnu mere udfordrende, hvis det fælles ikke har fast grund. En sundhedsplejerske siger fx:

"Vi skal jo arbejde tværfagligt, og derfor skal vi have fastlagt helt faste rammer og fælles formål med indsatsen"

Således kan vi udskifte forskellen mellem forpligtelse/frihed med forskellen usikkerhed/sikkerhed, og det er mærkeligt nok det autonome – det frie, der ligger størst sikkerhed i, set fra sundhedsplejerskernes perspektiv!

VÆRDIER - GØRES SYNLIGE!

For at kunne blive synlig i det sundhedsfremmende og forebyggende felt, må sundhedsplejen først og

fremmest beskrive selv og det er en god idé at tage udgangspunkt i diskussionerne om et fælles sundhedsbegreb, nogle fælles professionelle værdier og nogle prioriterede pædagogiske tilgange til arbejdet med børnefamilier, børn og unges sundhed. Hvis ikke disse ting beskrives og formidles til samarbejdspartnere, målgrupper og politikere, er der risiko for forventningssammenstød. Eller sagt med andre ord: uden uenighed, diskussion og værdiafklaring er der risiko for indforståethed, som ikke befordrer en tilfredsstillende synlighed. De værdikonflikter, jeg har præciseret i denne artikel er følgende:

- Autonomi vs. fællesskab
- Frihed vs. forpligtelse
- Kontrol vs. ikke-kontrol (angsten for at overse noget)
- Monofaglighed vs. tværfaglighed
- Risiko vs. ressourcer
- Sikkerhed vs. usikkerhed

Sundhedsplejens synlighed afhænger i høj grad af, hvordan disse forskelle diskuteres, tackles og ikke mindst formidles. De kan altid omskrives til noget, omverdenen billiger – hvilket er en betingelse for at føle sig set, som man gerne vil ses: os selv i omverdenens øjne!

Referencer

1. Wistoft K. (2007). Kvalificering til sundhedspædagogisk værdiafklaring (Ph.d.-afhandling I. København: Danmarks Pædagogiske Universitet.
2. Wistoft K. (2009). Sundhedspædagogik - viden og værdier København: Hans Reitzels Forlag
3. Jensen BB, Simovska V. (2006). Involving students in learning and health promoting processes: clarifying "why?", "what?" and "how?". Journal of Health Promotion and Education
4. Wistoft K. (2009). Pedagogical competence and value clarification among health educators. IUHPE - Global Health Promotion; 16(3):24-34.
5. Wistoft K, Nordtorp U. (2008). Sundhedsplejens indside og yderside - en professionsanalyse. In: Moos L, Krejler J, Laursen PF, editors. Relationsprofessioner - lærere, pædagoger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, socialrådgivere og mellemledere. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag; s. 177-212.
6. Højlund H, Wistoft K, Hansson LN. (2009). Forebyggelse og sundhedsfremme rettet mod børn og unge. Forskningsrapport fra Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, AU. København: Forlaget Lundtofte.
7. Wistoft K, Grabowski D, Højlund H (2009). Sammenhæng i den kommunale indsats. Med fokus på børn og unges sundhed. Forskningsrapport fra Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, AU. København: Forlaget Lundtofte.
8. Wistoft K, Nordentoft HMJ (2010). I hjertet af skolesundhedsplejen - et sundhedspædagogiske udviklingsprojekt i Randers Kommune. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Konferencen: I hjertet af skolesundhedsplejen

Af **Nina Fog**, Sundhedsplejerske

Inden jeg med ord fortæller om mit indtryk og foreløbige udbytte af dagen, vil jeg starte med at give karakter. 5 store stjerner og en lille stjerne samt et hjerte. (max er 6 stjerner og hjerte gives for et særligt indtryk)

Ca 250 mennesker deltog i konferencen, hvor skolesundhedsplejersker fra Randers Kommune præsenterede deres arbejde med forskellige projekter, hvor de havde udviklet og afprøvet nye metoder med forskellige arbejdsredskaber i skolesundhedsplejen.

Ved ankomsten til konferencen fik alle deltagere udleveret en mappe med program, diverse materialer og en bog "I hjertet af skolesundhedsplejen" hvor hele projektet, der handler om den nye erfaringsbaserede viden om den sundhedspædagogiske praksis.

Konferencen blev indledt med velkommen til dagen af projektleder Rikke Selde og derefter af Aage Stenz, formand for det politiske udvalg. Det var godt at høre den positive holdning og velvilje, der har været fra politisk side, hvorfra der lød rosende ord til sundhedsplejen.

Karen Wistoft talte dernæst om

- hvorfor, der var lavet dette pædagogiske udviklingsarbejde.
- Om baggrunden, hvor det blandt andet var en politisk prioritering af børns og unges sundhed, hvor skoleområdet indenfor sundhedsplejen skulle højnes.
- hvad det pædagogiske udviklingsarbejde er.
- beslutningsgrundlaget
- drivkraften

REACH FORTHE STARS
SET GOALS

- det værdireflekterede sundhedsbegreb, hvad er det? Hvor sundhedsplejerskerne gennem en række diskussioner nåede en afklaring af begreber og værdier, så de blev enige om hvad sundhed er.
- og dernæst hvordan børns sundhed kan beskrives.
- om læring og udvikling

Og til sidst om dannelse, der sker i udviklingen af den sundhedspædagogiske kompetence:

- udviklingen af evnen til at se en sag fra flere sider, - at kunne iagttage egne og andres værdier og de grundantagelser, værdierne bygger på, - at reflektere over indbyrdes forventninger og roller (forskelle og værdisammenstød), -at være i stand til at åbne sig over for kolleger og skabe rum for refleksion, - at involvere sig "ægte" i arbejdet, være autentisk og træde i karakter.

Karen Wistofts indlæg blev levendegjort i de forskellige workshop, hvor arbejdet med værdier kom til imponerende udtryk.

Workshops

Der var 6 forskellige, og deltagerne kunne hver opleve 4 (mit eneste minus ved denne dag, var at jeg ikke kunne få dem alle med).

1.SUNDHEDSCIRKUS

Med udgangspunkt i, at børn i 1.klasse lærer via leg, har dette projekt arbejdet med at give børnene oplevelser og læring om sundhed gennem de forskellige sanser. Projektet har arbejdet med at give børnene et nuanceret billede af, hvad sundhed er.

2.DRENG-PIGE, HVAD VIL DET SIGE?

En oplevelse af, at det tit er for sent at undervise børn i 5.-6. klasse om pubertet, var udgangspunktet for dette projekt. Projektet henvender sig derfor til børn i 2-3.klasse, hvor der er arbejdet med at for-

Materiale til de
yngste årgange.

midle viden om kroppens udvikling, kønsforskelle og egne grænser mv.

3. PUSTERUMMET

Børn, hvis forældre er skilt, fylder meget i sundhedsplejerskernes hverdag. Manglende henvisningsmuligheder startede projektet "Pusterummet", hvor sundhedsplejersker har haft gruppeforløb med skilsmisseramte børn i 4.-6.klasse.

4. SELVVÆRD VEJER TUNGEST

Overvægt er et stort problem nationalt og internationalt. Sundhedsplejerskerne er tæt på diverse tiltag, som er afprøvet for at afhjælpe problemet. Manglende resultater og en erfaring som pegede på, at selvværdet havde betydning for overvægten, startede dette projekt, som har arbejdet med fokus på styrkelse af selvværdet i forhold til overvægtige børn i 6.klasse.

5. SUNDHEDSPROFILER

Projektet har udviklet en sundhedsprofil til 8.klasse, der tager afsæt i en sundhedspædagogisk tankegang. Formålet har været at skabe et redskab til undervisning og dialog med henblik på at få en indsigt i de unges overvejelser og handlinger i forhold til sundhedsfremme.

6. DEN INDIVIDUELLE SAMTALE

Projektet har arbejdet med den individuelle samtale i 8.klasse ud fra et sundhedspædagogisk perspektiv. I arbejdet har der været fokus på sundhedsplejerskernes egen praksis og et opgør med den traditionelle sundhedsorienterede vejledningskonsultation. Hvordan er det vi gør, og hvordan kan vi gøre det bedste?

Materialerne, der var anvendt til de enkelte projekter var af høj kvalitet. Både den kreative udformning, men også selve printet og papiret. Til sammen udgjorde det en signalværdi, der ikke er uvæsentlig. Et signal på den grundige og velovervejede baggrund, der er for fremstillingen af disse pjecer, spørgeskema etc. Et seriøst og professionelt signal for mig at se.

De forskellige workshops var fantastisk berigende



oplevelser. Jeg oplevede en høj faglighed, engagerede sundhedsplejersker, der sammen viste noget om synergi, engagement, fantasifuldhed, humor, deltagerinvolvering, blot for at nævne nogle af de mange karakteristika, der bød sig.. I pauserne hørte jeg udelukkende positive meldinger og superlativer. I spørgetiden efter fremlægning var der spørgelyst, og her var der interesserede uddybende spørgsmål, men i de workshops jeg deltog i, var der også bekymringen om timeforbrug og service niveauet i kommunen. Spørgsmål, der egentlig var besvaret i indledningen af konferencen. Bla blev vi fortalt, at der var brugt 25% af timerne i skolearbejdet til at projektarbejdet.

Spørgsmål som måtte dukke op i den pressede tid vi jo oplever, og derfor må stilles her. Er det muligt? " Det her er for godt til at være sandt".

Men sandt, det oplevede jeg det var og er. Bag den flotte dag, fornemmede man det store arbejde, der må ha betydet rutsjeture op og ned for at nå denne kvalitet. En kæmpe opbakning fra de øvrige kolleger i kommunen, altså de der er beskæftiget med småbørnssundhedsplejen.

»

I de enkelte workshops blev jeg også meget optaget af den sparring, der var og havde været i blandt kollegerne i projekterne. Og den praksis oplevelse blev sidst på konferencen fremlagt i den teoretiske udgave ved Helle Merete Nordentoft.

Helle Merete Nordentoft talte om kollegial sparring og kompetenceudvikling med overskriften "Et spadestik dybere".

Umuligt at gengive, så det må citeres "den sparring, vi har haft i projektforløbet, gør, at man når et spadestik dybere – simpelthen: Og så kan jeg mærke at det øger min arbejdsglæde voldsomt. Altså, at vi når ind til kernen af det ypperste. Det, som jeg kalder sundhedspleje. Fordi det handler ikke kun om, hvordan børnene har det udenpå, men også hvordan de har det indeni ... (s.169 i bogen)..."

Et for mig utroligt spændende oplæg. Især efter at ha været i workshops, hvorfra de konkrete billeder kunne hentes frem i bevidstheden.

HMN talte om at forudsætningen for konstruktiv sparring er at skabe den rette stemning. Rammer og ro. Rammerne, der bliver etableret under arbejdet gennem projekterne og den struktur der opstår af dette. Roen, der skabes i nærværet, og som rummer det at kunne lytte og tale i forlængelse af hinanden. En ro, der rummer tillid, respekt og kontakt.

Det var et omfattende oplæg, som jeg kun kan anbefale at læse i bogen, for det er svært at gengive.

En del af udbyttet af projekterne bliver beskrevet af sundhedsplejerskerne med at den traditionelle ensomhed i jobbet blev til en følelse af fællesskab i udtrykket "at løfte i flok" (s.178). Og lysten til at arbejde mere sammen er øget meget " ...det er et fantastisk job, men der har måske manglet den der sociale og faglige sparring, som man får meget mere ud af" (s. 189)...

Jeg oplevede på denne conference, et rigtig flot udviklingsprojekt med resultat i form af flotte skoleprojekter, fagligt og personligt udbytte hos de sundhedsplejersker, der deltog. HMN afsluttede med at citere sundhedsplejerskerne for flere personlige udsagn, som der fint er beskrevet i bogen. Et af de sidste som omtales, er den fornyede arbejdsglæde, som " giver styrke, til at overskride grænser, vokse og skabe –" NYT LIV".

Jeg glæder mig til at læse bogen og lade mig yderligere inspirere, velvidende at her kan ikke kopieres direkte. Det kræver involvering og deltagelse for at komme et spadestik dybere, som der er gjort i projektet.

TAK fordi I i Randers delte ud af jeres glæde, smittende engagement og faglige udbytte med sundhedspædagogik. Og GOD VIND med alt det der følger efter.

»... den sparring, vi har haft i projektforløbet, gør, at man når et spadestik dybere – simpelthen: Og så kan jeg mærke at det øger min arbejdsglæde voldsomt. Altså, at vi når ind til kernen af det ypperste. Det, som jeg kalder sundhedspleje. Fordi det handler ikke kun om, hvordan børnene har det udenpå, men også hvordan de har det indeni ...«



Ensartede forældrevejledninger til børnefamilier i Region Midtjylland

Af **Thea Sjerslev Madsen** og **Ingeborg Hedegaard Kristensen**

Når børnefamilier kommer i kontakt med enten deres egen læge, deres sundhedsplejerske eller børneafdelingerne Herning, Randers, Skejby og Viborg får de nu den samme vejledning.

For at give ensartet råd og vejledning til forældre med syge børn er der udarbejdet 22 forældrevejledninger til brug i modtagelserne i de fire børneafdelinger, i almen praksis og i de kommunale sundhedsordninger i Region Midtjylland. Vejledningerne vedrørende følgende emner:

Børn med:

3 dages feber
astmatisk bronkitis
børnesår
falsk strubehoste
feber
feberkrampe
forgiftninger
forkølelse
halsbetændelse
kighoste
kyssesyge
lungebetændelse
lussingesyge
mave-tarminfektion
mellemørebetændelse
RS - virusinfektion
Schönlein-Henochs purpura
skarlagensfeber
skoldkopper
urinvejsinfektion
virus
øjenbetændelse.

Forældrevejledningerne er godkendt af afdelingsledelserne på børneafdelinger. De anbefales anvendt af regionspraksiskoordinatoren og af de ledende sundhedsplejersker i regionen.

Vejledningerne følger den evidens der er på området og er den bedste kliniske praksis i forhold til håndteringen af "småsyge" børn.

Ensartede vejledninger er første skridt på vej til shared care. Ved shared care forstår vi et integreret tværsektorielt samarbejde om patientforløb for børn og deres familier i forbindelse med sygdom, hvor ansvaret for barnet og familiens behandling, rehabilitering, forebyggelse af sygdomme og fremme af sundhed deles mellem tværsektorielle og tværfaglige team.

Behandlingen er et fælles ansvar, og kerneområderne er vidensudveksling, dialog mellem de involverede, en fælles forståelse af problemstillingen og bedste kliniske praksis. Det forudsættes, at børn og forældre inddrages som ligeværdige i dialogen og forståelse af problemstillingen.

Region Midtjylland har taget første skridt på vejen til at implementere shared care på børneområdet.

Utrolig mange faktorer har betydning for indlæggelsen af børn, f.eks. de sociale forhold, afstand til sygehus, forhold på børneafdelingerne, tilbuddene, frygt for at overse alvorlige tilfælde, øgede forventninger fra forældre. Ten-

densen er, at børnene hyppigere bliver indlagt i de større byer.

Formålet med forældrevejledningerne er også at forebygge at småsygdomme udvikler sig og resultere i indlæggelser.

Børenemodtagelserne sender over 50% af de henviste børn hjem efter nogle timers observation. Forældrene vejledes i at håndtere børnenes symptomer ud fra de omtalte fælles vejledningsspecjer.

En opfølgende ensartet vejledning fra egen læge eller sundhedsplejerske vil øge forældrenes kompetencer, tryghed og sikkerhed overfor deres syge børn.

Emnerne for forældrevejledningerne tager udgangspunkt i de sygdomme der ses på børneafdelingernes modtagerafsnit. Vejledningerne vedrørende de hyppigste sygdomme eller symptomer ex. feber og kan med fordel bruges af sundhedsplejerskerne og praktiserende læger for at øge forældrenes kompetencer i forhold til at håndtere småsygdomme hos deres børn.

Forældrevejledningerne er udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Herning, Randers, Skejby og Viborg børneafdelinger. Toni Christiansen, Lene Reinholdt Hansen, Ingeborg Kristensen, Thea Madsen, Lisbeth Møjnbæk og Kirsten Skytte.

Vejledningerne revideres årligt og det faglige ansvar ligger hos børneafdelingernes ledelse.

**Generelt:**

3 dages feber er en virus sygdom, der giver høj feber i tre dage, og så falder temperaturen. I forbindelse med at temperaturen falder, kommer der et rødpletet udslæt på huden. Det starter typisk på kroppen og spredt sig til arme og ben.

Sygdommen skyldes et almindelig virus, og derfor får de fleste børn sygdommen som spæde eller som små børn.

Smitte:

Man kender ikke årsagen til sygdommen, men man regner med, at det er et virus, som overføres via luftvejene ved dråbeinfektion blandt andet host og nys.

Viruset findes i barnets spyt, og smitten sker, når barnet indånder små dråber fra host eller nys, og når det har kontakt med urene hænder eller f.eks. legetøj med spyt eller snot. Der går 5 – 15 dage, fra barnet er smittet, til det bliver sygt.

Symptomer:

- Pludselig høj feber hos et barn, der ikke har tegn på forkølelse.
- Træthed, uro og almen utilpashed.
- Feberen forsvinder som regel efter tre dage, deraf navnet.
- Der kommer udslæt på huden, når temperaturen er faldet.

Gode råd:

- Når barnet har feber, er det vigtigt, at det kan komme af med varmen. Tit er det nok, at barnet har undertøj og små sokker på. Læg et lagen eller dynebetræk over i stedet for dynen.
- Barnet skal have rigeligt at drikke. Tilbyd små mængder hyppigt. Spædbørn bør ammes ekstra.

Hvornår søger man læge:

- Søg læge hvis barnet:
- virker slapt, og du har dårlig kontakt med det
- ikke vil drikke og ikke kan tisse
- har høj feber mere end tre dage
- får udslæt, der ikke forsvinder, når du trykker på det
- bekymrer dig og du bliver utryg.

Brug først og fremmest din egen læge, som kender barnet bedre end vagtlægen. Sundhedsplejersken kan også komme med vejledning og gode råd.

Behandling:

Ved de fleste virus sygdomme er der ingen effektiv behandling. Det drejer sig om at lindre symptomerne og holde øje med barnets tilstand. Hvis barnet har smerter og/eller ikke vil drikke, kan du give smertestillende medicin efter aftale med en læge.

Forebyggelse:

Forebyggelse er i vanskelig i praksis, fordi smitten nemt overføres, de steder hvor mange børn er i tæt kontakt med hinanden.

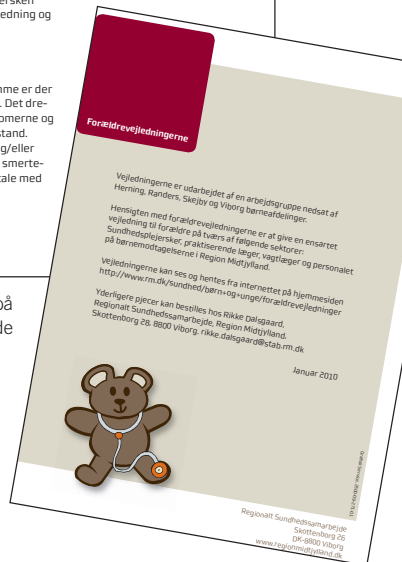
Håndvask efter at have rørt ved et sygt barn er vigtig. Generelt er det vigtigt, at både børn og voksne vasker hænder tit, da undersøgelser viser, at det betyder mindre smitte af sygdomme.

Institution/dagpleje:

Barnet må komme i institution, når det ikke har feber længere og har det godt.

Er der mulighed for, at barnet kan blive hjemme et par dage ekstra, er det fint, for det første par dage, har barnet større risiko for at blive smittet med andre sygdomme. Det gør også risikoen for at smitte andre børn mindre.

Eksempel på vejledningerne på Region Midtjyllands hjemmeside



Eksempel på en af vejledningerne

Børn med feber

Generelt:

Små børn får tit feber. Feberen er ikke farlig i sig selv, men er et symptom på, at barnet har en infektion i kroppen.

Børns temperatur kan svinge hurtigt op og ned.

Barnets normale temperatur er mellem 36 grader og 37,5 grader målt i endetarmen.

- Er temperaturen mellem 37,5 grader og 39 grader, taler man om let til moderat feber.
- Er temperaturen over 39 grader, taler man om høj feber

Symptomer:

Feber påvirker børn forskelligt.

Nogle børn leger og er friske, og

andre bliver trætte, pjevsede og sover meget.

Gode tegn ved feber når barnet:

- er interesseret og opmærksomt på sine omgivelser og vil gerne høre historier, se tv eller film
- drikker
- tisser som normalt
- har en ubesværet vejrtrækning, der kan være lidt hurtigere ved høj feber
- har en sund kulør – evt. røde kinder
- ligner sig selv, men kan være mere træt og pylret end normalt.
- Dårlige tegn ved feber når barnet:
- er sløvt og uinteressert i omgivelserne
- vil hverken drikke eller spise
- tisser mindre end normalt
- har besværet vejrtrækning

- er blegt, evt. blå omkring læberne
- har udslæt, der ikke forsvinder, når man trykker på det. (hudblødninger)
- har over 40,5 grader i temperatur.

Gode råd:**Pasning og pleje:**

Barnet må gerne få et hurtigt bad. Spædbørn og for tidligt fødte børn er mere følsomme for kulde, og man bør se til det ofte. Større børn med let til moderat feber kan fint

»



Barnet smitter mest i forkølelesstadiet og kan smitte i op til 8-9 uger, efter sygdommen er startet.

Symptomer:

I forkølelesperioden:

- Almindelige forkølelessymptomer
- Evt. feber og hoste

I hosteperioden:

- Hosten bliver værre og kommer typisk i anfald, hvor barnet kan blive højtrådt, blåt eller blegt i ansigtsskulæren.
- Hosteanfaldene kan variere fra få til 40-50 pr. døgn, og kan vare fra få sekunder til flere minutter – og det afsluttes ofte med, at barnet hoster sejt slim op.
- Det spæde barn kan holde vejtrækningspauser.
- Barnet kan »kige« (hvis efter vejret efter en serie hosteanfald).
- Barnet kan ofte kaste op i forbindelse med hosteanfaldene.
- Barnet har ofte ondt, når det har hosteanfald.

Gode råd:

- Giv barnet rigeligt at drikke. Væske gør slimmen tyndere og lettere at hoste op.
- Vær opmærksom på, at barnet ikke har for meget tøj på, hvis det har feber.
- Hæv hovedgærdet på barnets seng, det vil lette dets vejtrækning. Det virker slimmæssigt og gør hosten lettere, hvis barnet

skifter stilling, sover på begge sider, kommer op at sidde, bevæger sig/leger efter evne.

- Frisk luft. Luft gerne ud flere gange dagligt.
- Saltvandsdråber til næsen kan løse sejt snot/slim. Man kan evt. bruge en »næsesuger«, som kan købes på apoteket.
- Undgå rygning. Det irriterer barnets luftveje.
- Oplys de familier med spædbarn, som I har haft kontakt med, at jeres barn har kighoste.

Hvornår søger man hjælp?

Søg læge hvis barnet:

- har langvarige hosteanfald med kraftig kigen (hvis efter vejret)
- bliver blåligt eller blegt i ansigtet ved hoste, eller holder pauser i vejtrækningen
- har kaster meget op og ikke kan drikke
- virker mere træt og slapt end normalt
- bekymrer dig og du er utryg.

Brug først og fremmest din egen læge, som kender barnet bedre end vagtlægen. Sundhedsplejersken kan også komme med vejledning og gode råd.

Behandling:

- Hvis symptomerne opdaget tidligt, kan barnet behandles med antibiotika. Det kan gøre forløbet lettere og mindske at smitten spredes.

- Giv smertestillende medicin efter aftale med læge.
- Lindre symptomerne.

Forebyggelse:

- Orienter jer, om der er kighoste i lokalområdet og i mædreguppen.
- Vær opmærksom på at jeres barn de første 3 måneder er ekstra modtageligt for smitte.
- Vaccination giver god beskyttelse; men da den 1. vaccination beskytter meget ringe, bør især børn under 6 måneder, ikke udsættes for smitte.
- God hygiejne. Vask altid hænder efter kontakt med barnet.
- Hvis dit barn har kighoste, bør man pga. smitterisiko, ikke have kontakt med børn fra 0-6 måneder.

Institution/dagpleje:

Barnet kan komme i institution, når feberen er ovre, og hoste-anfaldene ikke giver problemer mere. Selv om barnet kan smitte i mange uger efter den første hoste, er reglerne, at de kan komme i institution alligevel. Det skyldes, at man går ud fra, at de andre børn har fået mindst 2 vaccinationer. Kontakt med spædbarn (0 - 6 mdr.) bør dog undgås. Oplys institutionen om, at barnet er smittet med kighoste. Er der mulighed for, at barnet kan blive hjemme et par dage ekstra, er det fint, for det første par dage, har barnet større risiko for at blive smittet med andre sygdomme. Det gør også risikoen for at smitte andre børn mindre.

sove ude – også her skal man huske at se til det oftere.

Mad og drikke:

Et barn med feber har tit ikke lyst til at spise. Det gør ikke noget, at barnet ikke spiser et par dage. Du kan sagtens selv lade barnet bestemme, hvad det vil spise og hvornår.

Det er til gengæld vigtigt, at barnet får rigeligt at drikke, fordi det mister ekstra væske ved fordampning og hurtig vejtrækning. Tilbyd gerne barnet det, som det bedst kan lide – sodavandsis er også væske. Tilbyd små mængder tit.

Spædbørn må og skal ammes ekstra.

Påklædning:

Når barnet har feber, er det vigtigt, at det kan komme af med varmen. Tit er det nok, at barnet har ble og

evt. undertøj på. Læg evt. et lagen eller dynebetræk over i stedet for dynen.

Barnet kan have kolde hænder og fødder og må gerne få sokker og vanter på.

Omgivelserne må gerne være lidt køligere end normalt.

Hvornår skal man søge hjælp:

Hvis barnet har et eller flere af de dårlige tegn ved feber så kontakt egen læge eller vagtlæge.

Brug først og fremmest din egen læge, som kender barnet bedre end vagtlægen. Sundhedsplejersken kan også komme med vejledning og gode råd.

Institution/dagpleje:

Barnet må komme i institution/dagpleje/skole igen, når feberen er væk, og barnet spiser, drikker og leger normalt igen.

Er der mulighed for, at barnet

kan blive hjemme et par dage ekstra, er det fint, for det første par dage, har barnet større risiko for at blive smittet med andre sygdomme. Det gør også risikoen for at smitte andre børn mindre.

Alle vejledningerne kan ses og hentes fra internettet på hjemmesiden

<http://www.rm.dk/sundhed/børn+og+unge/forældrevejledninger>

Thea Sjørsløv Madsen er over-sygeplejerske på Børneafdelingen, Kvinde barn centret, Regionshospitalet Herning

Ingeborg Hedegaard Kristensen er regionssundhedsplejerske i Regionalt Sundhedssamarbejde, Region Midtjylland
 ingeborg.kristensen@stab.rm.dk

Udfordringer for sundheds- og

Fra venstre Esther Dua Oyinka, Juliana Akugre Anam-Erine, Gertrude Yentumi, Georgina Peace Asimadi, Florence Angsomwine, Charity Azantilow og Elisabeth Alizar Kopri foran.



Forfatter: **Malene Steen Nielsen Flagga**. Videnskabsjournalist, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, KU

Jeg møder sundheds- og sygeplejerske Esther Dua Oyinka og hendes kolleger fra Ghana så langt hjemmefra som en lille, spartansk spisesal i et gæstehus i den levende og kaotiske by Vellore, Indien. Ventilationspropeller suser heftigt i loftet, stolene skramler højtlydt, når de bliver trukket ud over det slidte linoliumsguld og bag de myggenet-dækkede vinduer spreder en tropisk park sig ud under strålende klart sollys.

Jeg er herude i den eksotiske Tamil Nadu-provins i det sydlige Indien for at tage billeder og samle oplysninger, og det viser sig at blive en helt uforglemmelig tur og et møde med lige så uforglemmelige nye mennesker.

De syv ghanesiske sygeplejersker bor her i gæstehuset sammen med 17 andre sundhedsar-

bejdere, læger, doktorer, tandlæger og medicinstuderende fra hele kloden som del af deres træning for at modtage en master i international health-grad fra Københavns Universitet. Hver gang jeg kommer ned for at spise, har jeg fornemmelsen af at deltage i en eller anden international conference, for her er afrikanere, asiater, amerikanere og europæere samlet om de simple spiseborde.

Til frokost diskuterer jeg international tolerance, etik og religion med en afghansk flygtning fra Danmark, en læge fra Nigeria og en tandlæge fra Indien. Mit lille værelse på gæstehusets tredje sal, badet i det kolde skær fra de lysstofrør, der er så almindelige i udviklingslande, danner efter aftensmaden rammerne om et besøg af Esther, Florence Angsomwine, Elisabeth Kopri, Gertrude Yentumi, Georgina Peace Oyewo, Juliana Akugre Anam-Erine og Charity Azantilow. Ved morgenbordet havde jeg kommenteret, at en af de indiske retter ikke var

sygeplejersker **i Ghana**

stærk nok til at bringe sved på min pande, så de havde medbragt en lille ghanesisk snack der tog sig af jobbet.

Og så, til den svage kakofoni af Vellores aftens- trafik, entusiastiske fårekylinger og andre natte-in- sekter i den kulsorte park udenfor og den konstante hvæsen og dryppen fra ventilatoren tager vi en snak om syge- og sundhedspleje i udviklingslande så som Ghana. Danske sygeplejersker skal håndtere et stort pres på grund af en voksende arbejdsbyrde, og det, fortæller Esther mig, er ikke anderledes i Ghana.

"Ofte er der kun en medicinsk doktor på et ho- spital," siger hun. Jeg kigger på hele gruppen, der nikker, mens jeg som vesterlænding fra et land med

sygesikring og behandlingsgaranti prøver at fore- stille mig, hvordan det ville være.

"Derfor har hospitalernes sygeplejersker et meget stort ansvar," fortsætter Esther," og skal af og til ud- føre mindre indgreb."

Disse kvinder arbejder som distriktssygeplejer- sker, og mange af dem har desuden en uddannelse som jordmødre. Ghana er delt op i 138 regioner, hver med deres under-regioner som indeholder utallige små samfund. "Mange områder i Ghana er stadig svære at nå frem til," fortæller Florence, mens Gertrude tilføjer, at manglende ressourcer er endnu et problem. "Vi bliver hele tiden nødt til at improvi- sere, og det gør det svært at få nogle rutiner op og stå."

»

Florence (th) og hendes hold på vej ud til en af landsbyerne i området omkring Vellore.



Mens Ghana klarer sig godt sammenlignet med andre afrikanske lande, så er den lille stat i Vestafrika stadig under udvikling, spædbørnsdødeligheden er høj og manglen på jordmødre er stigende. Et problem som Ghanas regering først for nylig er begyndt at håndtere gennem en ny 3-årig uddannelse.

"Arbejdsbyrden i mit område er enorm," forklarer Elizabeth. "Og vi er meget få ansatte sundhedsarbejdere, som skal hjælpe en stor befolkningsgruppe. Men hvad jeg lærer her på MIH-uddannelsen, så som data-analyse, vil hjælpe mig med at forbedre sundhed og sundhedsrelaterede emner ved at bruge undersøgelser og forskning."

Kun halvvejs gennem sit MIH-studie-år føler Florence, at hun vil være bedre til at bestyre sit område, da hendes tankesæt og måde at gøre tingene på har ændret sig. "Jeg kan nu analysere data skabt fra serviceydelser," siger hun. "Og dermed planlægge brug af ressourcer, der kan forbedre sundheden for folk i mit samfund."

"Vi lærer også, hvordan vi kritisk læser og gennemgår enhver videnskabelig tekst, vi kan støde

på," tilføjer Gertrude, mens Juliana påpeger ideer og færdigheder fra andre lande globalt som en gevinst.

Desuden giver opholdet i Indien de ghanesiske sygeplejersker et enestående indblik ind i et andet udviklingslands sundhedssystem og de udfordringer det står overfor. Og ved at være en del af master of international health programmet, som er åbent for både medicinstuderende og færdiguddannede sundhedsarbejdere fra hele verden, bliver disse kvinder også nødt til at forbedre deres computerfærdigheder samtidig med studier, lektier, og omstilling til et nyt klima, mad, og deres medstuderendes engelske accenter og deres kulturer.

"Jeg har indset, hvor vigtigt det er, at lokalsamfundets medlemmer deltager i programaktiviteter," siger Esther. "Vi skal finde de samfundsbaseerede ressourcer, og den mest virksomme og effektive måde at bruge dem på." Hun har valgt at tage MIH-graden, da hun ønskede at opgradere sig selv, og da muligheden bød sig, havde hun og de andre ghane-siske sygeplejersker taget imod støtte fra Danida.

"Vi vil meget gerne have at du viderebringer vo- »

Florence Angsomwine med sit hold fra Bulgarien, USA, Indien, og Zanzibar samt en af de lokale landsbykvinder i områderne omkring Vellore.

Elizabeth Kopri og hele MIH-holdet slapper af



res tak til Danida,” fortætter Esther og indikerer hele gruppen. ”Uden deres hjælp ville vi slet ikke være her.” Det lover jeg, og det går op for mig, at her er et eksempel på en anderledes og meget brugbar form for udviklingshjælp. I stedet for at sende penge eller nødhjælpsarbejdere til Ghana, inviterer Danida sundhedsarbejdere til Danmark, giver dem ny viden, nye færdigheder, og feltarbejde i Indien, hvor de bliver konfronteret med et andet slags sundhedssystem i et udviklingsland, hvorefter de vender hjem til deres egne lokalsamfund. Ikke kun lærer de, hvordan de skal udføre forskning og undersøgelser, de har også fået et nyt perspektiv på deres eget arbejde og sygdomme i lav- og mellemindkomstlande i almindelighed.

Til sidst spurgte jeg, hvad sygeplejerskerne fra Ghana opfatter som den internationale sundheds største udfordringer på en global skala. Og de opførte at nye sygdomme rejser hurtigt jorden rundt pga globaliseringen, at ny medicin ikke retter sig mod de sygdomme som påvirker det største antal mennesker, men mod indbyggere i Vesten, den globale ulighed, overbefolkning og ikke-smitsomme sygdomme, som hjertekarsygdomme, forhøjet blodtryk og programmeret diabetes (en tilstand som påvirker ufødte fostre hos sultende mødre, således,

at når barnet vokser op, kan kroppen ikke håndtere en normal diæt og udvikler sukkersyge – dette påvirker områder, der i forvejen kæmper med sygdomme som malaria og HIV/AIDS, og kaldes ”the double burden of disease”).

Esther, Florence og de andre samler deres ting sammen, og gør sig klar til at forlade mit værelse. De har alle sammen lektier, der skal gøres færdige og ting at læse gennem denne aften, før mere undervisning den følgende dag. Jeg sidder tilbage med en følelse af, at disse kvinder bærer et enormt ansvar på deres skuldre, men efter personligt at have mødt Florence, Gertrude, Georgina, Elizabeth, Juliana, Charity og Esther og set med hvor stor iver og energi de tager imod ny viden, er jeg også sikker på at de er situationen voksne – og med deres nye grad vil være i stand til at håndtere endnu flere udfordringer.

Jeg føler mig pludselig meget privilegeret. Og stor respekt for de ghanesiske sygeplejersker som har efterladt mænd og børn i deres hjemlande med det ene formål at få undervisning og nye færdigheder for at forbedre sundheden i deres lokalsamfund.

Det er professionelt engagement ud over alle grænser.

På litteraturgruppens vegne,

Anette Sørensen

Litteraturanmeldelser

Titel: "Etisk håndværk"

Forfatter: Jacob Birkler

Forlag: Munksgaard

Sideantal: 160 sider,

ISBN: 9788762808706

Anmelder: *Susanne Hede,
Formand for Fagligt Selskab
for Sundhedsplejersker*



En overskuelig bog om et stort emne.

Birkler har en fin indføring i det etiske teoretiske univers, som er på et niveau, hvor alle kan være med. Derefter er bogen fyldt med citater fra sygeplejersker og/eller patienter. Den rummer nogle af livets store spørgsmål (som f.eks. aktiv dødshjælp), men omhandler også dagligdags handlinger og dilemmaer. Mange af eksemplerne ses og forstås i en sygeplejerske-hospitalts kontekst, men kan med lidt oversættelse tænkes ind i en sundhedsplejerskes hverdag.

Alle sundhedsplejersker kommer under tiden ind i overvejelser over "skal", "kan" og "bør" i forhold til deres praksis i en konkret familie. Der kan også opstå drøftelser i en kollegagrube vedr. opnåelse af servicemål, eller prioritering af opgaver – især i disse år, hvor mange opgaver lægges til det den enkelte skal nå og hvor karakteren

af arbejdet kan se meget anderledes ud i løbet af en kort årrække.

I denne bog er der inspiration til at opkvalificere nogle af drøftelser, den er målrettet studerende (sygeplejestuderende eller sundhedsplejestuderende) men kan også anvendes i praksis.

Der er både solid teori bag ordene, en let præsentation af disse krydret med mange eksempler – som gør den meget tilgængelig.

Jeg kan anbefale, at Sundhedsplejen tager den etiske vinkel med i drøftelser om serviceniveau, udmøntning af kommunens service til borgerne og ikke mindst i forhold til prioritering af indsats til særligt udsatte børn og unge. Denne bog kan være et redskab i en sådan sammenhæng.

Titel: "Sov igennem uden gråd"

Forfatter: Elizabeth Pantley

Forlag: Aronsen

Sideantal: 235

ISBN: 9788799110902

Anmelder: *Lisbeth Willumsen,
Psykoteraapeut og
sundhedsplejerske MPF*



Anmelder skriver bl.a.

Bogen bærer meget præg af at forfatteren er amerikansk og at

den er skrevet til andre forhold end danske.

De første 35 sider fortæller om forfatteren og andre test mødres oplevelser med børn, der ikke vil sove. Der følger et godt afsnit om grundlæggende fakta om søvn (en viden som sundhedsplejerskerne i DK plejer at formidle, som jeg kender dem).

Herefter følger skemaer og guidning til at lave en minutvis personlig søvnplan, hver nat. Skemaet der skal udfyldes med: Tidspunkt? Hvordan man blev vækket? Hvor længe vågen? Hvad man gjorde? Faldt i søvn igen hvornår? Faldt i søvn igen hvordan? Hvor lang søvnperiode? Alt registreres så igen, hver gang barnet er vågen, måske op til 10-12 gange hver nat. Derefter laves også skematisk oversigter i dagtimerne. Systematisk og stringent. Planen følges i 10 dage, derefter udfyldes et nyt (en anden slags) skema. Hver 10 dag analyserer man så selv resultatet. Planen følges endnu 10 dage, analyse igen, se på resultatet, revider evt. planen.

Blev du som læser helt træt at læse alt det man skal? Jeg gjorde. Jeg tænker på hvor træt og udkørt de mødre allerede er som forfatteren opfordrer til dette kæmpe stykke arbejde.

Bogen deles i råd til børn op til 4 mdr. og fra 4 mdr. til 2 år. Den første del hvor rådene udvides med forslag til ritualer og rytmer.

Samtidig er der i hele bogen indsat andre mødres erfaringer. (Jeg kom til at tænke på om disse amerikanske børn ikke har en far, der er ikke på noget tidspunkt nævnt en fars erfaringer)

Der er i bogen også opfordringer til at mor skriver en "familie bestseller", og "en sove bog" til oplæsning hver aften samt en "barnets bog." Evt. også laver en "godnat plakat." Forslag som lyder godt, hvis man er som jeg sidder veludhvilet og uden små børn, men som må virke som et yderligere pres, hvis man er træt, som nybagte mødre der sover for lidt, jo er.

151 sider hen i bogen opfordres mor så til at lave en personlig søvnplan. For mig lyder det som otte siders forslag til "nytårsforsætter": f.eks. "Jeg vil ikke lade mit barn sove for længe om dagen." "Jeg vil følge et godnat ritual", alt sammen råd, som er svære at holde for en mor og en far, når man har fået for lidt søvn. Herefter følger så igen flere skemaer at udfylde.

Der er dog også i bogen fine små afsnit hvor respekt for det lille nye menneskes egenart fremhæves. Andre små afsnit om f.eks. tandfrembrud, kolik, indretning af soveværelse og betydningen af motion til mor. Men igen, for mig at se, helt almindelig vejledning, som man i Danmark vil kunne få af sin sundhedsplejerske, uden at skulle finde rundt

i skemaer og amerikanske telefon numre og amerikanske mail adresser som findes sidst i bogen.

Bogen er heldigvis også bearbejdet, så der også er indsat henvisninger til danske hjemmesider og taget hensyn til sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Titel: Skjulte Lidelser.

Om whiplash, kroniske smerter, fibromyalgi med mere.

Forfatter: Redigeret af Susan Schlüter og Vibeke Søndergaard.
Sidetal: 254

Forlag: Dansk Psykologisk Forlag.

Anmelder: Sundhedsplejerske Jytte Birthe Jensen.



Anmelder skriver bl.a.

Bogen er blevet til på baggrund af mange samtaler mellem psykologer og klienter med lidelser, som omgivelserne ikke kan se, fornemme eller mærke, at klienterne lider af.

Derfor er den skrevet af flere forskellige fagpersoner.

Der er 11 forskellige fremstillinger af de psykiske lidelser, som den enkelte forfatter er specialist i. Desuden er der et enkelt afsnit af en kvinde, som har følt på egen krop at have en skjult lidelse – nemlig whiplash.

Det er umiddelbart ikke en

bog, som er vældig brugbar for sundhedsplejersker. Men den er da interessant og let læselig.

Det skal da også nævnes at det er hensigten at sende bogens budskab ud til så mange forskellige personer, som muligt. Her iblandt ikke blot professionelle men også pårørende og de ramte selv.

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:
christinalindhardt@fs10.dk

v/ Sundhedsplejerske, MSP, IBCLC
Annette Poulsen, email: ANP@sst.dk



Orlov

Jeg holder orlov og vil være væk fra 9. april til 1. september, idet jeg skal til Grønland og arbejde som sundhedsplejerske i Ilulissat.

I min orlov varetages rådgivningsfunktionen af mine kollegaer. Nedenfor finder du oplysninger på de personer, du skal kontakte i mit fravær:

- Amning, spædbarnsernæring, miljømedicin og hygiejne: læge Perle Darsø: pda@sst.dk telefon 7222 7646t
- Smitsomme sygdomme: læge Asja Lemcke: asl@sst.dk telefon 7222 7867

- Allergi: læge Jette Blands jbl@sst.dk telefon 7222 7750
- Sundhedsplejerskeuddannelsen: sygeplejerske Randi Gjerding rg@sst.dk telefon 7222 75 52
- Sygeplejersker på dispensation: sekretær Inge Kaas ika@sst.dk telefon 7222 7650

For øvrige henvendelse kontakt overlæge Christine Brot chb@sst.dk telefon 7222 7824

Jeg håber, I vil være tålmodige, hvis svartiden er lidt længere end sædvanligt og

glæder mig til at være tilbage igen d. 1. september.

Annette Poulsen
anp@sst.dk telefon 7222 7597



**Nyt
produkt godkendt
til forebyggelse og
behandling af mælkeallergi.**

Ud over de allerede kendte produkter Nutramigen® og Profylac® har Sundhedsstyrelsen godkendt følgende præparat: Altharé®

Reviderede anbefalinger har været i høring

De reviderede anbefalinger har været i høring og Sundhedsstyrelsen bearbejder p.t. høringssvarene. Førend de reviderede anbefalinger kan træde i kraft skal loven vedrørende "Barnets reform" vedtages, idet denne lov kan få implikationer for den endelige tekst om det tværfaglige samarbejde, underretninger mm. Loven forventes vedtaget i Folketinget inden sommerferien. Herefter forestår den endelige færdiggørelse af anbefalingerne, lay-out og tryk.

Nye anbefalinger for D vitamin

I slutningen af april 2010 kommer Sundhedsstyrelsen med nye anbefalinger for D-vitamin tilskud til både børn og voksne. For børn gælder, at det nu anbefales, at alle børn skal fortsætte med D-vitamin dråber, til

de er to år. Børn med mørk hud og børn, som går klædt tildækket om sommeren skal fortsætte med D-vitamin gennem hele barndommen som hidtil anbefalet. Der vil blive tilsendt en officiel

meddelelse om de nye D-vitamin anbefalinger til alle landets kommuner, att. den ledende sundhedsplejerske. I meddelelsen kan du læse om baggrunden for de nye anbefalinger.



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

Christina Louise Lindhardt

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



Kasserer

Lisbet Nissen

H.P. Hanssensvej 17
6100 Haderslev
Telefon 74 53 65 75
E-mail: lisbetnissen@fs10.dk



Anette Sørensen

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



Hanne Lindhardt

Dalsø park 144
3500 Værløse
Mobil 30 26 24 78
E-mail: hannelindhardt@fs10.dk



Charlotte Precht

Stensballe Strandvej 185
8700 Horsens
Telefon: 29 90 45 75
E-Mail: charlotteprecht@fs10.dk



Jette Honoré

Mellemvangen 62
2700 Brønshøj
Telefon: 42 70 72 57
jettehonore@fs10.dk



Udgiver

Fagligt Selskab for
Sundhedsplejersker

Ansvarshavende redaktør

Hanne Lindhardt

Næste deadline

27.04 2010

Aflevering

Aflevering af materiale til
Sundhedsplejersken: Indlæg sendes
til redaktør Hanne Lindhardt.
Tekster modtages på e-mail eller
CD (vedlæg print).
Email: hannelindhardt@fs10.dk

Udkommer

Sundhedsplejersken udkommer
6 gange årligt i lige måneder.

Annoncer

Stibo Zone
Jørgen Ostenfeld
Tlf. 8939 8840
Email: joos@stibo.com
Annonce-deadline 8. maj

Layout og grafisk produktion

Katrine Bønsøe
Email: katb@stibo.com
Stibo Graphic A/S
Tlf. 7626 3600
www.stibographic.com

Oplag

1.747 eksemplarer
I perioden 1. januar – 30. juni 2009

ISSN nr.

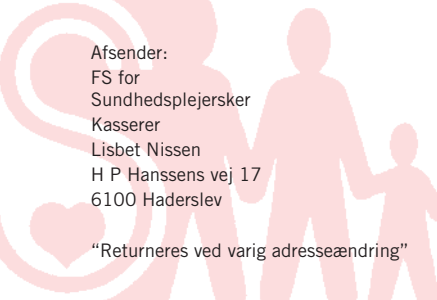
09069577

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 opfat-
telse, der gives udtryk for i bladet.



Afsender:
FS for
Sundhedsplejersker
Kasserer
Lisbet Nissen
H P Hanssens vej 17
6100 Haderslev

“Returneres ved varig adresseændring”

