



Nr. 3 | juni 2010
32. årgang

Sundhedsplejersken

FAGLIGT SELSKAB FOR SUNDHEDSPLEJERSKER

WWW.SUNDHEDSPLEJERSKEN.INFO



Amning



- 5 Leder
- 6 Opslagstavle

Nyt fra bestyrelsen

- 8 Indkaldelse til legatansøgning
- 10 Landskonferencen 2010

Amning

- 14 Bristede forventninger

Fag

- 30 Uddannelse til ammekonsulent
- 32 Obstipation og fækalieinkontinens hos børn

- 40 Urin- og afførings inkontinens hos børn
- 44 Kiropraktorbehandling af kolikbørn

Faglitteratur

- 50 Barndommen varer i generationer – Forebyggelse af omsorgssvigt

Nyt fra Sundhedsstyrelsen

- 52 Satspuljemidler 2010 – 2014
- 52 Ny DVD om mad til spæd – og småbørn
- 52 "Sunde Børn" i ny udgave

- 52 Høringssvar om de reviderede anbefalinger
- 52 Monitorering af børnesundheden
- 52 Nyhedsmail fra SST



*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."*



Social identitet og tilknytning



I barnet første 18 måneder kan en god tilknytning til en kærlig og omsorgsfuld mor eller far betyde, at barnets hjerne udvikles optimalt. Derved får barnet opbygget et til-

lidsfuld forhold til andre, det udvikler beskyttende faktorer og mulighed for en god og sund opvækst.

Tilknytningsteorier har de seneste år kastet lys over nye perspektiver i forhold til barnets udvikling – og dermed også givet mulighed for kvalificerede svar på sundhedsplejerskens opgave i forhold til det spæde barn og forældrene. Sundhedsplejersken skal støtte forældrene i den gode tilknytning til barnet. Betydningen af denne indsats har langt rækkende indflydelse på barnets liv og sundhed.

Social identitet er ifølge antropologen Ricard Jenkins under stadig udvikling og kan kun forstås i forhold til andre mennesker. Barnet udvikler sin identitet i forhold til voksne, men også i forhold til andre børn når de mødes i sociale arenaer, som f.eks. vuggestue og børnehave. Tidligt i livet er arenaen i familien – det er forældrene, som gennem sproget og dialogen med barnet er med til at definere, "hvem er hvem" og "hvad er hvad". Sundhedsplejersken møder familien i hjemmet, og har indflydelse på disse processer – at mor finder ind i en ny identitet som mor, og det forældrene giver videre til barnet.

Definitionen af hvem barnet er, og hvordan det er, har langt rækkende påvirkning på barnets liv, idet de informationer, som lejres ind i barnets forståelse som lille, er meget resistente for forandringer.

Forebyggelse og sundhedsfremme er sundhedsplejerskens indsats i den nybagte familie for at fremme de beskyttende faktorer for barnet på langt sigt. Kommunale beslutningstagere har ikke nødvendigvis kendskab til hverken tilknytnings-teorier eller social identitet (da deres kompetencer oftest findes på andre områder). Sundhedsplejen i kommunerne må derfor omsætte disse perspektiver i eksempler, som alle kan forstå.

På Landskonferencen 2010 var der 2 folketingspolitikere fra oppositionen i panelet. Begge var sundhedsordførere og med interesse for sundhedsplejerskens opgaver og den virkelighed, hun arbejder i. Flere gange blev vi som fagfolk opfordret til at sende gode historier fra det levede liv ind til Tinget – disse eksempler er med til at tydeliggøre argumenterne i en debat. Redegørelser fra sundhedsplejeledere vil ofte være mere formelle og f.eks. bygge på teorier og dokumentation.

En sundhedsplejerskes faglige identitet skal også indeholde skriftlighed...! Sundhedsplejersker, der fatter pennen eller åbner computeren, nedskriver hverdagsfortællinger og videreformidler dem, er vigtige aktører på den politiske bane.

Så sundhedsplejersker – en opfordring er: Fat pennen og nedskriv jeres hverdagsfortællinger for dermed at tydeliggøre vores indsats i familierne og deltage i den faglige debat...

*Susanne Hede, formand
Århus, 7. maj 2010*

Opslagstavlen

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

Stop volden mod kvinder.

Kampagne skal stoppe volden
mod nydanske kvinder –
sundhedsplejersker spiller en
nøglerolle.

Ligestillingsafdelingen og
Integrationsministeriet har
lanceret en ny kampagne mod
vold. Overskriften er STOP
VOLDEN MOD KVINDER –
bryd tavsheden.

Læs mere på
www.voldmodkvinder.dk

Deadline for Sund-
hedsplejersken nr. 4:
21.6 2010

FIRST ANNOUNCEMENT



BARN OG UNGES HELSE – NORMALITET OG UTFORDRINGER

NORDISK KONFERANSE FOR SYKEPLEIERE SOM JOBBER MED BARN OG UNGE
HOLMENKOLLEN PARK HOTEL RICA, OSLO

22. – 23. SEPTEMBER 2011

Program er under utarbeidelse av en nordisk komite, men vi kan allerede
nå nevne noen stikkord for hva konferansen byr på:

- Plenum – og parallellsesjoner med tema som Vanlige familier – vanlige/uvanlige barn, Smerter hos barn, Omsorgssvikt, Oppfølging av premature, Barseltiden, Hjemmesøk, Fødselsdepresjoner, Overvekt, Diabetes, Synet på helse og sykdom og mye, mye mer!
- Nordiske og internasjonale forelesere
- Konferansespråket er nordisk og engelsk
- Posterpresentasjoner
- Utstillere
- Kulturelle og sosiale innslag
- Dagen før konferansen - 21. september - arrangeres Nordisk samarbeidsmøte for representanter for NoSB

SETT AV DATOENE ALLEREDE NÅ!

NoSB (Nordisk samarbeid for Sykepleiere som jobber med Barn og unge) er en sammenslutning av barnesykepleiere, helsesøstre, distriktsskøterskor og sundhedsplejersker i Danmark, Norge, Sverige, på Grønland, Island og Færøylene.

Ros til sundhedsplejerskerne.

Høje-Taastrup kommune har lavet en undersøgelse blandt småbørnsmødrene af, hvordan de oplever samspillet med sundhedsplejerskerne i kommunen. Der er ros til sundhedsplejerskerne for at mestre den hårde balance mellem at give råd og de nødvendige anvisninger og samtidig støtte mødrenes selvtilid i den nye rolle som mor. For yderligere information: Ledende sundhedsplejerske Lone Dahlstrøm, e-mail: LoneDah@htk.dk



National handlingsplan om ADHD.

Handlingsplanen er blevet til i tæt samarbejde med de centrale aktører indenfor ADHD-området. For yderligere oplysninger: www.adhd.dk

Social ulighed i fysisk aktivitet.

I løbet af en 18årig periode er flere mennesker blevet fysisk aktive, men det er stadig således, at personer med lang uddannelse typisk er mere aktive end personer med en kort uddannelse. Resultatet er offentliggjort i marts 2010 i Scandinavian Journal of Public Health. Læs mere på www.si-folkesundhed.dk

Socialt udsatte har markant højere brug af sundhedsvæsenet end den generelle befolkning.

Ny undersøgelse viser, at socialt udsatte bruger sundhedsvæsenet markant mere end befolkningen generelt. Læs mere på www.si-folkesundhed.dk

The School Nurses International 18th Biennial Conference 2011, Hong Kong

**The Role of School Nurses:
Evidence-based Practice, Globalization and Policy Formulation**

Date: 25th - 29th July 2011
Venue: The Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong

Global & Biases
Clinical & Educational
Superior Health
Mental Health
Administratively Health Services
School Health
School Nurses' Development

**First Announcement &
Call for Abstract**

SAVE THE DATE

Organized by:
Sponsors:



Hej Sundhedsplejersker

— så er det igen tid til søge legat!

Næste ansøgningsfrist for legatansøgninger er den 15. august 2010.

Formål

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker uddeler legater til medlemmer af foreningen, der beskæftiger sig med faglig udvikling af Sundhedsplejen i Danmark.

Hvad kan der søges legat til/betingelser

Økonomisk støtte kan søges til kommende nationale og internationale konferencer, studieophold, kongresser o.a. med sundhedsplejefaglig relevans og interesse samt til projekter, som kan videreudvikle sundhedsplejen i Danmark.

NB: Der kan ikke søges til kompetencegivende videre- og efteruddannelse eller FS10's Landskonference.

Det ansøgte kursus / konference mv. skal være afholdt inden den næste legatuddelingsperiode.

Ansøgere, der aktivt deltager i en konference, eksempelvis med en abstract eller en poster, vil blive foretrukket frem for deltagelse alene.

Ansvarlig

Bestyrelsen for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Koordinator

Et medlem af bestyrelsen: Anette Sørensen: anettesoerensen@fs10.dk

Hvem kan søge legater?

Alle, der har været medlem af Faglig

Selskab For Sundhedsplejersker i minimum 1 år. Medlemmet skal kunne dokumentere sit medlemskab for de sidste 12 mdr., før en legatansøgning kan komme i betragtning (i form af kopi af sidste indbetalte girokort/ PBS udskrift)

Udbetaling

Når konference mv. har været afholdt sendes originale kvitteringer til Selskabets kasserer, der herefter vil overføre det tildelte beløb til legatmodtagers konto.

Ved aflysning/udsættelse

Hvis den ansøgte konference mv. aflyses, kan beløbet ikke overdrages og anvendes til andre kurser og konferencer fordi legatet er uddelt til den specifikke begivenhed. Pengene vil derfor tilbage gå i legatpuljen, hvorfra der kan søges på ny.

Vi anbefaler derfor en afbestillingsforsikring tegnes på fly ved udenlandsrejser

Såfremt dato for konferencen mv. udsættes, skal der foreligge ny dato inden næste legatuddelingspulje (januar/august). Ellers tilgår legatet næste puljeombæring og der kan søges på ny.

Ansøgningsskema

Ansøgningsskema findes på hjemmesiden www.sundhedsplejersken.info under "Legater" eller kan rekvireres hos Bestyrelsesmedlem og ansvarlig for legatpuljen Anette Sørensen og tilbagesendes til samme bestyrelsesmedlem.

En ansøgning om økonomisk

dækning af rejseudgifter fra egen arbejdsgiver skal være afklaret og resultatet forelægges i ansøgningen.

Sammen med det udfyldte ansøgningsskema vedlægges

1. Kopi af kursusprogram og/eller bekræftelse af studiested/besøg og/eller projektbeskrivelse
2. Anslået budget
3. Bekræftelse på antaget abstrakt eller poster
4. Der vedlægges ligeledes oplysninger om andre søgte (f.eks. egen arbejdsgiver, private firmaer, andre fonde) og eventuelt bevilligede legater eller tilskud.

Husk at påføre DSR nummer, kontonummer samt mailadresse samt sende dokumentation for medlemskab af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker.

Ansøgningsfrist

15. januar og 15. august. Senest 14 dage efter ansøgningsfrist modtages besked om ansøgningen er imødekommet.

Forpligtigelse

Ansøgere, der har fået bevilliget legater forpligtiger sig til senest 2 måneder efter kurset, studieopholdet, konferencen eller projektet er afsluttet at sende et indlæg til "Sundhedsplejersken".

Misligholdelse af forpligtigelsen kan medføre, at legatet kræves tilbagebetalt til Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker.

*På bestyrelsens vegne,
Anette Sørensen*



Vellykket Landskonference for Sundhedsplejersker i Århus d. 3+4 maj

Tema var: Sundhedsplejerskens i dialog med omverdenen



Stemningen er god på den årets landskonference.



Dothe Bleses Lektor, Center for sprogforskning. Forelæste om "God sproglig Start" – og Sundhedsplejerskens rolle.



Årets Sundhedsplejerske Merethe Vinther sammen med alle sine kollegaer fra Thisted Kommune. Læs hele indstillingen på www.sundhedsplejersken.info



Panelet der bestod af: Per Clausen medl. af Folketinget, Else Guldager PhD i sundhedsvidenskab, sundhedsplejerske, Sundhedsplejersken.dk, Gitte Hestehaven Jørgensen, Børne-ungelæge Videncenter for Sundheds og Trivsel, Aarhus kommune, Helle Rasmussen, Ledende Sundhedsplejerske Københavns Kommune, Ingeborg Kristensen Regionssundhedsplejerske, Jonas Dahl medl. af Folketinget.



Den Grønlandske stand ☺





Der bliver lyttet med stor interesse til de mange foredrag.

I Kaffepausen var der tid til at orientere sig hos udstillerne.





Panel diskussion . Der var en livlig debat om Sundhedsplejefprofessionens udfordringer og fremtid i Danmark.

Cheryll Adams, Health Visitor in UK.
"communication across cultures"
Forelæste på engelsk



Peter Bastian, Tænk og Musiker.
Om kulturforståelse i globalt perspektiv



Bristede forventninger

Om hvad der påvirker
mødres tiltro til at
amme

Jette Schilling Larsen, sundhedsplejerske, cand. cur.
Illustrator **Maria Kraght**

Hvorfor må 30 % af de danske mødre opgive at amme, selv om de giver udtryk for at amning har stor betydning for dem? Ud fra en antagelse om at måden, amning fremstilles på i vores samfund, har indflydelse på de mødre, der må opgive at amme, selv om amning har stor betydning for dem, undersøges, hvad der kan påvirke mødres tiltro til at amme. Der er foretaget en metasyntese ud fra Noblit & Hares metaetnografiske komparative metode til sammenstilling af kvalitative studier. 7 udenlandske undersøgelser af mødres oplevelser af amning og moderskab inddrages. Resultatet af metasyntesen peger på, at mødres tiltro til amning påvirkes på et umiddelbart plan af "Mors forventninger", "Netværket" og "Ammeeks-



perterne", og et underliggende plan af diskurserne "Amning som natur", "Kvindet kroppen som maskine" og "Den løftede pegefinger". De tre diskurser diskuteres i forhold til Foucaults diskursbegreb. Metodens anvendelighed vurderes og det konkluderes, at diskurser om amning mere eller mindre skjult påvirker mors forventninger, netværket og ammeeksperterne, så mors tiltro til at kunne amme forsvinder.

Introduktion

I Danmark anbefales det, at spædbørn ammes udelukkende i cirka 6 måneder i overensstemmelse med WHO's anbefalinger (WHO, 2003). Stort set alle danske kvinder begynder at amme efter fødslen (Sundhedsstyrelsen, 2006), ligesom en undersøgelse har vist, at det for 91 % af mødrene har stor betydning at kunne amme (Kronborg H. & Væth M., 2004). Der er altså overensstemmelse mellem Sundhedsstyrelsens anbefalinger og mødres ønske om at amme. Men alligevel opgiver 41 % at amme fuldt ud, inden barnet er fire måneder gammelt (Kronborg H. & Væth M., 2004). Over en tredjedel af de danske mødre må altså opgive at amme, selv om amning har stor betydning for dem.

Når mødre må opgive at amme deres spædbørn, føler mange sig mislykkede i deres rolle som mor og får som følge af oplysning om amningens fordele dårlig samvittighed over ikke at kunne give deres barn modermælken (Sundhedsstyrelsen, 2006). Denne artikel tager udgangspunkt i en antagelse om, at amning er afhængigt af den kontekst, den udøves i og i at den måde, der tales og skrives om amning på i Danmark, har indflydelse på de mødre, der må opgive at amme, selv om amning har stor betydning for dem. Denne antagelse fremkom af en undren over, hvorfor amning i pjecer til mødre bliver fremstillet som noget naturligt alle kan (Jerris T., 2005), men overfor sundhedspersonale fremstilles som noget, der skal læres og kræver en indsats fra både mor og hendes omgivelser (Sundhedsstyrelsen, 2006). Da der mangler viden om, hvordan man bedst støtter mødre, der ikke har tiltro til at kunne amme (Sundhedsstyrelsen, 2006 p. 105), var målet at afdække, hvad der påvirker mødres tiltro til at amme. Perspektivet i artiklen er derfor mødrenes, beskrevet ud fra kvalitative undersøgelser.

Metode

Metasyntese blev valgt som metode til at afdække, hvad der påvirker mødres tiltro til at amme, når amning ikke lykkes.

En metasyntese er en systematisk sammenstilling af resultater fra kvalitative undersøgelser, der gennem fortolkning og sammenligning kan give større eller dybere forståelse for et fænomen (Kirkevold M., 1997).

Noblit og Hare har beskrevet en meta-etnografisk, komparativ metode til at sammenstille kvalitative undersøgelser. Denne metode består af syv faser (Noblit G.W. & Hare R.D., 1988), som er fulgt i dette studie (se tabel 1). En litteratur søgning blev foretaget i april 2006 i databaserne CINAHL, PsycInfo og Medline med søgeordene breastfeeding, infant, motherhood, nursing/nursing attitudes/health visitor. Inklusionskriterier var: kvalitative undersøgelser af mødres oplevelser med amning og moderskab fra 2000 til 2005 i lande med en vestlig kultur og anerkendelse af WHO's strategi for spædbarnsernæring. Eksklusionskriterier var: undersøgelser af mødres oplevelser i relation til syge eller præmature spædbørn baseret på en antagelse om at særlige forhold gør sig gældende her.

Undersøgelserne

Syv udenlandske undersøgelser (se oversigten i tabel 2) gennemført af syv forskellige forskere eller forsker-teams fra fire forskellige lande og med 883 deltagende mødre, levede op til inklusionskriterierne og indgik derfor i metasyntesen.

Bailey and Pain (2001) præsenterede på basis af et interviewstudie af mødre og deres netværk fem nøgletemaer: Realiteterne, Familiens ernæring gennem generationer, Udstilling og forventninger, Sexualisering af spædbarns ernæring og Tilpasning af amning i forhold til arbejde. Forfatterne foreslog at både en forståelse af forskellige social gruppers forståelse af den formelle støtte til amning i sundhedsvæsenet før og efter fødslen var nødvendig og støtte anerkendelse af at mødres uformelle netværk har indflydelse på mødres brug af den formelle støtte til amning.

Cronin (2003) foretog interview enkeltvis og i fokus-gruppe for at forstå britiske førstegangsmødres oplevelser. På basis af narrative data præsenteredes fire temaer: Fødsel og hospitalisering, Støtte, Moderskab og Psykologiske emner.

Dahl (2004) interviewede 8 svenske karrierekvinder på 3 tidspunkter i forbindelse med graviditet og fødsel. Formålet var at beskrive og analysere vilkårene for ammepraksis. Kvinderne så lige før fødslen amning som ukompliceret, men i realiteten viste amning sig at være problematisk. Amning blev i det store »

"we don't give enough credit for mothers for mothering... The people find it unusual to be getting praise for something that is expected of you"

hele set som kvindens individuelle ansvar og hendes sociale pligt.

Dykes (2005) foretog et kritisk etnografisk studie med anvendelse af observation og interview for at undersøge mødres oplevelser af amning på to barselsafdelinger i England. Metaforen The Production Line med beskrivelse af udbud og efterspørgsel og effektiv forsyning illustrerede de ammende kvinders oplevelser.

Graffy og Taylor (2005) undersøgte britiske kvinders perspektiver på information, råd og støtte, som de modtog når de ammede. Den støtte som kvinderne gerne ville have blev beskrevet ud fra en tematisk analyse af mødres svar på åbne spørgsmål. God støtte til amning var kendetegnet af fem komponenter: Information om amning og forventninger, Praktisk hjælp med amning, Effektive råd og forslag, Anerkendelse af mødres oplevelser og følelser og Beroligelse og opmuntring.

Hauck og Irurita (2002) undersøgte australske mødres proces med at etablere amning, vedligeholde og stoppe med at amme ved at bruge grounded theory som metode i forhold til data indsamlet ved interview med mødre, feltnoter, spørgeskemaer og diskussionsgrupper. Der opstod ofte problemer, når mødres personlige forventninger til amning ikke passede med omgivelsernes forventninger, dette førte til forvirring, mistillid til egne evner og skyldfølelse.

På basis af kvalitative interview undersøgte Murphy (2003) de retoriske strategier, som blev brugt af mødre for at forsvare sig mod anklager om uansvarlighed, når deres praksis i forhold til spædbarns ernæring ikke levede op til eksperter medicinske anbefalinger. Murphy fandt, at mødres valg i forhold til ernæring blev truffet i en stærk medicinsk og videnskabelig diskurs om, hvordan børn burde ernæres.

Analyse

Forskellige metoder og videnskabsteoretisk grundlag indenfor det kvalitative felt blev brugt i undersøgelserne, derfor fokuseredes der i analysen på resultaterne og mødres oplevelser i forhold til amning og ikke på undersøgelsesmetoderne. Arbejdsprocessen var cirkulær med tilbagevenden til de oprindelige tekster flere gange for at sikre at få alle detaljer med.

Der blev ikke fundet modstridende opfattelser i undersøgelserne, men snarere at fund fra de forskellige undersøgelser udgjorde en kæde af argumenter (Noblit G.W. & Hare R.D., 1988) i forhold til hvad der kan påvirke tiltro til amning. For at tydeliggøre hvor begreber, metaforer og lignende er hentet fra og om der er enslydende fund, er der i præsentationen herunder lavet hyppige henvisninger til de syv inkluderede undersøgelser.

Gennem metasyntesen fremkom ud fra fundene i undersøgelserne om mødres tiltro til at amme metaforen "Bristede forventninger". Analysen viste fire hovedområder. De tre områder handlede om mødres oplevelser og et område handlede om opfattelser af amning og moderskab. Områderne blev herefter relateret til hinanden. For at forstå mødres oplevelser blev de første tre områder relateret til tre forskellige diskurser som indgik i opfattelserne af amning og moderskab. Til sidst blev der fundet metaforer for at beskrive områderne og diskurserne.

Bristede forventninger

Mors forventning brister, når mor gerne vil amme, men amningen ikke lykkes, derfor er metaforen "Bristede forventninger" brugt for denne præsentation.

Moderskab og amning kan ikke adskilles, da præstationer og skuffelser på et område smitter af på andre områder af oplevelsen af at blive mor (Hauck Y. & Irurita V.F., 2002). Når amning og moderskab opleves som to sider af samme sag, vil forventninger til moderskab indvirke på oplevelsen af amningen, dermed kommer forventningerne til moderskab også til at påvirke tiltro til amning. Tiltro til amning påvirkes derfor både, når forventningerne til amning brister og når forventningerne til det at være mor brister.

For at illustrere påvirkninger, der kan føre til bristede forventninger, er disse samlet under 3 metaforer: "Mors forventninger", "Netværket" og "Ammeeksperterne". Mors forventninger står for, hvad mor havde forventet i forhold til sin nye opgave og rolle som mor. Netværket er mødrenes nære omgivelser, for eksempel familie og venner. Ammeeksperterne »



"women when at their most vulnerable are made to breastfeed by the "establishment". If they can't, they are made to feel like second class citizens (failures)"

er de sundhedsprofessionelle, som er i kontakt med mødrene og som af samfundet, mødrene og deres netværk forventes at være formidlere af den officielle ammepolitik og den nyeste viden om amning. Om man overvinder problemer med at amme afhænger af den støtte, man får fra omgivelserne (Bailey C & Pain R., 2001). Ammeeksperterne kan derfor være del af netværket, men behandles separat, da der er specielle forventninger til dem. De inkluderede undersøgelser viste, at 3 skjulte eller implicite opfattelser eller diskurser har indflydelse på forventninger til amning og moderskab. Disse diskurser er her samlet under metaforerne: "Amning som natur", "Kvindekroppen som maskine" og "Den løftede pegefinger". De gennemgås i det følgende i forhold til Mors forventninger, Netværket og Ammeeksperterne.

Amning som natur

"Naturlighedsdiskursen" blev brugt af Dahl (Dahl L., 2004) som udtryk for, at amning tages for givet, noget alle bare kan med det samme. Naturlighedsdiskursen havde en fremtrædende plads under graviditeten og skjulte i mange sammenhænge, at amning krævede læring af en kompetence. Amning blev en sandhed, der ikke stilledes spørgsmålstegn ved. Det var ikke, om vilkårene i den sociale og praktiske hverdag for mødre og børn var forenelig med amning, men den enkelte kvinde og hendes valg, man stillede spørgsmålstegn ved, når amning opfattedes som en selvfølge (Dahl L., 2004). Dermed blev am-

meproblemer mors problem. Diskursen om amning som natur var meget stærk (Dykes F., 2005).

Mors forventninger: Når mødre opfattede amning som deres ansvar alene, gav ammeproblemer skyldfølelse og påvirker tiltro til egne evner (Hauck Y. & Irurita V.F., 2002). Mors forventninger til amning og de realiteter, hun mødte, stemte ikke overens. Mor var både overrasket over arbejdspresset, følte sig ude af kontrol, havde høje forventninger til, hvad hun selv skulle overkomme og hun mødte ingen forståelse (Dahl L., 2004; Hauck Y. & Irurita V.F., 2002).

Netværket: Når amning blev opfattet som natur, fik det konsekvenser for den støtte, mødre fik fra deres netværk. Mødrene havde brug for tid og støtte fra omgivelserne for at møde kravene til et liv med et spædbarn (Graffy J. & Taylor J., 2005), men de havde svært ved at stille krav om at få støtte, fordi de følte sig både begrænsede og stolte og tilfredse, når de ammede (Dahl L., 2004). Om mødrene kunne anvende støtte fra ammeeksperter afhang af netværkets holdning til disse eksperter (Bailey C & Pain R., 2001; Cronin C., 2003). Hvis netværket opfattede amning som natur, ansås hjælp fra ammeeksperterne som unødvendig. Mødre, der havde opgivet at amme, følte ikke, de havde fået den nødvendige støtte (Graffy J. & Taylor J., 2005), så selv om der fra organisatorisk og samfundsmæssigt plan var en vis forståelse for, at mødre havde brug for støtte, fungerede den ikke i alle henseender i praksis (Dahl L., 2004; Graffy J. & Taylor J., 2005).

Ammeeksperter: Når ammeeksperter opfattede amning som natur, blev det taget for givet, at kvinder ammede. Mødrene mødte derfor ingen forståelse, når det ikke føltes rigtigt at amme (Bailey C & Pain R., 2001) og ammeeksperterne lagde pres på mødrene for at få dem til at amme (Cronin C., 2003).

Kvindekroppen som maskine

I denne diskurs blev kvindekroppen begrebsliggjort som en maskine (Dykes F., 2005). Amning blev en forsyning af modernælk, der skal reguleres af efterspørgslen. Maskiner er i fare for at gå i stykker, »

derfor må man supplere, reparere og kontrollere. Oplysningstidens opfattelse af manden som den menneskelige prototype og kvinden som afvigende og potentielt defekt var bag denne diskurs (Dykes F., 2005). Kvindekroppen blev opfattet som en isoleret enhed uberørt af individuel bevidsthed og den sociale sammenhæng. Ammende kvinder opfattedes ikke som individer men som kroppe (Dahl L., 2004).

Mors forventninger: Når kroppen blev opfattet som maskine, og præstationer i forhold til amning blev målt og vejlet, blev mødrene usikre (Dykes F., 2005).

Netværket: Mødrene fik mange råd fra omgivelserne, men savnede anerkendelse og påskønnelse af indsatsen. En mor sagde: "we don't give enough credit for mothers for mothering... The people find it unusual to be getting praise for something that is expected of you" (Hauck Y. & Irurita V.F., 2002).

Ammeeksperterne: Ammeeksperterne talte om amning som levering af mælk og fokuserede på tidspunkter, varighed og størrelse, dette forstærkedes, når der var problemer med amningen. Det gjorde mødre endnu mere usikre på, om de kunne præstere nok (Dykes F., 2005).

Den løftede pegefing

Mødrenes valg om amning blev truffet i en kontekst med en stærk naturvidenskabelig medicinsk diskurs om, hvordan børn bør ernæres. Mødre blev påført skyldfølelse over at risikere deres spædbørns sundhed og blev dermed gjort ansvarlige for børns ernæring, hvis de ikke levede op til råd fra de medicinske eksperter (Murphy E., 2003). Metaforen "Den løftede pegefing" beskriver den medicinske diskurs.

Mors forventninger: Mors tro på og viden om amning kom fra mange sider – familie, venner, sundhedspersonale, medier, bøger (Hauck Y. & Irurita V.F., 2002). Den medicinske diskurs om amning formidledes via sundhedspersonale, medier og bøger og havde således indflydelse på mors tro på og viden om amning og dermed også på hendes forventninger til amning. Men efter fødslen oplevedes amning som mere kompleks end det den medicinske diskurs lagde op til (Murphy E., 2003).

Netværket: Divergerende og upassende råd fra både familie, venner og sundhedspersonale var forvir-

rende (Graffy J. & Taylor J., 2005). Mødre var sårbare overfor meninger om deres amning, og opfattede alle kommentarer, både støttende og kritiske, som en refleksion af deres evne til at være mor. Det påvirkede derfor mødres tiltro til at amme, hvis der var stor forskel på råd fra omgivelserne og fra ammeeksperternes medicinske diskurs (Hauck Y. & Irurita V.F., 2002).

Ammeeksperterne: Ammeeksperterne forventedes, som formidlere af den officielle ammepolitik og nyeste viden om amning, at være bærere af den medicinske diskurs om amning. Mødrene forventede klare svar på rigtigt og forkert fra ammeeksperterne. Men som følge af ny forskning på det medicinske område, kom der hele tiden nye aspekter om amning. Dermed fangedes mødrene i en forvirrende og selvmodsigende debat om den bedste måde at amme på (Hauck Y. & Irurita V.F., 2002). Der blev stillet spørgsmålstegn ved, om mødrene blev informeret om alle relevante forhold, da de ofte mødte modstridende og forældet information fra sundhedspersonalet (Hauck Y. & Irurita V.F., 2002; Cronin C., 2003). Der blev rejst tvivl om professionelles kompetence til at kommunikere den viden, der var brug for (Murphy E., 2003). Mødrene blev usikre og forvirrede, når normer og regler udtrykt af eksperterne ikke stemte overens med den virkelighed, de mødte (Dahl L., 2004) og eksperternes løftede pegefing fik derfor ingen betydning (Graffy J. & Taylor J., 2005). Mødrene foretrak råd fra eksperterne baseret på praktisk individualiseret viden baseret på realiteterne i forhold til det enkelte barn frem for viden fra bøger (Murphy E., 2003).

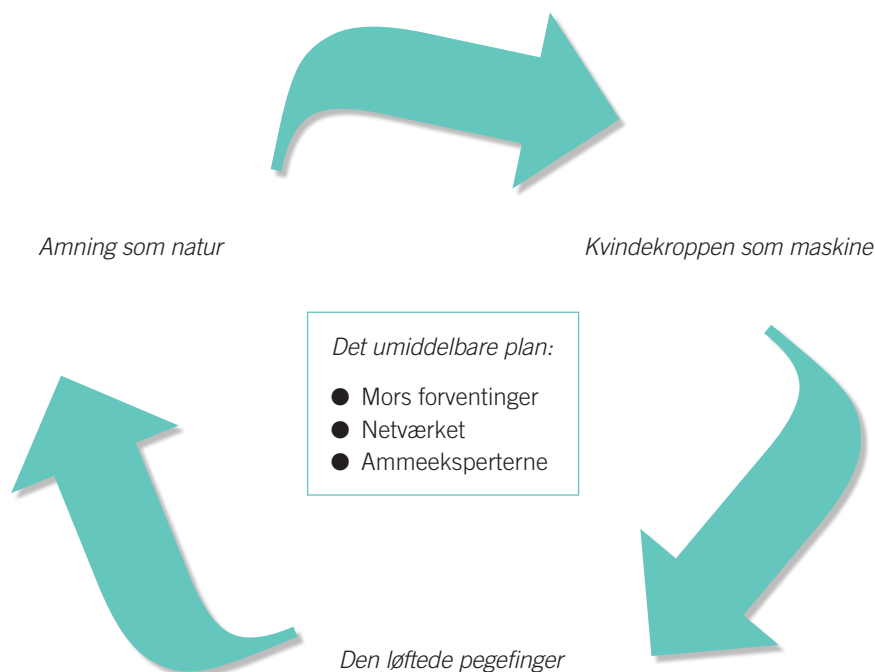
Diskursers indflydelse på mødres tiltro til at amme

Undersøgelsens formål var at afdække, hvad der påvirker mødres tiltro til at amme. Der blev foretaget en metasyntese af syv kvalitative undersøgelser. Resultatet af metasyntesen blev at mødres tiltro til amning påvirkes på 2 planer: et umiddelbart plan med "Mors forventninger", "Netværket" og "Ammeeksperterne", og et diskursivt plan med "Amning som natur", "Kvindekroppen som maskine" og "Den løftede pegefing". Det diskursive plan påvirker implicit det umiddelbare plan (se Figur 1).

For at forklare hvordan det diskursive plan har

Figur 1: Bristede forventinger

Det diskursive plan:



indflydelse på det umiddelbare plan diskuteres metasyntesens resultater her i forhold til Foucaults diskursbegreb (Foucault, 2001). Ifølge Foucault er vi underlagt et videns regime, en diskurs, der sætter grænser for hvad vi kan sige og gøre og hvordan vi kan sige og gøre noget. I det følgende anvendes Foucaults diskursbegreb til at beskrive hvordan diskurser har indflydelse på mødres tiltro til at amme. Der fokuseres på diskursernes indvirkninger på ammeeksperterne og deres formidling af viden om amning. Diskussionen vil dreje sig om retten til at sige noget om amning, isolation på grund af diskurser om amningen og sandheden om amning.

Retten til at sige noget om amning

Mødre forventer, at ammeeksperterne er bærere af den medicinske diskurs og formidler den nyeste viden om amning. Men om mødrene kan anvende ammeeksperternes viden om amning, afhænger af flere ting. For det første er netværkets holdning til am-

meeksperterne afgørende for, om mødrene kan bruge ammeeksperterne. For det andet lever ammeeksperterne ikke op til mødrenes forventninger om klare svar, da der gives modstridende eller forældet information, føres en forvirrende og selvmodsigende debat og information om amning formidles på en uacceptabel måde. Det giver problemer for mødrene, når ammeeksperter, som bærere af den medicinske diskurs, ikke lever op til forventningerne, da diskursen lægger op til, at mødrene risikerer barnets sundhed, hvis de ikke følger eksperternes råd.

Også fra samfundets side opfattes ammeeksperterne som bærere af den medicinske diskurs om amning, idet ammeeksperterne skal opfylde mål om folkesundhed (Vallgård S., 2003). Det er altså ammeeksperterne, der har retten til at sige noget om amning (Foucault M., 2001). Men da amning desuden opfattes som naturligt og mødrenes ansvar alene, får mødrene skyldfølelse, tvivler på egne evner og mister tiltroen til, at de kan amme. »

Der er brug for debat om hvordan det undgås at ammeeksperter med en "løftet pegefinger" påstår at kvinder er "mælkeproducerende maskiner", der "naturligvis kan amme", hvis de bare har lyst

Isolation på baggrund af diskurser om amning

Når amning opfattes som noget naturligt, tages det at kunne amme for givet og der lægges pres på mødrene. Amning er alene mors ansvar, og hun risikerer udelukkelse fra det gode selskab af mødre, der ammer, når det ikke fungerer. Dette kan illustreres af følgende citat fra et spørgeskema: "women when at their most vulnerable are made to breastfeed by the "establishment". If they can't, they are made to feel like second class citizens (failures)" (Hauck Y. & Iru-rita V.F., 2002).

Når kvindekroppen opfattes som en maskine, isoleres mødre, der ikke kan amme. Ammeeksperterne gør med deres fokus på tid, varighed og størrelse mødre usikre på deres præstationer. Mødrene påtager sig skylden og opfatter det som et nederlag, når amning ikke lykkes, da både mødre og omgivelser ser det som mødrenes personlige ansvar at få amningen til at fungere. For at opfylde samfundets og mødrenes mål om, at flere børn ammes, stilles der ikke spørgsmålstegn ved de sociale og praktiske vilkår for amning men ved mødrene. Tværtimod bliver det opfattet som en selvfølge, at mødre ammer, mødrene presses og møder ingen forståelse og får derfor ikke den anerkendelse eller påskønnelse, de har brug for. Mødre, der ikke lykkes med amning, bliver med andre ord isoleret og sat ned på, fordi de ikke ammer.

Diskurserne om "Amning som natur" og "Kvindekroppen som maskine" ser ud til at isolere mødre, som ikke lykkes med at amme, som andenrangs mødre med defekte kroppe. Diskurser opdeler, forkaster og isolerer (Foucault M., 2001), så når mødre ikke lever op til den herskende diskurs, får mødre ikke den tid og støtte fra deres omgivelser, de har brug for til den nye rolle som mor. Dermed kan diskurserne bevirke, at mødre isoleres og har svært ved at bede om hjælp. Når overvindelse af problemer

med at amme afhænger af den støtte man får fra omgivelserne, kan diskurserne bevirke, at mødre ikke får den rette støtte. Skylden for problemer med amning bliver vendt indad, og mødrene mister tiltroen til at amme, og dermed udelukker diskurserne dem fra det gode selskab af mødre, der kan amme.

Sandheden om amning

Ammeeksperternes viden bestemmes af den medicinske diskurs, der bygger på en naturvidenskabelig funderet viden. Det, der kan ses og verificeres gennem undersøgelser, anerkendes som det sande om amning (Sundhedsstyrelsen, 2006). Dermed bliver den enkelte pålagt en bestemt stilling, et bestemt blik og en bestemt funktion, før man kan erkende eller vide noget (Foucault M., 2001). Viden om amning organiseres derfor på en måde, så kun en bestemt slags viden anerkendes.

Denne måde at tale og skrive om amning på stammer fra et skift i vidensopfattelse om børn og barnepleje fra midten af 1800-tallet (Løkke A., 1998). Den naturvidenskabelige måde at organisere viden på var overlegen overfor andre vidensformer, og dermed forsvandt den praktiske, konkrete viden om amning, der har vist sig værdifuld i forhold til at få amning til at fungere i praksis (Løkke A., 1998). Ammeeksperterne pålægges gennem den medicinske diskurs at se det, som kan ses, måles og klassificeres som det sande. Derved træder andre aspekter som den praktiske erfaringsbaserede viden i baggrunden. Så når mødre efterspørger en praktisk erfaringsbaseret viden, der tager højde for deres situation, møder de en viden, ammeeksperter læser i bøger.

Den medicinske diskurs bevirker dermed, at ammeeksperternes normer og regler ikke stemmer overens med den komplekse virkelighed, mødrene møder efter fødslen. Den vejledning som ammeeksperter er pålagt at formidle, opleves derfor ikke som dækkende af mødrene, der har svært ved at relatere vejledningen til den konkrete virkelighed. At der hele tiden kommer nye aspekter om amning i takt med nye forskningsresultater, er yderligere med til at forvirre og fange mødre i en selvmodsigende debat. Da diskursen desuden pålægger mor ansvaret for at leve op til ammeeksperternes råd for at sikre barnets

»

sundhed, kommer hun i vildrede. Og som følge af diskursernes mekanismer, påtager mor sig skylden og mister tiltroen til at amme.

De tre diskurser, som metasyntesen har afdækket, ser altså ud til at påvirke mødres tiltro til at amme på forskellig måde. Diskurserne bestemmer, hvem der har retten til at sige noget om amning, isolerer mødre som ikke ammer og gør en bestemt form for viden om amning til den foretrukne og fremherskende. Denne artikel tog udgangspunkt i, at amning blev beskrevet som naturlig i pjecer om amning til mødre, mens amning overfor sundhedsprofessionelle blev beskrevet som noget der skulle læres og krævede en indsats. Med andre ord to forskellige diskurser der overlapper (Foucault M., 2001). Dette forklarer, hvorfor det, der kunne se ud som en tydelig og klar holdning til amning fra ammeeksperternes side, bliver uklar for mødrene. Når der samtidig med en medicinsk diskurs også hersker en diskurs om Amning som natur og Kvindekroppen som maskine, krydser diskurserne hinanden og dele af den medicinske diskurs bliver i praksis udelukket og ammeeksperternes budskaber opfattes som uklare. Dette underminerer mødrenes tiltro til amning og leder til bristede forventninger.

Anvendelse af metasyntese som metode

Metasyntesen har givet mulighed for at anvende mange mødres oplevelser med amning og moderskab (Noblit G.W. & Hare R.D., 1988). At undersøgelserne er sat i forhold til hinanden, har givet mulighed for at afdække mekanismer, som ellers kan være svære at gennemskue, idet diskurser ofte er underliggende og skjulte for dem, der påvirkes af dem (Foucault M., 2001). Omvendt rummer en metasyntese farer for at integrere resultater med forskellige baggrunde og forståelser af et fænomen (Kirkevold M., 1997). Denne metasyntese hviler på syv udenlandske undersøgelser om mødres oplevelser med amning og moderskab, altså syv forskellige kvalitative forskningsprojekter, med forskellige udgangspunkter og forskellige metoder. Da der ikke er fundet modsætninger, men i stedet flere nuancer af fænomenet, ser det ud til, at metoden har givet en større forståelse af et komplekst fænomen som mødres tiltro til at amme.

At overføre udenlandske mødres erfaringer direkte

til danske forhold kan være problematisk, når amning ses som social konstruktion indlejret i den kultur, den udøves i. Men da der ikke er fundet modsætninger i undersøgelsesresultaterne, og der er stor sandsynlighed for at kulturforskelle mellem for eksempel Sverige og Storbritannien er lige så store som mellem Danmark og Storbritannien, tyder det på, at lignende forhold gør sig gældende i en dansk kontekst.

Konklusion

Metasyntesen har vist, hvor tæt sammenknyttet oplevelsen af amning og moderskab er for mødre. Det kan forklare, hvorfor mødre føler sig mislykkede, når de må opgive at amme. Metasyntesen har afdækket, at påvirkninger af mødres tiltro til at amme sker på to planer. Et umiddelbart plan, hvor det er mors forventninger, netværket og ammeeksperterne, der påvirker tiltroen til at amme. Og et underliggende plan, hvor diskurser som Amning som natur, Kvindekroppen som maskine og Den løftede pegefinger mere eller mindre skjult påvirker mors forventninger, netværket og ammeeksperterne, så mors tiltro til at kunne amme forsvinder. Metasyntesen har desuden afdækket, at diskurserne krydser hinanden, så det bliver mødrene, der får og påtager sig ansvaret, når amning ikke lykkes. På den måde bliver den enkelte mor ansvarlig for amningens succes og det skjules, at generelle forhold i opfattelsen og beskrivelsen af amning bevirker, at amning ikke lykkes på trods af alle gode intentioner fra både mødre, netværk og ammeeksperter.

Perspektiver

Metasyntesen tyder altså på, at amning i vores vestlige samfund – og dermed også i Danmark fremstilles på en sådan måde, at det rent faktisk modarbejder alle gode intentioner om at støtte mødre til at amme, når de gerne vil amme. Der er brug for debat om hvordan det undgås at ammeeksperter med en "løftet pegefinger" påstår at kvinder er "mælkeproducerende maskiner", der "naturligvis kan amme", hvis de bare har lyst. Dette kræver en opmærksomhed på diskursernes virkninger, så der over tid kan ændres på ordbrug og underliggende holdninger. Når Sundhedsstyrelsen i den nyeste håndbog til sundhedspersonale om amning indleder med: "At amme »

er mindst lige så "kulturelt", som det er "naturligt" (Sundhedsstyrelsen, 2008) kunne det tyde på at en sådan opmærksomhed er på vej.

Mødrene i undersøgelserne fra metasyntesen har givet følgende strømpile for, hvordan ammeeksperter kan støtte amning:

Mødre har brug for tid og støtte fra deres omgivelser, så de føler sig taget af og bliver i stand til at møde kravene fra et liv med et spædbarn (Graffy J. & Taylor J., 2005). Men hjælpen skal være afhængig af situationen (Bailey C & Pain R., 2001) og gives ved at lytte og anerkende personlige erfaringer og anstrengelser (Graffy J. & Taylor J., 2005; Hauck Y. & Irurita V.F., 2002). Det hjælper, når man beroliges

med at det ikke er usædvanligt at have problemer, og at man ikke selv gør noget forkert, fordi man synes, amning er svær (Graffy J. & Taylor J., 2005).



Jette Schilling Larsen, sundhedsplejerske, cand. cur., arb. adresse: Sundhedsplejerskeuddannelsen, Efter og videreuddannelsesdivisionen, VIA University College, Høegh Guldbergsgade 6A, 8000 Århus C

Telefon 75 94 07 14/87 55 19 25
E-mail: jsl@viauc.dk Abstract:

REFERENCER

- Bailey C, & Pain R. (2001). Geographies of infant feeding and access to primary health-care. *Health and Social Care in the Community* 9(5), 309-317.
- Cronin C. (2003). First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing* 12 260-267.
- Dahl L. (2004). Amningspraktikens villkor En intervjustudie av en grupp kvinnors föreställningar på och erfarenheter av amning. Göteborg: ACTA UNIVERSITATIS GOTHOBURGENSIS.
- Dykes F. (2005). "Supply" and "demand": breastfeeding as labour. *Social Science & Medicine* 60 2283-2293.
- Foucault M. (2001). Talens Forfatning Nietzsche genealogien Historien. København: Hans Reitzels Forlag.
- Graffy J., & Taylor J. (2005). What information, Advice and Support Do Women Want With Breastfeeding. *Birth* 32(3), 179-186.
- Hauck Y., & Irurita V.F. (2002). Incompatible Expectations: The Dilemma of Breastfeeding Mothers. *Health Care for Women International* 24 62-78.
- Heede D. (2004). Det tomme menneske Introduktion til Michel Foucault. København: Museum Tusculanums Forlag.
- Jerris T. (2005). Kort og godt om amning. Kbh.: Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Jørgensen M.W., & Phillips L. (1999). Diskursanalyse som teori og metode. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Kirkevold M. (1997). Integrative nursing research - an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 25(5), 977-984.
- Kronborg H., & Væth M. (2004). The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scandinavian Journal of Public Health* 32 210-216.
- Løkke A. (1998). Døden i barndommen. København: Nordisk Forlag A/S.
- Murphy E. (2003). Expertise and forms of knowledge in the government of families. *The Sociological Review* 51(4), 433-462.
- Nelson A.M. (2006). A Metasynthesis of Qualitative Breastfeeding Studies. *Journal of Midwifery & Women's Health* 51(2), e13-e20.
- Noblit G.W., & Hare R.D. (1988). META-ETHNOGRAPHY: Synthesizing Qualitative Studies. Newbury Park (Ca.): Sage Publications.
- Sandelowski M., Docherty S., & Emden C. (1997). Qualitative Metasynthesis: Issues and Techniques. *Research in Nursing & Health* 20(3), 365-371.
- Sundhedsstyrelsen (2006). Håndbog i VELYKKET AMNING - anbefalinger til sundhedspersonale. Kbh: Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Sundhedsstyrelsen (2008) Amning - en håndbog for sundhedspersonale. Kbh; Komiteen for Sundhedsoplysning
- Vallgård S. (2003). Folkesundhed som politik Danmark og Sverige fra 1930 og til i dag. Århus: Århus Universitetsforlag.
- WHO (2003). Global Strategy for infant and Young Child Feeding. Geneva: WHO.

Tabel 1 Metasyntesens 7 faser:

1. **Identifikation af emne:** Mødre, der må opgive at amme, selv om amning har stor betydning for dem
2. **Afgrænsning af emne:** Litteratursøgning for at finde relevante undersøgelser, inklusions og eksklusionskriterier (bilag 1) og udvælgelse af studier til metasyntesen (bilag 2)
3. **Gennemlæsning af studier i forhold til spørgsmålet:** Hvad påvirker mødres tiltro til at amme?
Identifikation af metaforer og nøglebegreber i de enkelte undersøgelser
4. **Undersøgelsesnes indbyrdes relationer:** Udarbejdelse af liste med nøglemetaforer, fraser, ideer og begreber brugt i hver undersøgelse (Bilag 3). Identifikation af fire hovedområder
5. **Fortolkning af metaforer og begreber:** De fire hovedområder blev relateret og fortolket i forhold til hinanden. Der blev fundet metaforer for de fire hovedområder
6. **Sammenstilling af fortolkningen:** Sammenskrivning af syntesen, udskilning af hovedområdet "Opfattelser af amning og moderskab" som overordnet, tre dele af dette hovedområde blev relateret til de andre hovedområder.
7. **Præsentation af metasyntesen**

Tabel 2: Oversigt over undersøgelser inkluderet i metasyntesen

Forfatter	Titel	Land	Undersøgelsesmetode	Deltagere:
Bailey & Pain 2001	Geographies of infant feeding and access to primary health-care	UK	Kvalitative interview med mødre og personer fra mødrenes netværk diskussionsgruppe og telefoninterview	12 mødre 12 personer fra netværk
Cronin 2003	First-time mothers – identifying their needs, perceptions and experiences	Irland	Focusgrupper Interview	13 mødre
Dahl 2004	Amningspraktikens villkor En intervjustudie av en grupp kvinnors föreställningar om förväntningar på och erfarenheter av amning	Sverige	Interview før fødslen, 6 uger efter fødslen og 6 måneder efter amning Pædagogisk og feministisk perspektiv på magtrelationer i den sociale konstruktion af køn	8 mødre
Dykes 2005	"Supply" and "demand": breastfeeding as labour	UK	Deltagerobservation af møder mellem mødre og jordemødre Fokus interview med mødre og guidede samtaler med jordemødre Kritisk etnografisk undersøgelse	61 mødre 39 jordemødre
Graffy & Taylor 2005	What information, advice and support do women want with breastfeeding?	UK	Kvalitativ analyse af svar på åbne spørgsmål i spørgeskema 6 uger efter fødslen	720 mødre
Y. L. Hauck V.F. Irurita 2002	Incompatible expectations: The dilemma of breastfeeding mothers	Australien	Interview, feltnoter, spørgeskemaer, individuelle og diskussionsgruppe interview Grounded theory	33 mødre 9 fædre 12 sundhedsplejersker
Murphy 2003	Expertise and forms of knowledge in the government of families	England	Interview før og efter fødslen Foucault perspektiv	36 mødre

»

Tabel 3 Nøglemetaforer, ideer og begreber

	Dahl	Hauck & Irurita	Murphy
Mors forventninger	Forventninger til at amme Amning – et arbejde	Uforenelige forventninger Tro og viden Amning en del af moderskabet Mål og forventninger har betydning for om amning lykkes At være i kontrol Mindre forvirring, usikkerhed og skyld, når netværket støtter	Realiteter
Netværket	Vilkår for ammepraksis	Anerkendelse Kommentarer fra andre Amningens betydning for resten af familien Barnets reaktioner bestemmer beslutninger om amning	Bevarelse af mors autonomi og frihed til at manøvrere
Amme-eksperterne	Ammeeksperterne	Modsigende, forvirrende debat Skyldfølelse Modsigende eller forældet information nedsætter sundhedspersonalets troværdighed Får kvinder den relevante information til at træffe beslutninger om amning	Medicinsk ekspert diskurs Uddannelse - overtalelse Ekspertdefineret praksis Praktisk individualiseret viden Ekspert viden (teknisk viden) Professionelles kompetence til at kommunikere Skyldfølelse for at risikere barnets sundhed, hvis eksperternes råd ikke følges "Governing at a distance"
Opfattelser af amning og moderskab	Officiel ammepolitik Ammediskurs Naturlighedsdiskurs	Forholdet mellem stat og individ Retoriske strategier Identitet som "god" mor	

Cronin	Graffy	Bailey-Pain	Dykes
Pres fra sundhedspersonale om at amme	Brug for tid og støtte til den nye rolle som mor	Ingen overensstemmelse mellem forventninger og realiteter Amning er naturligt – noget man bare kan Familiens historie	Amning: envejs- transmission af sundhed Udbud og efterspørgsel
	Mødre kan identificere, hvorfor de holdt op med at amme	Overvindelse af problemer er afhængig af støtte	
Modsatrettede råd Ikke acceptabel information om amning fra sundhedspersonalet Det uformelle netværk har indflydelse på om man kan anvende det formelle netværk	Relation til mødre vigtigere end indhold af information Information fra eksperter skal afpasses kvinderne	Forståelse for at forskellige social grupper har forskellige muligheder for at anvende den formelle støtte Ingen forståelse for mors følelser	Sundhedspersonale forstærker mors begreber om amning som produktion
	Amning i offentlighed	Kvindekroppen som maskine Kvindekroppen: en defekt mandekrop	

Uddannelse som **international ammekonsulent** og deltagelse i 3. Nordiske Ammekonference

Skrevet af **Mette Aaskov**, sundhedsplejerske og IBCLC, ansat i sundhedsplejen i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Min interesse for amning

Siden jeg blev uddannet sundhedsplejerske i 2000, har amning været et af mine særlige interesseområder indenfor sundhedsplejen. Amning er uden tvivl et af sundhedsplejens kerneområder. Dette til trods var der på sundhedsplejerske uddannelsen i 2000 ikke megen fokus på amning, og det har i det hele taget været problematisk at tilegne sig viden om amning på højt niveau. Nedlæggelse af Videncenter for Amning i 2008 har ikke gjort dette lettere.

Min interesse for området medførte, at jeg i 2008 blev certificeret international ammekonsulent, IBCLC, efter først at have fulgt 45 timers undervisning om amning på et tværfagligt ammekursus og læst store mængder faglitteratur, hovedsagelig på engelsk. Uddannelsen har bibragt mig en meget større baggrundsviden i forhold til amning, en større indsigt i hvor omfattende og mangefaceteret dette område er og også en voksende interesse for at søge evidensbaseret viden. Jeg gør brug af denne viden i mit daglige arbejde som sundhedsplejerske, både i forhold til rådgivning og vejledning i familierne og i forhold til mine kolleger. Jeg bliver brugt som resourceperson for mine kolleger i ammespørgsmål og er med til at sætte amning på dagsordenen på min arbejdsplads bl.a. gennem undervisning.

I kraft af det tværfaglige ammekursus er mit netværk blevet udvidet i betydelig grad, hvilket har ført

til samarbejde på tværs af kommuner med andre sundhedsplejersker, tværfagligt samarbejde med jordemødre og sygeplejersker. Det hele jo med amning som overskrift.

IBCLC

International Board Certified Lactation Consultant, IBCLC, er en international certificering som ammekonsulent. Eksamen og certificering administreres af organisationen The International Board of Lactation Consultant Examiners, der blev dannet i 1985. Mange forskellige faggrupper vælger at blive certificerede som ammekonsulenter. I Danmark har sygeplejersker, sundhedsplejersker, jordemødre og en enkelt biolog taget uddannelsen, hvilket giver god basis for et tværfagligt samarbejde.

På nuværende tidspunkter vi 55 IBCLC'er i Danmark, heraf 11 sundhedsplejersker.

Eksamen

Eksamen finder sted den sidste mandag i juli hvert år i flere lande. Man har mulighed for at vælge mellem flere forskellige eksamenssprog, dog ikke dansk. Det har siden 2004 været muligt at gå til eksamen i København.

Eksamensformen er multiple choice, og der er i alt 200 spørgsmål. Der er afsat 3 timer til de første 100 spørgsmål, derefter frokost, hvorefter man får udleveret de næste 100 spørgsmål. De 75 af spørgsmålene om eftermiddagen består af fotografier, og her har man i høj grad brug for sin praktiske erfaring.

Eksamen er teoretisk med udpræget relation til den praktiske erfaring.

Eksamenskrav

Krav, der skal være opfyldt for at gå til eksamen afhænger af, hvilken faglig uddannelse, man har. For sundhedsplejersker skal man fra 2010 kunne dokumentere 1000 timers praktisk ammerådgivning og 45 timers undervisning omhandlende amning eller relaterede emner indenfor de sidste 5 år.

Hvordan foregår uddannelsen?

Der findes ikke en pensum liste til eksamen, men derimod forslag til litteratur. Litteraturen er hovedsagelig på engelsk, da der ikke findes litteratur om amning på dansk på det niveau, der kræves til eksamen. Dette kan til en start gøre læsningen tung, men meget hurtigt kommer man ind i terminologien, således at det ikke giver anledning til problemer, men derimod gør eksamen mere tilgængelig, da de fleste af os danskere vælger at gå til eksamen på engelsk.

I Danmark er det muligt at følge et 45 timers ammekursus. Ingrid Nilsson, som er sygeplejerske, IBCLC og MSA, er ansvarlig for kurset, som udbydes årligt via Komiteen for Sundhedsoplysning. Dette kursus er adgangsgivende til eksamen, og man kommer omkring de relevante områder. Ammekurset er et tværfagligt kursus på tre moduler.

Det er ikke et krav at følge undervisning. I praksis vælger stort set alle at bruge kurset som forberedelse, også fordi det kan være vanskeligt at kunne dokumentere de 45 timers deltagelse i undervisning, som er et krav for at kunne gå til eksamen.

Der er fastlagt en beskrivelse af de områder, som eksamen omhandler. Alt efter viden og erfaring er det op til den enkelte eksamenskandidat at vurdere, hvor indsatsen skal koncentreres. Det drejer sig om følgende områder:

- Anatomi, fysiolog og endokrinologi
- Ernæring og biokemi
- Immunologi, infektionssygdomme og patofysiologi
- Farmakolog og toksikologi
- Psykologi, sociologi og antropologi

- Folkesundhed
- Vækstparametre og udviklingsmæssige milesten
- Forståelse af forskning
- Etik
- Ammeteknik, hjælpemidler og teknologi

Yderligere information om certificering som IBCLC kan fås ved at kontakte Ingrid Nilsson på in@sundkom.dk eller på følgende hjemmesider:

www.daclc.dk

www.iblce-europe.org

DACLC

IBCLC'er i Danmark er organiseret i DACLC, Danish Association of Certified Lactation Consultants, som i sagens natur er en tværfaglig forening.

DACLC's fokusområder er bl.a. at fremme amning ved at støtte og opmuntre til videnskabeligt og praktisk arbejde med amning, at fremme professionen af internationalt certificerede ammekonsulenter og at afholde kurser og møder.

På hjemmesiden kan man som medlem deltage i et debatforum om ammerelaterede spørgsmål.

På hjemmesiden www.daclc.dk kan læses mere om foreningen.

3. Nordiske Ammekonference

For mit vedkommende har certificeringen som international ammekonsulent medført deltagelse i og interesse for flere kurser og møder i amningens tegn, sidst 3. Nordiske Ammekonference.

Komiteen for Sundhedsoplysning og DACLC havde i fællesskab arrangeret 3. Nordiske Ammekonference, som fandt sted i København den 23. og 24. september i år. Der var ca. 350 deltagere fra 13 forskellige lande og i alt 15 meget spændende præsentationer af både danske og udenlandske foredragsholdere. Derudover 9 posterpræsentationer. Udover en masse interessant vidensformidling, blev der tid til at danne nye netværk. Så alt i alt en meget inspirerende konference og i høj grad netværksdannende.

Referat fra konferencen kan læses på www.daclc.dk

Obstipation og fækalinkontinens hos børn

Speciale sygeplejerske **Bibbi Salling**,
Afd. LA-1242 Pæd. Klinik Gentofte / JMC.-RH.

Formålet med denne artikel er at videregive information omkring emnet funktionel fækal inkontinens og forstoppelse/obstipation hos børn. Dette er lidelser, som meget tit kan komme til at fylde rigtig meget i den enkelte familie. Information og vejledning omkring emnet gør at vi kan hjælpe børnene og deres familier med at få løst deres afføringsproblem.

Artiklens forfatter arbejder selv som specialesygeplejerske på Juliane Marie Centret / Rigshospitalet ved Pædiatrisk Klinik Gentofte. Her har hun eget sygeplejerskeambulatorium, hvor hun bl.a. hjælper børn/familier med ovennævnte diagnoser, i tæt samarbejde med afdelingens børnelæge, diætist, psykolog og socialrådgiver.

Forekomst:

Ca. 20 % af alle børn i alderen 4-18 år har på et eller andet tidspunkt haft obstipation og hyppigheden hos børn i alderen 0- 2 år er ca. 3 %.

3 % af raske skolebørn lider af fækal inkontinens (4 % i 5-6 års alderen og 1,6 % i 11 års alderen).

I dag ved vi at fækalinkontinens som oftest ikke har en psykisk årsag, men skyldes obstipation. Men myten, at fækalinkontinens altid har en psykisk årsag, eksisterer fortsat.

Prognose:

Undersøgelser viser, at ca. 60 % af børn med svær forstoppelse og fækalinkontinens, og uden tilgrundliggende sygdom, kan opnå succes i løbet af de 6 første måneder. Dette sker hvis de behandles som anbefa-

let, af landets børnelæger. Anbefalingerne kan ses på hjemmesiden www.paediatrici.dk

Lægeundersøgelse:

Børnene bliver henvist til afdelingen via praktiserende læge, eller via vagtlæge. Alle børn undersøges først af afdelingens læge der laver en anamnese som inkluderer oplysninger om:

tidspunktet for mekoniumafgang, symptomdebut (symptomer under amning), afføringshyppighed, afføringsvolumen,- konsistens og evt. smerter, tegn på tilbageholdelse af afføring, smerter og blod i forbindelse med afføring, fækalinkontinens, hvor og hvornår på dagen, urininkontinens og urinvejsinfektioner, mavesmerter, neuromuskulær udvikling, appetit og kost samt psykologiske eller adfærdsmæssige problemer, livsbegivenheder (dødsfald, skilsmisse, nye søskende og seksuelle overgreb), der kan være en medvirkende årsag til tilbageholdelse af afføring.

Den objektive undersøgelse af barnet lægger specielt vægt på:

- palpation af abdomen (palpabel fæces eller luft)
- neurologisk undersøgelse specielt af underekstremiteterne
- perianal inspektion (placering af anus, rødme, dermatitis, exzeme, fissurer, hæmoroider og perianal fæces)
- rectal eksploration (sphintertonus, fæces i ampullen, ano- cutan reflex, størrelse og placering af rectum etc.)
- evt. urin stix og anal podning, samt en beskrivelse af eksterne genitalier.

Andre undersøgelser kan f.eks. være ultralyd af abdomen.



Foto: Istockphoto

Efter udredning kan barnet/familien følges af obstipationssygeplejersken ambulant eller telefonisk.

Definition på Obstipation:

Dansk Pædiatrisk Selskab, april 2007- Rom III kriterier

To eller flere kriterier skal være opfyldte hos et barn med udviklingsstrin på mindst 4 år, og kriterierne skal være opfyldt mindst 1 gang om ugen i to måneder før diagnose:

- To eller færre afføringer pr. uge på wc
- Tilstedeværelse af større fækal udfyldning i rektum
- Periodisk passage af større fækalmængder
- Historie med ekstrem voluntær tilbageholdelse af afføring eller retensiv adfærd
- Mindst 1 ugentlig episode med fækal inkontinens

- Historie med smertefulde eller hårde afføringer
- Historie med afgang af større mængder afføring

Definition på Fækal inkontinens:

Dansk Pædiatrisk Selskab, april 2007- Rom III kriterier.

Afgang af afføring på et upassende sted (obstipationsassocieret fækalinkontinens). Kan deles op i funktionel og organisk fækalinkontinens:

1. Funktionel fækalinkontinens-obstipationsassocieret fækalinkontinens (hyppigste præsentationsform)
 - non-retensiv fækal inkontinens, hvor der ikke findes tegn på obstipation. Behandles med toilettræning.
2. Organisk fækal inkontinens, der skyldes sygdom. Det foreslås at termerne encoprese og soiling ikke anvendes.

»

Organisk obstipation:

5 % af obstipationstilfældene skyldes en underliggende lidelse og betegnes som organisk obstipation. Årsagerne kan være:

Mb. Hirschsprung, anorektale misdannelser, columnarelaterede lidelser, hypothyreose, cøliaki, hypercalcæmi, seksuelle overgreb, Mb.Crohn, cystisk fibrose, medicinforgiftning med f.eks. morfina og neurologiske lidelser som cerebral parese, myelomeningocele og poliomyelitis (ref.4,s 362, 363).

Hos 95 % af børnene med kronisk obstipation og hos 90 % af børnene med fækal inkontinens er årsagen altså ikke organisk. Lidelsen betegnes som funktionel obstipation og mekanismen ved funktionel obstipation kan ofte beskrives som: *"Den onde cirkel"/ Circulus Vitiosus*. Barnet har en smertefuld hård afføring og bliver bange. Det kan komme ind i en "ond" spiral, hvor det undertrykker defækationsrefleksens. Afføring i endetarmen ophobes og den bliver stadig hårdere. Dette giver yderligere ubehag og smerte ved defækation. Spædbarnet bliver "stift" og går i bro, mens de lidt ældre børn bliver irritable, tripper, strammer balderne sammen, gemmer sig og spiser mindre. Den ophobede afføring i endetarmen gør at barnet taber sin fornemmelse for afføringstrang og barnet kan ikke mærke, at det skal have afføring. Der kommer måske "bremsespor", og til sidst presses der en knoldet afføring ud. Herefter har barnet måske et par gode dage, hvorefter det hele begynder forfra. Smertende anale fissurer kan være en medvirkende årsag til at barnet opretholder "den onde cirkel".

Ud over Rom kriterierne siger vores kliniske erfaring os at symptomerne på obstipation også kan være: dårlig trivsel både fysisk, psykisk og socialt, kolikagtige mavesmerter, dårlig eller vekslende appetit, isolation, smertefulde afføringer, rectal blødning, fissurer, hæmoroider, rectal prolaps, tilbageholdelse af afføringen, obstipationsbetinget diarre, inkontinens for urin og evt. urinvejsinfektion.

Det kan være en sammenhæng mellem urininkontinens og obstipation. Derfor er det vigtigt at lægen undersøger barnet for obstipation inden der behandles for vandladningsproblemer. Behandler man først obstipationen kan 80 % af de børn, der har

vandladning i bukserne om dagen, blive kontinente (ref.1,s.27).

Ca. 1/3 af børn med urinvejsinfektion skyldes obstipation. En fyldt endetarm kan vanskeliggøre tømmingen af blæren og den resturin der bliver tilbage i blæren kan danne grobund for bakterier (ref.1,s.27).

Der er typisk tre perioder hvor der opstår obstipation:

1. Ved skift fra modernælk til erstatning / overgangskost
2. Hos småbørn der toilettræner
3. Ved skolestart hvor børnene undgår skoletolletterne evt. pga. uhygiejniske forhold

Årsagen til funktionel obstipation hos børn kan være mange: Nogle bliver obstiperede fordi de spiser fiberfattig kost og har et ringe væskeindtag, andre fordi de indtager store mængder mælk (med relativt stort fedtindhold) sammen med fiberfattig kost.

Kostændringer i forbindelse med rejser eller evt. akut sygdom (hyppigt med feber og væsketab) kan også medføre obstipation. Det samme kan ske ved overgang fra modernælk til modernælkserstatning, eller komælk. Dette skyldes sandsynligvis et højt indhold af fedt og protein og / eller et lavt tilbud af kulhydrat i den nye kost, i forhold til modernælken.

Inaktivitet fremmer obstipation f.eks. ved sengeleje postoperativt. Nedsat transittid i tarmen eller undertrykkelse af afføringsrefleksens kan også medføre obstipation. Hæmmet defækationsrefleks kan skyldes en (vanemæssig) undertrykkelse af afføringstrangen, f.eks. i forbindelse med leg, dårlige toiletforhold, eller evt. i forbindelse med psykiske konflikter.

Man skal ikke acceptere funktionel obstipation hos større børn uden at have overvejet muligheden af inflammatorisk tarmsygdom (ref.4, s. 363).

Afførings hyppighed:

Ammede spædbørn har afføring fra 6 gange dagligt til 1 gang hver 7. -12. dag.

Børn, der ernæres med modernælkserstatning, bør mindst have afføring en gang dagligt.

- Småbørn har afføring 1-2 gange dagligt.

- Større børn har afføring 1 gang dagligt.

- Spædbørn der ammes er sjældent forstoppede og er de det, skal de undersøges nærmere.

»

Pseudoobstipation:

Ses som oftest hos spædbørn der udelukkende ammes og skyldes et for lille mælketilbud / hypogalacti. Dette kan give anledning til afgang af sparsomme afføringer, eller såkaldt hungerdiarree (små, hyppige, grønne og slimede afføringer) og / eller gylpen. Barnets vægtøgning mindskes og infektionsresistensen kan nedsættes.

Behandlingen ved pseudoobstipation er at tilføre det spæde barn tilstrækkeligt med føde, og evt. supplere med modermælkserstatning, lactulose eller maltekstrakt (ref. 4,s.363).

Behandling af funktionel forstoppelse og fækal inkontinens:

Målet med behandlingen er at reetablere normal tærskel for defækationstrang samt gøre barnet renligt, dvs. at barnet dagligt har "formet" afføring, uden smerter og ubehag ved defækationen.

I hjemmet:

Efter retningslinier fra Sundhedsstyrelsen 2006.

Behandlingen af simpel obstipation i hjemmet afhænger af barnets alder og obstipationens sværhedsgrad. Barnet der får modermælkserstatning (0-6 måneder gammelt) gives minimum 5 ml lactulose dagligt (aldrig under 1ml/kg - og mange børn skal have 2ml/kg) fordelt på 5ml doser 1-3 gange dagligt i 4-6 uger (ref. 5, s.76).

Børn mellem 6-12 måneder gives 10 ml lactulose dagligt, fordelt på 1-2 (3)doser i 6-12 uger.

I første omgang forsøger man at behandle barnet på overgangskost med mere væske og øget mængde fibre i kosten, f.eks. mere grød, evt. mindre modermælkserstatning og en ekstra kop vand (ref. 5,s.76)

Lactulose Medic / Medilax oral opløsning, markedsføres af Medic Team og består af lactulose

(1 ml = 667 mg lactulose). Opløsningen kan fås i flere smagsvarianter og kan f.eks. blandes i modermælkserstatning eller gives oralt ved hjælp af en sprøjte.

Lactulose er et syntetisk disaccharid af fruktose og galactose der ikke spaltes og ikke absorberes i colon. Det virker osmotisk, blødgør afføringen, fremmer peristaltikken og har en tarmflora- regulerende effekt.

Lactulose absorberes i meget små mængder af kroppen (1 < %). Den afførende effekt indtræder tit efter 1-2 dages anvendelse.

Ifølge lægemiddelstyrelsen bør lactulose ikke bruges ved fructoseintolerans, galactosintolerans/galactosæmi, ved en særlig form for arvelig lactasemangel; Lapp Lactase deficiency og ved glucose / galactose-malabsorption.

Bivirkninger: meteorisme, flatulens og diarree

Behandling på børneafdeling L:

Børnene får bliver ofte behandlet med en højere dosis lactulose end i hjemmet, men afdelingens retningslinier siger: lactulose 10-15 ml dagligt stigende til effekt, eller bivirkning.

Præmature: 0.5ml – 1 ml pr. kg/døgn x 2

Dosis øges herefter med dages mellemrum indtil effekt, dvs. daglig lind afføring. Ved behov for en øget dosis kan det være en fordel at fordele mængden over døgnet og give flere små doser (x 4-6).

Langt de fleste børn der lider af simpel, funktionel obstipation behandles i børneafdelingen med polyethylen glycol / macrogol 3350.

MACROGOL 3350:

Sælges som granulat MOVICOL(Norgine) eller MOXALOLE (Meda).

Granulatet består af Macrogol 3350, natriumhydrogencarbonat, natriumchlorid og kaliumchlorid.

Dette er et afføringsregulerende granulat, der virker osmotisk, er vandbindende og optages stort set ikke i kroppen.

På enkelte neonatalafdelinger i Danmark, behandler man desuden også præmature med MOVICOL. Præparatet bruges af børn fra 0 måneder hvis medicinen er ordineret af en læge, men er kun godkendt af Sundhedsstyrelsen til behandling af obstipation hos børn fra 12 år.

Granulatet købes i håndkøb på apoteket, smager sur/sødt af lime. Producenten anbefaler at blandingen indtages inden for 6 timer, dog vejleder vi vores patienter om at en opløst blanding kan bruges indenfor 12 timer, hvis den opbevares i køleskab.

Granulatet er pakket i doseringsbreve, et brev er på ca. 13,6 gram og skal blandes op i 125 ml. væske.

MOVICOL JR. NEUTRAL er børnevarianten af MOVICOL og markedsføres af NORGINE som et antiobstipationsmiddel til børn mellem 2-11 år. Hvert doseringsbrev er halveret i forhold til "voksen" MOVICOL, og et brev skal blandes med 62,5 ml væske. Granulatet smager af salt og opløst i vand holder blandingen sig 24 timer i køleskabet.

MOVICOL JR. NEUTRAL er et receptpligtigt antiobstipationsmiddel og familien skal desuden have en udleveringstilladelse sammen med recepten.

For yderligere information om produkterne: Lactulose, Movicol og Movicol JR. Neutral, henvises til indlægsseddelen i pakken samt til WWW.FASS. SE

Administration:

Granulatet kan blandes i vand, is, yoghurt, kakao, saft, sodavand ol. og kan fryses til is, men tåler kun at varmes op til 40° C. Medicinen virker kun hvis børnene indtager den mængde væske som granulatet skal blandes i. Firmaet har udviklet specielle drikkedunke hertil der udleveres af afdelingen.

Småbørn kan man tilbyde en koncentreret blanding der gives via en 10 ml. sprøjte og efterfølgende tilbydes barnet den resterende væske, i form af noget de godt kan lide at drikke.

Familierne kan selv vælge, om de vil give Movicol en eller to gange dagligt.

Vores erfaring er, at mange børn er glade for at blande granulatet i rød eller gul saftvand, i hyldeblomstsaft eller i kakao. Vi anbefaler aldrig at blande medicinen i barnets kost.

I afdelingen kalder vi det ofte for supermands- eller prinsessedrik.

Ved febrilia eller ved rejser til varme lande, skal dosis tit sættes lidt op. Samtidig tilbydes barnet mere at drikke.

Principperne i behandlingen med Macrogol 3350 på børneafdeling L er, at man de første 2 – 3 dage giver børnene en højdosis, vurderet efter det enkelte barns anamnese, vægt og grad »

af obstipation. Tre afføringer type 6 – 7 på BRISTOL skala er en god indikator for at medicinen virker og at rectum ikke er fyldt med fæces. En anden indikator for at barnet er tørt ud er at afføringen ikke længere er ildelugtende. Dosis reduceres herefter alt efter effekt til en type 4-5 på Bristolskala. Behandlingens længde er individuel og effekten afgør hvor det enkelte barn ender i vedligeholdelsesdosis.

Personalet vejleder familien i at føre et afførings-skema efter Bristolskala (afføringskala med 7 ulige typer afføring) i de første uger af behandlingen, indtil den rette dosis er fundet. Vi tilstræber på sigt at barnet kvitterer dagligt med afføring type 4-5 på Bristol-skala.

Børn med fækal inkontinens har tit gavn af at behandles til type 5 på Bristolskalaen, således at afføringen er i den løse ende, noget der gør det sværere for barnet at holde på afføringen.

Så snart barnet skal have et brev Movicol dagligt, eller mindre, vejledes familierne i at tænke i teskeer og ikke i breve. Nogle gange er vores erfaring at der justeres i dosis med en teske, for at familien kan finde den rette vedligeholdelsesdosis.

Forældrene vejledes i at der kan gå op til 24 timer efter den første indtagelse af medicinen, til man har effekt, og tit får børnene her ekstra ondt i maven. Dette er et godt tegn - en indikator på at antiobstipationsmidlet virker. På sigt har flere af børnene afføring inden en time efter indtagelse af medicinen.

Hos børn er der ofte brug for langtidsbehandling med afføringsmiddel, da de i lang tid evner at huske det ubehagelige ved at komme af med den smertefulde afføring. De vil tit, ved det mindste ubehag, atter forsøge at holde på afføringen.

En væsentlig del af behandlingen er at lære de lidt større børn at reagere på en fyldt rectumampul. Det tager tid for barnet at tolke signalerne - at have afføringstrang, holde afføringen tilbage samt normal tømning. Forældrene kan ikke forvente, at barnet kan mærke, når det skal have afføring, hvilket de fleste forældre tror.

Nogle få børn kan have gavn af at indlægges i afdelingen indtil barnet er udrenset og man har fundet den rette dosis afføringsmedicin. Er barnet i skoleal-

der kan det gå i afdelingens skole, og nogle få familier følges også tæt af psykolog og af socialrådgiver.

Rectal udtømning:

Enkelte af børnene skal, inden den orale udrensning, også renses ud rectalt af sygeplejersken f.eks. med saltvands indhældninger, microlax eller med oljeklyx / klyx på rectalsonde, således at "proppen" i colons distale del tømmes. Dette kan gavne den orale behandling, hvorefter Movicol virker hurtigere og bedre. Udtømning rectalt virker tit som et stort overgreb på barnet / familien og man skal sikre sig at de er med på behandlingen.

Obstipationssygeplejersken underviser og vejleder den enkelte familie efter behov, visuelt og sprogligt bl.a. om mave- tarmkanalens funktion, om grov og grøn kost, motion, væskeindtag og om toiletræning. Familien vejledes også i principperne for behandling med antiobstipationsmiddel og om op - og nedtrapning af medicinen ved hjælp af Bristolskala og evt. et afførings-skema. Den enkelte familie følges tit meget tæt i starten af behandlingen, og på sigt ofte telefonisk.

I enkelte tilfælde tager sygeplejersken ud i børnenes institutioner og vejleder personalet omkring børnenes antiobstipationsbehandling. Hun underviser også sundhedsfagligt personale om emnet.

Kost og væske:

Kosten skal helst være normalt fiberholdig dvs. 3 g kostfiber pr. 1000 kJ (gælder ikke for børn under 2 år). Hvis kostenamnesen viser, at barnet får kost uden brød og grønt, anbefales familien at give barnet mørke brødtyper, grønt, frugt og fuldkornspasta. Ud af barnets samlede væskemængde bør mælkeprodukter max. udgøre en ½ liter pr. dag. Det anbefales, at barnet drikker mellem 1-1,5 liter væske dagligt alt afhængig af alder. For mere information omkring fiberrig kost, se evt. NESTLES pjec: "Sammensætning af Fiberholdig Børnekost".

Toiletræning:

Familierne anbefales at indføre to til tre faste toilet-tider dagligt for at indøve gode toiletvaner, tolkning af afføringstrang og for at indøve korrekt og optimal

position. Toilettid skal gribe mindst mulig forstyrrende ind i barnets aktiviteter. Det bedste tidspunkt er efter et måltid, hvor man kan udnytte den gastric-koliske refleks. Barnet skal sidde godt på wc med god fodstøtte, gerne let foroverbøjet, således at de pubertale sener afslappes og der banes en mere lige vej igennem sigmoideum og rectum.

Det er meget vigtigt først at starte med dette, når barnet ikke mere er obstiperet og ikke længere er bange for smertefuld afføring. Nogle børn starter med at sidde på wc / potte med ble på. Barnet skal sidde i mindst 5-10 minutter, gerne med underholdning samt et æggeur for at angive tiden. Som en del af behandlingen er det ofte en god ide at benytte en afføringsdagbog.

Man skal fortsætte med faste toilettider også selv om der ikke kommer afføring, da det er en forudsætning for et godt langtidsresultat, at barnet får en fast

rytme med faste tidspunkter for wc besøgene (ref.1, s.27). Ros ikke for meget og ingen skæld ud over resultatet.

Litteraturhenvisning / referencer:

1. Djursfeldt, Sanne: "Børn og afføringskontinens". Kontinens Nyt nr.1. 2008; forår: s.26-32
2. Skytte Jakobsen, Marianne og Siggaaard, Charlotte: "Rekommandationer til diagnostik og behandling af obstruktion og fækalinkontinens", Udvalget for gastroenterologi, hepatologi og ernæring, DPS. 2007: s.1-8
3. Hardikar, W, Cranswick, N and Heine, RG: "Macrogol 3350 plus electrolytes for chronic constipation in children: a single-centre, open-label study". Journal of Paediatrics and Child health, 43, 2007: 527-531
4. Krasilnikoff, P A, Holmberg, L, Lie, S.O, Schiøtz, P.O, Visakorpi, J.K: „Nordisk lærebog i pædiatri“ 10. udgave, 2. oplag 1997; s. 362-364
5. Sundhedsstyrelsen, 3. udgave, 1. oplæg, 2006; s. 76
6. Baker, SS et al: "Constipation infants and children, evaluation and treatment". J. Ped. Gastro. Nutr. 1999; 29: 612-626

Urin og afføringsinkontinens

af **Lisbeth Eriksen, Margrethe Maegaard, Linda S. Munk og Hanne Nolsøe**

At tisse eller have afføring i bukserne (urin- og afføringsinkontinens) er ifølge svenske undersøgelser noget af det værste børn kan forestille sig ud over at miste en forælder eller blive blind. (1) Og der er desværre stadig en del børn i de danske skoler, der lever med dette problem i større eller mindre omfang.

Men der er stort fokus på problemerne blandt sundhedsplejerskerne i skolerne. Både forældre og sundhedsplejerskerne i folkeskolerne er gode til at opdage og tage hånd om de fleste børn med inkontinensproblemer. Det viser en ny undersøgelse, som netop er gennemført blandt skolesundhedsplejersker i Region Hovedstaden af Videns- og praksiscenter for Inkontinens hos Børn og Unge (VIBU). Undersøgelsen dokumenterer, at sundhedsplejerskerne er bevidste om problemet og gør alt, hvad de kan for at hjælpe børnene. Men der er stor forskel på praksis i de forskellige kommuner med hensyn til at identificere problematikken og finde frem til de børn, der har problemer, og stor forskel på den information, de efterfølgende får om problematikkerne.

Om undersøgelsen

Undersøgelsen er afsluttet januar 2010 og viser, at der er stort fokus på problematikker omkring urin- og afføringsinkontinens blandt sundhedsplejerskerne - i hvert fald i Region Hovedstaden, hvor undersøgelsen er gennemført. Hvad de andre regioner har af praksis, er ikke undersøgt, og indgår ikke i undersøgelsen, som omfatter 94 sundhedsplejersker i Region Hovedstaden. I alt har ca. 307 fået tilbud om at deltage, 179 har ikke udfyldt spørgeskemaerne inden afslutningen af forskellige årsager som ferie, manglende tid og overskud, mens kun 4 har afvist at deltage, fordi de ikke havde direkte kontakt med børnene men var ledende sundhedsplejersker. 30 skemaer er ufuldstændige og

derfor frasorterede. I alt har 94 sundhedsplejersker svaret på spørgsmålene dvs. en svarprocent på 31 %. Undersøgelsen er dermed ikke dækkende for alle sundhedsplejersker i Region Hovedstaden, men da 18 ud af 28 kommuner i Region Hovedstaden er repræsenteret med svar i undersøgelsen, må svarende siges at være bredt funderet og interessante nok til at få et indblik i nuværende praksisser og tendenser på området.

Inkontinens tages seriøst.

Skolesundhedsplejerskerne i undersøgelsen angiver, at de ser børnene i både børnehaveklassen (97 %) og, 1. klasse (89 %). Indskolingen er således en unik mulighed for at få identificeret problemerne i en tidlig alder, inden det udvikler sig til problemer af større art med konsekvenser for barnets sociale liv og adfærd. Børn med inkontinensgener har ofte et lavere selvværd end børn uden denne type problemer (2). Selvværdfølelsen betyder utrolig meget for, hvordan børnene udvikler sig både socialt og psykisk, derfor er det meget vigtigt at hjælpe, hvor man kan i forhold til inkontinens. Denne undersøgelse viser, at sundhedsplejerskerne virkelig tager inkontinens meget seriøst, og at de gør rigtig meget for at forsøge at hjælpe barnet og familierne, når de støder på et barn med inkontinens.

I dialog med forældre og barn om behandling

Næsten alle sundhedsplejersker i undersøgelsen angiver, at de følger grundigt op på problematikken i samarbejde med forældrene. Der er etableret forskellige lokale tiltag for at afhjælpe problemet. Flere kommuner har sundhedsplejersker med specialfunktion i forhold til enuresis nocturna (nattevæderi). Undersøgelsen viser, at den mest brugte af praksis på området er først at tale med forældrene om problemerne og prøve at vejlede og rådgive omkring spisevaner, toiletvaner, drikkevaner, sovevaner etc. Familierne bliver samtidig næsten altid henvist videre til både egen læge samt offentlige og private tilbud på området. »

hos **børn** i Danmark

At tisse eller have afføring i bukserne (urin- og afføringsinkontinens) er ifølge svenske undersøgelser noget af det værste børn kan forestille sig ud over at miste en forælder eller blive blind



Foto: Istockphoto

Psykosociale omstændigheder skal tages med i betragtning

Undersøgelsen peger også på en anden problematik. Der er stor forskel på hvor opsøgende sundhedsplejerskerne er, i forhold til at identificere problematikken, dvs. finde frem til de børn, der lider af inkontinens. Man kan ud fra undersøgelsen ikke sige noget om, hvorvidt sundhedsplejerskerne finder frem til alle de børn, der potentielt lider af inkontinens, hvis de ikke selv eller deres familier kommer ind på det. Det at være opsøgende i forhold til inkontinens er vigtigt. Man ved fra Gallup International's undersøgelser af voksne, at inkontinens er tabubelagt at tale om, og at mange føler det pinligt at tage det op hos sin egen læge (Gallup International 2000). Og dette til trods for, at man faktisk kan gøre noget ved de fleste inkontinensproblemer. Ca. 80 % af alle inkontinente børn kan hjælpes til at blive tørre. De resterende 20 % kan hjælpes så deres inkontinens er mindsket til et acceptabelt niveau. Forudsætningen for at hjælpe børnene i det daglige på både skolen og i hjemmet er, at børnenes toiletvaner og drikkevaner er gode. Dette kræver blandt andet, at toiletforholdene er i orden og at der er mulighed for at tage noget at drikke i skolen.

Vandladningsproblemer prioriteres højest/eller er lettest at tale om?

Fordi urininkontinens og afføringsinkontinens kan være svært at tale om for børn og forældre, er det vigtigt, at der bliver spurgt ind til det på den ene eller anden måde i samtalerne med sundhedsplejerskerne. Undersøgelsen viser, at 69 % af de adspurgte skolesundhedsplejersker altid spørger ind til urinproblemer ved gennemgang af det enkelte barn, 27 % spørger til det nogle gange, mens kun 4 % ikke spørger til det.

Afføringsproblemer er tilsyneladende ikke noget skolesundhedsplejerskerne spørger helt så meget ind til som urinproblemer. Kun 39 % af de adspurgte svarer 'ja' til at de spørger ind til afføringsproblemer. Dykker man nærmere ned i begrundelserne for at svare "nogle gange" dukker der dog nogle interessante svar op. Her svarer 18 ud af 25 svarpersoner, at de kun spørger til urinproblemer, hvis forældrene selv har anført, at dette er et problem i de papirer, som forældrene

har udfyldt hjemmefra. Det samme gælder afføringsproblemer. Under begrundelserne for kun nogle gange at spørge ind til afføringsproblemer, er der dog også 9 ud af 25 sundhedsplejersker, der svarer, at de spørger ind til problemer med afføringen, hvis der er problemer med ondt i maven, tegn på forstoppelse eller tegn på urinproblemer. Og netop dette er der grund til at holde fast i også den anden vej rundt. Sammenhængen mellem obstipation (forstoppelse) og afføringsinkontinens er tæt, det gælder også den anden vej. Forskning viser, at kombineret urin- og afføringsinkontinens faktisk er en meget overset lidelse. Ca. 30 % af de børn, der bliver henvist for afføringsinkontinens (fækalinkontinens) på har samtidig urininkontinens.(3)

Denne sammenhæng mellem en dysfunktion i blære og tarm er ofte ikke åbenlys for hverken barn, forældre, sundhedsplejerske eller behandler og kan i sidst ende føre til manglende behandlingstiltag(4). Det er derfor vigtigt, at sundhedsplejerskerne er ekstra opmærksomme på denne sammenhæng og ikke kun spørger til det ene.

Standardiserede skemaer hjælper og begrænser.

Mange af sundhedsplejerskerne bruger standardiserede skemaer som udgangspunkt for dialogen med forældre og barn om sundhedstilstanden og eventuelle problemer med inkontinens. De standardiserede skemaer har således en central betydning for dialogen med barn og forældre, og for hvor langt og dybt ind i problemet man kommer. Skemaerne er uden tvivl vigtige for at sundhedsplejerskerne kan tage de problemer op, som forældrene nævner. Men samtidig ser det ud til, at skemaerne let kan blive styrende for samtalen og kan resultere i, at problemerne ikke bliver opdaget, hvis barnet enten ikke har lyst til at tale om det, eller hvis forældrene ikke har været opmærksomme på, hvor vigtigt det er at få noteret det på skemaerne inden samtalen.

Også i de skemaer, der bliver brugt, er vandladningsproblemer højt prioriteret, men kun meget få spørger specifikt om afføringsmønster/problemer.

Man kunne forestille sig, at dette ville være en relevant udbygning af skemaerne i fremtid praksis for sundhedsplejersker sammen med en lille note til foræl-

drene om, hvor vigtigt det er at få nævnt alle problemer, små som store, når de udfylder skemaerne?

Hjemmelavede skemaer er standard.

Undersøgelsen viser, at 48 % af de adspurgte bruger standardskemaer, som kommunerne selv har udarbejdet. I disse spørger de fleste specifikt til vandladningsproblemer, mens kun 26 % har udarbejdet standardskemaer for at spørge til afføringsinkontinens. En del bruger indskolingsskemaet som standard. Kun en enkelt eller to spørger direkte om barnet har svært ved at holde sig tør om dagen og/eller natten. Det tyder dermed på, at der meget forskel fra kommune til kommune, hvordan man kommer ind på problematikken og hvad man gør for at komme ind på den i forhold til forældrene. Set fra et sundhedsfagligt synspunkt er der ingen tvivl om, at det ville højne chancerne for at få fat i børn med inkontinens, hvis der i alle skemaer rundt om i Danmark var indføjet et specifikt spørgsmål til urin- og afføringsinkontinens, så emnet blev taget aktivt op til overvejelse hos både forældre og sundhedsplejerskerne, frem for at satse på, at så tabubelagt emne som fx afføringsinkontinens bringes op af forældrene uden opfordring, mens barnet hører på.

Skriftlig information er forskelligartet

Når sundhedsplejerskerne møder et barn med inkontinensproblemer, har 73 % af de adspurgte informationsmaterialer, som de udleverer til forældrene. Disse materialer stammer fra både Sundhedsstyrelsen, Libero, DryNites, kommunale pjecer og til materialer fra Center for Børneinkontinens på Skejby sygehus, fra Tørdokken på Rigshospitalet, fra Børneafdelingen på Gentofte Hospital samt fra Kontinensforeningen. Mange sundhedsplejersker angiver, at de selv har udarbejdet noget materiale. Der er tilsyneladende ikke en ensartet strategi for, hvad man udleverer af materialer til forældre i Danmark, og dette område er bestemt et der bør opprioriteres i fremtiden, hvilket understreges af, at 80 % af deltagerne i undersøgelsen, er meget interesserede i at få informationsmaterialer, som de kan udlevere om råd, vejledning og behandlingsmuligheder. Et samlet overblik over

eksisterende materiale på området og behandlingsanvisninger, ville være gavnligt i forhold til at ensrette tiltagene i de enkelte kommuner og gøre det lettere for både læger og sundhedsplejersker at vælge det materiale, der matcher deres og familiernes behov. VIBU vil på baggrund af denne undersøgelse arbejde videre for at skabe et overblik over området hvad angår materialer og behov for undervisning. Følg med på www.vibu.rh.dk

Perspektiver for fremtiden

Undersøgelsen viser, at de sundhedsplejersker, der deltog i undersøgelsen er gode til at sætte stort fokus på området. Men de, der af forskellige årsager ikke deltog, ved vi intet om. Man kunne frygte, at ikke er interesserede i området, og derfor ikke har tænkt at det »

gav mening at deltage. Tilbagemeldingerne fra nogle af de der deltog, tyder dog på tidspres som den vigtigste faktor for ikke at deltage.

Urin- og afføringsinkontinens hos børn og unge har i mange år været et underprioriteret område i Danmark, og vi ved stadig ikke nok om, hvor mange børn, der faktisk lider af inkontinens i Danmark. Og vi ved ikke meget om, hvor gode vi er til at fange dem tidligt og hjælpe dem bedst muligt. Både de børn, der har lette inkontinensproblemer, men som med den rette behandling og støtte kan komme sig over det i løbet af få måneder, og de børn, for hvem operationer er den rette løsning.

For sundhedsplejersker, lærere og forældre, er det dog vigtigt at være opmærksom på, at børn med inkontinens ofte er aldersvarende med andre børn på alle andre områder, og inkontinensproblemer alene ikke må derfor blive den eneste grund til at lade et barn gå børnehaveklassen om eller udsætte skolestart.

Medmindre der er tale om børn med adfærds og/eller koncentrations vanskeligheder. Dvs. børn som evt. er diagnosticerede med ADHD, asperger og lign. Disse har ifølge forskningen en højere incidens af inkontinens og bliver ofte med rette sendt senere i skole netop p.g.a. inkontinens.(5)

Litteraturliste

1. Wille S, Hjältnäs K. Sängvätning och annan urininkontinens hos barn. Lund: Studentlitteratur; 1997.
2. Hinde M, Hjertonsen M, Broberg A. [Low self esteem of children with enuresis. Mental and social health compared in different groups]. Lakartidningen 1995 September 6;92(36):3225-9.
3. Rittig S, Siggaard C. [Combined urinary and fecal incontinence - a neglected problem. Danish Society of Pediatrics]. Ugeskr Læger 2005 March 21;167(12-13):1403.
4. Rittig S, Siggaard C. [Combined urinary and fecal incontinence - a neglected problem. Danish Society of Pediatrics]. Ugeskr Læger 2005 March 21;167(12-13):1403.
5. Van LE, Raes A, Vande WJ, Hoebeke P. Adequate fluid intake, urinary incontinence, and physical and/or intellectual disability. J Urol 2009 October;182(4 Suppl):2079-84.

Præsentation af forfatterne



Margrete Maaegaard,
Specialsygeplejerske,
uroterapeut fra Gøteborg
Universitet, ansat i børne-
kirurgisk Klinik, ambulatoriet.
Daglig medansvarlig
for Videns- og Praksiscet-
ner for inkontinens hos
Børn og Unge (VIBU),
Videns- og praksiscenter
Inkontinens hos børn og
unge er en del af Børneki-
rurgisk Klinik.



Hanne Noelsøe,
Specialsygeplejerske,
uroterapeut fra Gøte-
borg Universitet. Ansat
i børnekirurgisk Klinik,
ambulatoriet. Daglig
medansvarlig for Vi-
dens- og Praksiscetner
for inkontinens hos Børn
og Unge (VIBU)



Lisbeth Eriksen,
Specialsygeplejerske,
uroterapeut fra Gøte-
borg Universitet. Ansat
i børnekirurgisk Klinik,
ambulatoriet. Daglig
medansvarlig for Vi-
dens- og Praksiscetner
for inkontinens hos Børn
og Unge (VIBU)



Linda Svenstrup Munk,
Sprogpsykolog, cand.
Mag. Kommunikations-
rådgiver. Juliane Marie
Centeret. Rigshospitalet

Kiropraktisk behandling af "spædbørnskolik"



Forfatter: **Lise Hestbæk**, kiropraktor, p.d., Lektor, institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet, Odense. Seniorforsker, Nordisk Institut for Kiopraktik og Klinisk Biomekanik, Odense.

Denne artikel er en beskrivelse af et projekt om behandling af spædbørn, der græder meget. Projektet startede i oktober sidste år (2009) og forventes at køre to år. Der rekrutteres børn fra Vestjylland og Nordsjælland.

Baggrund

Spædbørn, der græder meget, bliver ofte kaldt "kolikbørn". Den betegnelse er dog ret misvisende, idet den stammer fra den tid, hvor man troede, at den eneste årsag til børns gråd var "ondt i maven". I dag har vi et meget mere differentieret billede af spædbarnsgråd og erkender, at der kan være mange årsager til gråden. Ikke desto mindre lever ordet "kolik" videre i lægelige og videnskabelige kredse i mangel af en bedre samlebetegnelse for spædbørn, der græder unormalt meget. Den mest anvendte definition af "spædbørnskolik" er gråd i mere end tre timer, mere end tre dage om ugen i mere end tre uger. Børnene er mellem to uger og fire måneder, i god trivsel og med normal psykomotorisk udvikling. Der er altså ikke noget kriterium om mavesmerter el. lign. i den nuværende definition(1).

"Kolik" bliver generelt betragtet som et selvbegrænsende problem, idet det ofte går i sig selv omkring 3 måneders alderen. Dette er også sandt for hovedpartens vedkommende (2), og langt de fleste får også et normalt forældre-barn forhold efterfølgende. Der er dog et voksende antal studier, der viser en bekym-

rende høj forekomst af senere udviklingsproblemer hos de tidligere kolikbørn. Søvnforstyrrelser, temperamentsproblemer (3), overfølsomhed overfor berøring (4), nedsat koncentrationsevne, hyperaktivitet og dårligt søvnmønster (4-6) er nogle af de problemer, der er blevet kædet sammen med et voldsomt grådmønster som spæd. I yderste konsekvens kan det også føre til fysisk vold mod barnet og er rapporteret som en af årsagerne til "shaken baby syndrome"(7).

Årsagen til den øgede gråd er stadig stort set ukendt, selv om mange hypoteser er undersøgt: allergi, kost, gastrointestinalkanalens udvikling og forstyrrelser i mor-barn forholdet, forældres uddannelse, paritet, alder samt obstetriske faktorer. Resultaterne er ikke entydige og bekræfter, at "kolik" kan have mange årsager (8).

På grund af de mange forskellige teorier om årsagen er der forsøgt mange behandlinger ud fra mange forskellige indfaldsvinkler: medicinsk, adfældsregulerende, kiropraktisk mm. Indtil videre har kun udelukkelse af komælk fra diæten (8-11) og arbejde med mor-barn forholdet vist sig at være effektive interventioner, og det kun på et lille udsnit af børnene (12).

Det er uhyre kompliceret at gå ind i mor-barn forholdet, og det rækker langt udenfor dette projekts rammer. Derimod kan man i løbet af et par dage få svar på, om barnets gråd skyldes intolerance overfor protein fra komælk. Hvis det er tilfældet, vil man kunne se en positiv effekt allerede efter et par døgn med udelukkelse af komælk fra diæten. Derfor er det første skridt i denne undersøgelse. Når de børn, der græd pga. komælken, er sorteret fra, er næste skridt at undersøge effekten af kiropraktisk behandling.

Kiropraktisk behandling af spædbørn, der græder meget, er blevet undersøgt i to kliniske

studier med modstridende resultater. Den første undersøgelse viste en klar positiv effekt af behandlingen, men forældrene vidste, hvorvidt barnet blev behandlet eller ej, dvs. de var ikke blinde for behandlingen. Derfor kan det ikke udelukkes, at den positive effekt kan tilskrives forældrenes positive forventninger (13). Den anden undersøgelse viste ikke en effekt af behandlingen. Den undersøgelse er blevet kritiseret for selve typen af behandling, der iflg. kiropraktiske klinikere ikke var optimal og ikke svarede til den behandling, der oftest udbydes i de danske kiropraktorklinikker (14).

Kiropraktorerne har gode erfaringer med at behandle spædbørn, forældrene efterspørger behandlingen, og der behandles årligt mere end 4000 spædbørn i de danske kiropraktorklinikker. Det er derfor vigtigt at få afklaret, om behandlingen har en effekt og i givet fald at identificere de børn, der har størst chance for gavn af behandlingen.

Kiropraktisk behandling består primært af ledfremgørende behandling og anden behandling af kroppens muskler og led. Hvis kiropraktisk behandling har en effekt på overdreven gråd, er det derfor nærliggende at antage, at effekten vil findes hos de børn, hvor gråden skyldes et problem i bevægeapparatet.

Formål

1. At undersøge effekten af kiropraktisk behandling af "spædbørnskolik".
2. At undersøge om børn med formodede bevægeapparatsproblemer har større udbytte af kiropraktisk behandling end dem uden.
3. At undersøge om sundhedsplejersker og kiropraktorer er enige om klassifikation af bevægeapparatsproblemer.

Design

Kontrolleret, multicenter, randomiseret, enkeltblindet undersøgelse.

Metode

Børn: Projektet omfatter børn i alderen 2-10 uger, der opfylder de specifikke kriterier for "spæd-

"Kolik" bliver generelt betragtet som et selvbegrænsende problem, idet det ofte går i sig selv omkring 3 måneders alderen

børnskolik": gråd mindst tre timer om dagen i mindst tre dage om ugen. Børnene kan ikke være med, hvis de har en erkendt sygdom, ikke har tilfredsstillende vægtøgning eller har psykomotoriske problemer.

Projektsundhedsplejersker:

Der er ansat tre projektsundhedsplejersker til at forestå projektets daglige drift (Laila Olesen, Lemvig, Tine Iversen, Furesø og Helle Lichtenberg, Furesø). Børnene rekrutteres primært af lokale sundhedsplejersker, der henviser til projektsundhedsplejerskerne, men også de praktiserende læger kan henvise til projektet, og forældrene er velkomne til selv at henvende sig, hvis de har hørt om projektet andre steder. Ved første besøg screener projektsundhedsplejersken børnene, informerer forældrene om projektet, udfylder baselineskema og udleverer gråd/søvn-skemaer, der skal udfyldes i hele projektperioden. Forældrene instrueres i at udelukke komælk fra kosten. Hvis det er et flaskebarn, får forældrene udleveret Nutramigen, og hvis barnet ammes, får moderen vejledning i at følge en komælksfri diæt. Der føres derefter dagbog over gråd og søvn i mindst tre døgn.

De børn, der herefter har det markant bedre, henvises videre til egen læge for yderligere udredning af evt. intolerans for komælk og går ikke videre i dette projekt. De børn, der ikke bliver bedre af en komælksfri diæt, fortsætter videre i projektet. Projektsundhedsplejerskerne vurderer, hvorvidt der er involvering af bevægeapparatet, trækker lod, om barnet skal i behandlings- eller kontrolgruppen, og der aftales tid hos en af de medvirkende kiropraktorer.

»

Flowchart

Børnene henvises til projektsundhedsplejerske,
primært af kommunale sundhedsplejersker

Projektsundhedsplejerske

- Inklusion
- Forklaring om projektet
- Instruktion i skemaer mv.
- Vurdering af mulige problemer i bevægeapparatet (BA)
- Randomisering
- Tid hos kiropraktor fire dage senere



Mindst tre
døgn uden
komælk

Kiropraktor

- Anamnese
- Undersøgelse
- Evt. eksklusion
- Vurdering af mulige problemer i bevægeapparatet (BA)

Behandling

100 børn
To behandlinger om
ugen i to uger

Ingen behandling

100 børn
To besøg om ugen i to uger
uden behandling

Afsluttende spørgeskema

Kiropraktisk behandling:

Der er to kiropraktorer i øst (Birgitte Holt, Lyngby og Bettina Bjerring, Farum) og tre i vest (Bettina Miltersen og Anja Borgaard, Holstebro og Dorthe Plagborg, Skive). Første besøg hos kiropraktoren involverer normal anamnese og undersøgelse, dog uden specifik undersøgelse af rygsøjlen. I forlængelse heraf foretager kiropraktoren en vurdering af, om barnets problemer er relateret til bevægeapparatet. Behandlingsgruppen kommer ind til behandling to gange om ugen i to uger (første behandling i forbindelse med undersøgelsen) og behandles som indikeret. Kontrolgruppen kommer ind i kiropraktorens behandlingslokale med samme intervaller, men behandles ikke. Alle forældre, uanset hvilken gruppe, deres barn er i, skal forlade behandlingslokalet, inden "behandlingen" går i gang, så de ikke ved, om barnet bliver behandlet eller ej. Behandling varetages af erfaren kiropraktor, der giver det antal og den type behandling, han/hun skønner nødvendig (pragmatisk undersøgelse).

Involverede parter

Projektansvarlig er lektor Lise Hestbæk, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet, og projektet er finansieret af Fonden til fremme af kiropraktisk forskning og postgraduat uddannelse. Denne fond er finansieret og bestyret af Danske Regioner og de danske kiropraktorer med en formand udpeget af Regionerne.

Perspektiver

Studiet vil hjælpe med til at afdække effekten af kiropraktisk behandling af overdreven gråd hos spædbørn. Derudover vil vi kunne se, om børn med formodede problemer i bevægeapparatet har større gavn af behandlingen end dem, der græder af andre årsager. Hvis det er tilfældet, vil studiet også give en indikation af, om sundhedsplejersken allerede tidligt i forløbet vil kunne identificere de børn.

Hvis der viser sig at være en positiv effekt af den kiropraktiske behandling på "spædbørnsskolik", må en sådan behandling gøres mere tilgængelig for de hårdt pressede forældre, end tilfældet er i dag.

Endnu bedre vil det være, hvis man allerede hos sundhedsplejersken kan identificere de børn, der vil have det bedste udbytte af behandlingen. Hvis det omvendt viser sig, at behandlingen er virkningsløs, må behandlingen begrænses, og man bør iværksætte en anden indsats uden først at bruge tid og ressourcer hos kiropraktoren.

Referencer

1. Cates C. Effectiveness of treatments for infantile colic. Dietary interventions in breast fed and bottle fed infants should not be pooled. *BMJ* 1998 Nov 21;317(7170):1451
2. Clifford Tj, Campbell MK, Speechley KN, Gorodzinsky F. Sequela of infant colic: evidence of transient infant distress and absence of lasting effects on maternal mental health. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156(12):1183-8.
3. Rautava P, Lehtonen L, Helenius H, Sillanpää. Infantile colic: child and family three years later. *Pediatrics* 1995;96(1Pt1):43-7.
4. Desantis A, Coster W, Bigsby R, Lester B. Colic and fussing in infancy, and sensory processing at 3 to 8 years of age. *Infant Mental Health J* 2004;25(6):522-39.
5. Smedje H, Broman JE, Hetta J. Parents' reports of disturbed sleep in 5-7-year-old Swedish children. *Acta Paediatr* 1999 Aug;88(8):858-65
6. Wolke D, Rizzo P, Woods S. Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics* 2002 Jun;109(6):1054-60.
7. Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E et al. Infant crying and abuse. *lancet* 2004;364(9442):1340-2.
8. Forsyth BW. Colic and the effect of changing formulas: a double-blind, multiple-crossover study. *J Pediatr* 1989; 115: 521-6.
9. Lothe L, Lindberg T, Jakobsson I. Cow's milk formula as a cause of infantile colic: a double-blind study. *Pediatrics* 1982; 70: 7-10.
10. Lothe L, Lindberg T. Cow's milk whey protein elicits symptoms of infantile colic in colicky formula-fed infants: a double-blind crossover study. *Pediatrics* 1989; 83: 262-6.
11. Hill DJ, Hudson I, Sheffield L. A low allergen diet is a significant intervention in infantile colic: results of a community based study. *J Allergy Clin Immunol* 1995; 96: 886-92.
12. Søndergaard C. Follow-up studies of prenatal, perinatal and postnatal factors in infantile colic. Ph.D.Thesis, faculty of health Sciences, University of Aarhus, Denmark, 2001.
13. Wiiberg J, Nordsteen J, Nilsson N. The short-term effect of spinal manipulation in the treatment of infantile colic: A randomized controlled clinical trial with a blinded observer. *J Manipulative Physiol Ther* 1999;22:517-22.
14. Olafsdottir E, forshei S, Fluge G, Markestad T. Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic manipulation. *Arch Dis Child* 2001;84:138-141.

På litteraturgruppens vegne,
Anette Sørensen

Litteraturanmeldelser

Titel: Barndommen varer i generationer – Forebyggelse af omsorgssvigt

Forfatter: Kari Killén
 Forlag: Hans Reitzels Forlag,
 2010
 ISBN: 978-87-412-5382-4



Barndommen varer ikke kun hele livet – den varer i generationer.....

Kari Killén ønsker med denne bog at præsentere et teoretisk grundlag for det forebyggende arbejde på et mere differentieret grundlag, end det vi arbejder ud fra i dag. Kari Killén præsenterer ikke en samlet model, men har et bredt teoretisk udgangspunkt: Børn er forskellige, forældre er forskellige, det samme er problemer og ressourcer. En forebyggende indsats skal derfor ske på et differentieret grundlag. Forebyggelse handler om at afhjælpe en aktuell problematik, men også om den langsigtede indsats. Bogen præsenterer for-

skellige ingredienser / komponenter, som kan sammensættes på forskellige måder og skræddersys til familier, grupper eller netværk. Dette baseret på gode observationer og viden om de forhold der bidrager til relationsdannelsen og de risikofaktorer, vi står overfor.

Killén sætter i denne bog bl.a. fokus på vigtigheden af at de faggrupper, der møder børnene tidligt i livet anvender deres viden, indsigt og kompetencer omkring, hvornår børn og forældre har det godt, hvornår de er belastede og hvornår omsorgen ikke rækker og der er behov for hjælp. Mange fag personer har opbygget en iboende viden i kraft af deres erfaring – en viden, der ikke altid er begrebsliggjort og knyttet til teoretisk viden, hvilket medfører den ikke får den tyngde og betydning som den burde have. For at kunne forebygge problematiske omsorgsgiver – barn relationer må vi derfor have viden om de processer, som er gode og afføder "god nok" omsorg og psykisk sundhed således vi kan modificere dem – her er forældre barn relationen af central betydning, da den gode relation beskytter barnet mod senere belastninger i livet. Også fag personer, der passer børnene dagligt, bør erkende vigtigheden af deres rolle og indflydelse på

barnets liv og være gode samspilspartnere og tilknytningspersoner for børnene, således der skabes sammenhæng lemmen omsorgen i hjemmene og i de institutioner udenfor hjemmet hvor børnene tilbringer en stor del af deres tid.

Killén mener at fag personer skal bliver bedre til at bruge den viden vi har erhvervet os om disse familier på en måde, således vi medvirker til at skabe forudsætninger for en tryk tilknytning – som jo er af afgørende betydning for udvikling af modstandskraft hos barnet. Tilgængelig viden og dokumentation er essentiel i den forbindelse. Hun efterlyser en højere prioritering af dette politisk, som hun siger: " Spørgsmålet er ikke, om vi som klinikere kan forebygge omsorgssvigt, men om samfundet har råd til at stille de ressourcer til rådighed, der skal til for at udvikle den fornødne service eller om vi er villige til at prioritere det forebyggende arbejde på dette område.

Bogen, der allerede er en klassiker for fagpersoner, kan selvsagt varmt anbefales til alle sundhedsplejersker og bør være en fagbog, der er tilgængeligt på ethvert kontor.

Der er kommet følgende bøger til anmeldelse:

- Mere energi fysisk, mentalt og spirituelt af Gitte Koldtoft – Nyt nordisk forlag
- Kommunikation for sundhedsprofessionelle af Kim Jørgensen (red.) – Gads Forlag
- Den tværprofessionelle praktiker af Andy Højholdt – Socialpædagogisk Bibliotek
- Sunde børns problemer af Lars Rasborg – Akademisk Forlag
- Mormor, din datter er blevet mor af Marion Thorning – Frydenlund
- De mindste, godt begyndt i daginstitution og dagpleje, Erik Sigsgaard mv., Hans Reitzels Forlag
- Krisepsykologi i praksis af Kari Dyregrov og Atle Dyregrov (red.) Dansk Psykologisk Forlag
- Sundhedsledelse, forudsætninger, teori og perspektiver af Jørn Helder mv. (red.) Hans Reitzels Forlag

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



Sunde børn i ny udgave

Den velkendte bog er gennemgående revideret, på basis af det oprindelige manuskript, men med flere nye afsnit. I stedet for en aldersopdelte bog er bogen opdelt efter emner, således at alt hvad der vedrører det 0-3 årige barns mad er samlet i et kapitel, ligesom fx vækst og udvikling nu er samlet i et afsnit osv.

Det anbefales, at I kasserer tidligere udgaver af bogen og køber den nye udgave, således at I er helt opdaterede.

Modtag nyhedsmails fra Sundhedsstyrelsen

På www.sst.dk/nyhedscenter kan du tilmelde dig abonnement på nyheder og opdateringer fra Sundhedsstyrelsen, så du altid er opdateret med de seneste nyheder på områder, der interesserer dig.

Ny DVD om mad til spædbørn og småbørn

Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning, Fødevarestyrelsen og Edvantage Group fået produceret en helt ny DVD om mad til spædbørn og småbørn, målrettet etniske minoriteter og læsesvage danske forældre. I baggrundsgruppen har bl.a. siddet repræsentanter fra FS 10 og en repræsentant fra Fagligt Selskab for Konsultationssygeplejersker.

DVD'en indeholder fire små film, der illustrerer de 4 perioder, der er fra barnet introduceres til skema indtil det spiser fuldstændig som resten af familien: 4-6 måneder, 6-9 måneder, 9-12 måneder og 1-2 år.

Filmene er optaget med familier med forskellig kulturel baggrund og er spekket på dansk, engelsk, tyrkisk, arabisk, somali og urdu. Den mad, der tilberedes er forskellig i filmene, afhængig af hvilken kulturel baggrund familien har, men alle opskrifter er udarbejdet i henhold til de danske anbefalinger for mad til spæd- og småbørn.

Filmen ligger i bogen "Mad til spædbørn og småbørn", som er opdateret ved samme lejlighed, således at også de nye D vitamin anbefalinger er beskrevet. Bog og DVD bestilles hos Komiteen for Sundhedsoplysning. Prisen for bog og film stiger maksimalt med 10 kr. i forhold til nuværende pris, afhængig af hvor mange man køber pr. gang. DVD'en kan også købes separat til en pris af 100 kr., incl. porto.



Monitorering af børnesundheden

I forhold til databasen vedr. børns sundhed har Kommunernes Landsforening som en hjælp til kommunerne etableret et website om, hvordan sundhedstjenesten kommer i gang med at indberette oplysninger til databasen. Sitet findes via www.kl.dk/bornedatabasen eller ved at klikke på banneret "børnedatabasen", der findes på www.kl.dk under "sundhed og forebyggelse".



Anbefalinger for forebyggende sundhedsyndelser for børn og unge

Høringsudgave af de reviderede anbefalinger

Sundhedsstyrelsen har nu gennemgået høringssvarene og har foretaget relevante og nødvendige ændringer på baggrund heraf. Førre anbefalingerne kan endeligt færdiggøres skal "Barnets reform" vedtages i Folketinget, hvilket forventes at ske inden Folketinget går på sommerferie.

Høringsudgaven er at finde på www.sst.dk -> Sundhed og forebyggelse -> Børnesundhed -> Forebyggende sundhedsyndelser til inspiration for planlægning af arbejdet, men naturligvis med forbehold for de ændringer, der kommer i den endelige udgave.

Satspuljemidler 2010 – 2014

Som led i satspuleaftalen på sundhedsområdet for 2010-2013 er der afsat midler til at styrke og kvalitetsudvikle den tidlige tværfaglige indsats i forhold til børns trivsel i udsatte familier med særligt fokus på samarbejdet med forældre. Indsatsen retter sig mod at forebygge uhensigtsmæssig sundhedsadfærd hos forældre til spæd- og småbørn samt reducere forekomsten af sundhedsrisici, der kan have konsekvenser for små børns sundhed og trivsel, herunder at forebygge uhensigtsmæssig vægtudvikling hos børn.

Det overordnede formål med puljen er

- gennem tidlig indsats med fokus på det tværfaglige samarbejde at afprøve metoder og modeller, som i særlig grad inddrager og anerkender forældrene og deres betydning for barnets sundhed
- at styrke forældrenes kompetencer til at drage omsorg for barnets sundhed og trivsel og dermed reducere de risici, som kan påvirke eller true barnets sunde udvikling
- at støtte forældrene i at opnå og fastholde sunde vaner for hele familien.

Sundhedsstyrelsen forestår udmøntning af den kommunale del af satspuljen på 39,7 mio. kr. til projekter. Bevillingen udmøntes til kommunale modelprojekter, dvs. projekter, der følger en bestemt form og som har et fastlagt indhold med rum for lokal tilpasning.

Projekterne forventes igangsat 1. januar 2011 og afsluttes den 31. december 2014. Der tilknyttes rådgivning og obligatorisk kompetenceudvikling til projekter, der tildeles midler fra puljen. Der er afsat midler til en tværgående evaluering, forestået af Sundhedsstyrelsen, som de ansøgende kommuner skal være villige til at indgå i.

Læs mere om satspuljemidlerne på www.sst.dk/puljer

Sunde børn i et nyt land udgår

Siden denne publikation blev udgivet i 2005 er der kommet flere rettelses, som betyder, at Sundhedsstyrelsen har valgt at stoppe udsendelsen af publikationen og også fjernet den fra hjemmesiden. Vi håber at kunne lave en ny publikation næste år, men kan intet love.

I bedes kassere de eksemplarer, I har liggende.



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

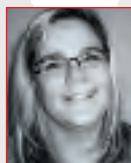
Lisbet Nissen

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



Kristina Møller

Rolighedsvej 14,
6100 Haderslev
Telefon: 29 71 41 12
E-mail: kristinamoller@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
E-mail: jettehonore@fs10.dk



Udgiver

Fagligt Selskab for
Sundhedsplejersker

Ansvarshavende redaktør

Anette Sørensen

Næste deadline

31. juli 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 31. juli

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.

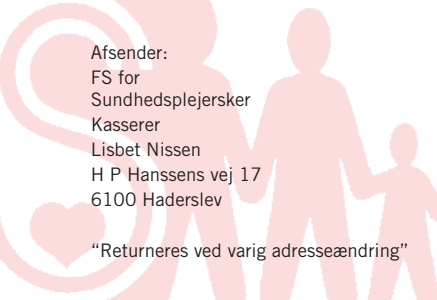
09069577

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”

