Nr. 4 | august 2010
32. årgang

Sundhedsplejersken

FAGLIGT SELSKAB FOR SUNDHEDSPLEJERSKER

WWW.SUNDHEDSPLEJERSKEN.INFO

YOUTH FRIENDLY

Internationalt fokus på unges sundhed

5 Leder

6 Opslagstavle

Nyt fra bestyrelsen

8 Takketale – Merethe Vinter, Årets sundhedsplejerske

Youth friendly

10 Youth Freindly Youth friendly health policies and services / Ungdomsvenlige sundhedsordninger

12 Youth Freindly aktiviteter I Grønland – Klara

16 Youth Freiendly Health Policies and Servicies

Fag

18 Sund Skolestart i Glostrup

24 Svendborg – Årets Arbejdsplads

28 Nye sundhedsprofiler skal forbedre indsatsen for børns sundhed og trivsel i Odsherred?

34 Skolesundhedsplejersker mødes i landsdækkende erfagruppe!

36 Screenning af skolebørn for skoliose

Faglitteratur

44 ”Sunde børns problemer”

44 ”Jeg kan”

45 ”Det kilder”

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.”

Et nyt skoleår

Hvert år kommer der nye elever i de mindste klasser – 0. klasses elever eller skolestartere – og på skolen bydes de Velkommen til en lang tilværelse som skolebørn. Der findes forskellige udgaver af velkomsten, vel næsten lige så mange måder som der er skoler og børnehaveklasse lærer og pædagoger.

Det kan opleves som godt og spændende at komme i skole, men også skræmmende og lidt farligt. Det er afgørende for de små nye elever, hvordan den første tid forløber. De større og mere erfarne elever kan have stor betydning herfor – og med stor succes give de små en god start i skolelivet.

Hvert år på denne tid kommer der også nye sundhedsplejersker fra de 2 uddannelsessteder – de skal til at starte en ny del af deres karriere som sundhedsplejersker. Dette er dog under forudsætning af at de bliver ansat. Der er på et år sket meget store forandringer i kommunerne, som nu er underlagt sparrekrav fra regeringen – det har stor betydning for mulighederne for at få job i en kommune. I 2009 havde næsten alle nyuddannede sundhedsplejersker fået job ved dimissionen, mens dette kun gør sig gældende for et fåtal her i 2010.

De sundhedsplejersker, som skal møde de små nye elever i skolerne bliver derfor hele tiden færre i antal og i tid til mødet med skolebarnet. Dette står i kontrast til opgaverne, som sundhedsplejersken bør løse – både i forhold til det enkelte barn, dets forældre, klassen og lokalsamfundet – med sin egen faglighed og i det tværfaglige samarbejde.

Fra Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker lyder opfordringen derfor til at byde de nye kollegaer Velkommen – hvis I da skulle være så heldige at møde en sådan!

Susanne Hede, formand
Århus, 12. juli 2010

Opslagstavlen

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

KURSUS OM FØDSELSDEPRESSION

Tid:	Den 30. november 2010 kl. 9.00-15.30
Sted:	Messecenter Fredericia
Pris:	450 kr.
Arrangør:	PsykiatriFonden og PsykInfo Region Syddanmark
Tilmelding:	Via tlf. 7572 4090 eller mail: psykinfo@psyk.regionsyddanmark.dk

Oplægsholdere: Professor i klinisk psykiatri Poul Videbech, psykolog Lise Gullestrup, Tina Hare, sundhedsplejerske Merethe Vinter, sundhedsplejerske Ruth Fibiger og chefpsykolog Svend Aage Madsen

Op mod 10% af alle kvinder, der lige har født, udvikler en fødselsdepression – en belastende tilstand præget af bl.a. tristhed, energiløshed, lavt selvværd og angst. En fødselsdepression kan vanskeliggøre etableringen af en god følelsesmæssig kontakt med barnet og skabe en utryghed, som på længere sigt kan påvirke barnets udvikling. Trods megen erfaring i sundhedsplejen er det ikke altid lige let at genkende de tidlige tegn på fødselsdepression og give den optimale rådgivning og behandling. Som en del af Landsindsatsen mod Depression inviterer PsykiatriFonden derfor sundhedsplejersker og andet sundhedspersonale i kommunerne til et kursus om fødselsdepression. På kurset vil der være faglige oplæg om symptomer, årsager og behandling af fødselsdepression samt præsentation af redskaber til screening og tidlig opsporing af sygdommen.

Program:

Ordstyrer: Professor i klinisk psykiatri Poul Videbech

- Fødselsdepression – symptomer, risikofaktorer og årsager, privatpraktiserende psykolog Lise Gullestrup, Ålborg
- Behandling: Hvad med amningen? Evidensbaseret medicinsk og psykologisk behandling af fødselsdepression, professor i klinisk psykiatri Poul Videbech, Århus Universitet
- Opsporing af fødselsdepression ved anvendelse af Edinburgh-skalaen, sundhedsplejerske Merethe Vinter, Thisted Kommune
- Gruppetilbud for kvinder med fødselsdepression i Vejle Kommune, sundhedsplejerske Ruth Fibiger, Vejle Kommune
- Fortælling om personlig erfaring med en fødselsdepression – forløb, reaktioner, behandling, Tina Hare
- Mænds fødselsdepressioner, chefpsykolog Svend Aage Madsen, Rigshospitalet

KONFERENCE OM DE UTROLIGE ÅR MED CAROLYN WEBSTER-STRATTON

Konference med
Carolyn Webster-Stratton
den 9. september 2010 i Odense
Det er med stor glæde, at vi for første gang i Danmark kan præsentere udvikleren af den evidensbaserede programserie De Utrolige År - professor Carolyn Webster-Stratton.
Du inviteres til en spændende konference, hvor Carolyn Webster-Stratton fortæller om de evidensbaserede programmer, hun har forsket i og udviklet gennem de seneste 25 år.
Se program og tilmelding på http://www.servicestyrelsen.dk/wm154868

De Utrolige År
Fokus på det positive samvær

Indbydelse til seminar ved Prof. Og psykolog Ann Swillen den 17. September 2010

Development, learning and behaviour in children with 22q11 - - What have we learned, and what remains to be learned?

22q11 Danmark – forening for børn og voksne med 22q11 deletionssyndrom og deres pårørende – indbyder psykologer, lærere, pædagoger, audiologopæder, sagsbehandlere, sundhedsplejersker, andre behandlere fra PPR og kommunernes handicapcentre samt andre interesserede til seminar med professor og psykolog Ann Swillen. Seminaret foregår d. 17. september 2010 kl. 10.00-13.00 på Copenhagen Business School, Solbjerg Plads 3, lokale SPs10, Deloitte Auditorium. Seminaret foregår på engelsk, men Ann Swillen taler et tydeligt og let forståeligt engelsk.
Læs mere og tilmeld på hjemmesiden www.sundhedsplejersken.info

Pulje vedr. udbredelse af erfaringer fra forsøg med fritidspas

Servicestyrelsen udmelder puljen "Udbredelse af erfaringer fra forsøg med fritidspas".
Der er afsat 76,7 mio. til projekter, som integrerer udsatte børn og unge i fritidslivet.
Puljen kan søges af kommuner, evt. i samarbejde med frivillige organisationer og foreninger.
Ansøgningsfristen er d. 20. september 2010.
Interesserede inviteres til at deltage i en konference om udsatte børn og unges fritidsliv d. 26. august 2010.
Læs mere på Servicestyrelsens hjemmeside - Puljen: "Udbredelse af erfaringer fra forsøg med fritidspas"

Hjemmebesøg som metode ...

Efter Landskonferencen 2010 står det klart, at alle sundhedsplejersker bør være opdateret på emnet "Hjemmebesøg som metode" - En vigtig arbejdsmetode, som bliver udfordret.
Send os derfor gerne indlæg, læserbreve, rapporter over brugerundersøgelser, masteropgaver og lignende vedr. hjemmebesøget som metode således vi kan skabe en debat om emnet.
Louise Gade, tidl. borgmester i Århus Kommune har sagt, at "Sundhedsplejersken er den spydspids, som baner vejen til alle familier i hjemmebesøget - til gavn for de børn og familier som har brug for de professionelle." (2007)
Send indlæg mv. til redaktor@sundhedsplejersken.dk eller susannehede@fs10.dk

Søges!!

Netværk af sundhedsplejersker der arbejder med seksuel sundhed
Jeg har søgt og fået økonomisk tilsagn fra FS10´s bestyrelse til at starte et netværk af sundhedsplejersker, der arbejder med seksuel sundhed og eller har speciel interesse deri.
Min tanke er, at vi i netværket skal inspirere hinanden og hjælpe hinanden, dele viden og erfaringer, arrangere studie besøg, temadage og tage sammen af sted på konferencer. Opdatere FS10´hjemmeside om emnet og sikkert meget andet.

Der er også brug for dig……
Har du lyst til at være med, så send en mail til mig – jeg håber vi kan starte netværket op i efteråret. Det er ikke vigtigt, om du laver seksualundervisning af klasser, vejleder forældre om prævention og samliv efter fødslen, har speciel fokus på indvandre/flygtninge eller specialklasser – det vigtige er din interesse og lyst til at arbejde med seksuel sundhed og networke med andre sundhedsplejersker.

Med venlig hilsen

Sundhedsplejerske og projektleder i Holstebro Kommune
Lone Kjær Hein
Lone.hein@holstebro.dk
24 20 52 15

Læs mere på www.sundhedsplejersken. info – under "Nyheder"

Takketale i forbindelse med kåring til årets Sundhedsplejerske 2010

Af **Merethe Vinter**,
Årets Sundhedsplejerske

Det er et fornemt selskab med forskere og praksisudviklere, som jeg i dag, med kåringen til årets sundhedsplejerske 2010, bliver en del af. Tusind tak for valget til DSR, FS10 og SST samt mit bagland i den kommunale sundhedstjeneste i Thisted Kommune for kåringen hertil. De to fokusområder, der har været fremhævet som begrundelse for valget af mig er:

1) *Arbejdet med opsporing af fødselsdepressioner ved hjælp af EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) og hjælp til familier, der er ramt af en fødselsdepression*
2) *Arbejdet i Familien i Vækst med sårbare gravide og førstegangsfødende familier fra tidligt i graviditeten til barnets 1 års alder.*

En refleksiv anvendelse af EPDS bliver i Thisted Kommunes sundhedspleje vurderet som en kvalitetsforbedrende praksis, hvor fokus er på en åben dialog om familiens psykiske trivsel.

Sundhedsplejen bliver ofte opfattet som et 'filter', der skal skelne det raske fra det syge, det sunde fra det usunde, trivsel fra mistrivsel. Således kunne brugen af EPDS primært opfattes som et redskab til finde mødre og fædre til ANDRE faggrupper, der så kan give en relevant hjælp. Og dertil er EPDS også virksom, men den kan mere end det. EPDS er både et kvantitativt og et kvalitativt samtaleredskab i sin egen ret, hvor den samtale, der udspiller sig omkring skalaens ti spørgsmål inspirerer til en såvel sundhedsfremmende som forebyggende og afklarende dialog. Således at der i selve 'selve filtreringen' opstår en meningsfuld og dynamisk samtale for familien uanset score.

Vores erfaringer i Thisted sammenholdt med både national og international forskning på området viser, at EPDS gør en forskel og har en kvalitetsforbedrende indflydelse på praksis. Det er en glæde, at der i det aktuelle høringsudkast fra sundhedsstyrelsen til de nye anbefalinger om børn – og unges sundhed nu er et selvstændigt afsnit om dette vigtige fokuspunkt. Med et sådant klart defineret indsatsområde øges den samfundsmæssige anerkendelse af sundhedsplejersken som synlig og kompetent aktør i dette forebyggende arbejde.

Med Familien i Vækst er der fokus på at finde nye veje og metoder til arbejdet med sårbarhed og mestring i familier med erkendt sårbarhed og behov for støtte i perioden fra graviditeten og til og med barnets første leveår. En sådan specialordning er velanbragt i sundhedsplejeregi, da der her er viden og kompetencer til at arbejde med 'nye' familier i medgang og modgang gennem en anerkendende relation og sundhedspædagogiske indsatser, hvor fokus for arbejdet med behov bliver defineret ud fra devisen: *Hvad er der i spil* - mere end *hvad er der galt*. Sundhedsplejersken har qua sit kendskab til transitionen viden og indsigt i de mange overgange i første leveår, hvori forældreskabet tager form. I et nyt projekt Dialogprojektet (www.dialogprojektet.dk) 2009 -13 er sundhedsplejen i Thisted Kommune med til at generere data til 'best practice', hvorved vi kan få kompetencerne synliggjorte og dokumenterede. En fastholdelse af sundhedsplejersker i praksis med kompetencer fra forskellige videreuddannelser behøver en modig, kreativ og dynamisk ledelse samt en intern accept i kollegagruppen af forskellighed som en faglig ressource. Jeg tror, at det er muligt, men også nødvendigt, at finde tid og plads til udviklingsrum i opgavedomænet, såfremt overliggeren ikke skal lægges for lavt!

Tak.

WHO sætter fokus på **ungdommen**

Forfatter: **Ina Borup** Sundhedsplejerske, Doktor i Folkesundhedsvidenskab (DrPH). Docent, Universitetslektor på Den Nordiska Högskola for Folkhälsovetenskap (NHV) i Göteborg

Youth friendly health policies and services / Ungdomsvenlige sundhedsordninger

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) afholdt i september 2009 en konference med titlen Youth Friendly Health Policies and Services

Hvad mener WHO med det begreb? WHO har tidligere lanceret begreberne og programmerne Health Promoting Schools; Baby Friendly Hospitals; Health Promoting Hospitals og flere andre, men nu altså ungdomsvenlige sundhedsordninger.

WHO udtrykker, at gøre sundhedsordninger tilgængelige for unge ikke er nok. Unge har også behov for sundhed og sundhedsvejledning for de bekymringer, de ikke udtrykker og disse behov skal anerkendes og sundhedsvejledning skal tilbydes, hvor og hvornår det behøves med takt, følsomhed og tillid.

Dette indebærer at have de rette professionelle og samarbejdspartnere og sikkerhed for at de har de rette færdigheder og benytter den rette teknologi fra hotlines til sociale medier (websider). Ungdomsvenlige sundhedsordninger skal ikke være et tilfældigt "hovsa" projekt, men en central del af både general sundhedsfremme som af specialiserede tjenester.

At investere i unges sundhed skal gøres både ud fra at sundhed er en menneskeret og dermed også barnets ret, men også ud fra et økonomisk synspunkt. Det er at investere i fremtidens samfund.

Specielt sætter WHO fokus på tilgangen til og anvendelse af information, der er baseret på evidens; på en tilgang der er baseret på menneskelige rettigheder med henblik på at styrke lovgivning, politikker og standarder for sundhedsfremme, pleje og omsorg og styrke kvaliteten i primær sundhedstjeneste og skolesundhedstjeneste med særlig fokus på effektivitet og retfærdighed.

Youth Friendly Health Services har i første omgang haft fokus på reproduktiv og seksuel sundhed og Sex og Samfund i Danmark har været aktive i arbejdet med at fremme en ungdomsvenlig service.

Men skal Youth Friendly Health Services være forbeholdt seksuel sundhed? WHO nævner specifikt skolesundhedstjeneste som en arena der er central for unge. I følge WHO skal en ungdomsvenlig tilgang gælde alle sundhedssystemer og specielt de der i forvejen er målrettet unge, så som skolesundhedstjenesten.

WHO præsenterer et såkaldt 4-S rammeværk for at styrke en ungdomsvenlig sundhedssektor.

De 4 S'er står for:

- Indsamle og anvendelse af strategisk information
- Udvikle støttende, vidensbaserede politikker
- Scaling up (optrapning) af muligheden for tilgang til sundhedstjenester og udbyttet deraf
- Styrke handling og kontakt med andre statslige sektorer

S-1:Indsamle og anvendelse af strategisk information

Mangel på opdaterede data om unges sundhed skaber hindringer for at formulere programmer og politikker på et velfunderet grundlag.

Hvad bør gøres?

Sundhedsministerier bør støtte systematisk indsamling, spredning og brug af data om forskellige aspekter af unges sundhed

S-2: Udvikle støttende, vidensbaserede politikker

På nationalt niveau bliver unge typisk identificeret som en vigtig målgruppe for blandt andet reproduktiv og seksuel sundhed samt HIV, men oftest bliver der sagt meget lidt om, hvordan man møder de unges behov og problemer, som er blevet afdækket.

Hvad bør gøres?

Nationale strategier bør indeholde anvisninger på (baseret på evidens) hvordan opgaverne skal

udføres og implementeres for at møde unges behov og problemer.

S-3: Scaling up (optrapning) af muligheden for tilgang til sundhedstjenester og deres nytte

I de fleste lande er sundhedstjenester målrettet befolkningen i almindelighed inklusive de unge. En række barrierer begrænser de unge i at anvende sundhedstjenesterne. Derfor er der flere lande, som specifikt har involveret private organisationer (NGOer), som er målrettede til at imødekomme unges behov. De er dog ofte begrænsede i omfang og af usikker kvalitet.

Hvad bør gøres?

Sundhedsministerier og myndigheder bør tage lederrollen og pege på iværksættelse af sundhedstjenester til unge, både offentlige og private.

Desuden bør de offentlige myndigheder tage initiativ til at udvide omfanget af ungdomsvenlige sundhedstjenester samt højne kvaliteten.

S-4: Styrke handling og kontakt med andre statslige sektorer

Inden for nogle sektorer så som undervisning og ungdom, prioriteres ungdommens sundhed og de behov de udtrykker oftest ikke så højt. Når det sker, er det typisk sundhedsinformation og sundhedsundervisning, opbygning af livskundskab og færdigheder i styrkelsen af unge så de kan påvirke lokalområder til at reagere på unges behov. Med nogle undtagelser er: disse aktiviteter sjældent baseret på evidens; der er oftest ingen evaluering af nytten af disse aktiviteter; og de er ikke udført i samarbejde med andre sundhedstjenester og sektorer.

Hvad bør gøres?

Sundhedssektoren bør involvere andre sektorer og støtte dem i at arbejde evidensbaseret i forhold til unges reproduktive og seksuelle sundhedsproblemer og behov.

Andre sektorer kan bidrage væsentligt med at øge unges sundhed i samarbejde med sundhedssektoren.

WHO lægger også vægt på at børns og unges rettigheder er nedfældet i Konventionen om Barnets rettigheder som de fleste lande har skrevet under på. Blandt andet fremgår det klart at unge har ret til at få den sundhedsinformation og service de behøver for at vokse og udvikle sig i eget tempo og potentiale.

Er skolesundhedstjenesten i Danmark ungdomsvenlig?

På hvilken måde understøtter Lov om forebyggende sundhedsordninger en ungdomsvenlig tilgang, baseret på den unges ret til sundhed og en sundhedsordning med en respektfuld tilgang?

Hvordan tilrettelægges skolesundhedstjenesten i de enkelte kommuner, så den tilbydes på de unges præmisser, der hvor og når det behøves med takt, følsomhed og tillid til de unge?

Disse spørgsmål kan vi stille os selv og I mange tilfælde har skolesundhedstjenesterne rundt om i landet arbejdet meget ungdomsvenligt, som det vil fremgå af de udvalgte projekter som indgår i dette temanummer.

Men for at det ikke bare skal forblive på projektniveau som WHO nævner oftest sker, hvad kan den enkelte skolesundhedstjeneste gøre og hvad kan vi gøre i fællesskab?

Sundhedsstyrelsen har netop udgivet et notat: om inddragelse af unge i sundhedsprojekter, som gennemgår litteraturen om involvering af unge. Dette er et godt skridt på vejen til at gøre evidensen tilgængelig for skolesundhedstjenester. Lad tanken om ungdomsvenlige politikker og service udvikles til handling.

Ina K. Borup: I min lange karriere i sundhedsplejens tegn har jeg gennem 70erne arbejdet praktisk med skolesundhedspleje og kombineret sundhedspleje. I 80erne været ledende sundhedsplejerske i Albertslund kommune og siden i Köbenhavns Kommune frem til slutningen af 90erne. Derefter fordybet mig i forskning om skolebörnenes kontakt med sundhedsplejersken og sundhedssamtalen, först som adjunkt på Köbenhavns Universitet ved Institut for folkesundhedsvidenskab og siden 2002 som lektor på NHV. I 2001-2002 var jeg udsendt rådgiver af Sundhedsministeriet til et rygeforebyggelsesprojekt blandt skolebörn i Estland.

Litteratur:

- http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/activities/youth-friendly-services
- http://www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/UngeSundhedsprojekter/Inddragelse_af_unge_i_sundhedsprojekter.pdf
- http://www.unicef.org/crc/
- http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/
- http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/

Youth Friendly aktiviteter i Grønland

Forfattere: **Bodil Karlshøj Poulsen**, afdelingschef Paarisa, MPH og **Randi Nørgaard Fløe Pedersen**, praktikant i Paarisa, folkesundhedsvidensskabsstuderende SDU Esbjerg

Grønland er verdens største ø, med en befolkning på knap 57.000 indbyggere. 85 % af øen er stadig dækket af Indlandsisen, men med den globale opvarmning smelter isen i et hidtil uset tempo. 20 % af befolkningen bor i hovedstaden Nuuk, og resten er fordelt på 16 mindre byer og cirka 60 bygder, som ikke er forbundet af veje og kun er tilgængelige med fly eller helikopter.

Grønlandsk kultur og sprog er bevaret og har udviklet sig på trods af massiv påvirkning udefra. Landet har nu selvstyre, og grønlandsk er det officielle sprog.

Sundhedsmæssigt står landet over for en række udfordringer. Middellevetiden er 68,8 år, livsstilssygdomme vinder frem, rigtig mange er rygere og tilsvarende ligger kræft på et højt niveau, alkoholforbruget er på niveau med det danske, et højt antal kønssygdomme og mange aborter. Der sammenlignes ofte med forhold i de øvrige nordiske lande, som Grønland har tæt kontakt til, men på en række parametre er forholdene mere sammenlignelige med de arktiske lande, som landet deler natur, kultur og sprog med.

Ved planlægning af interventioner hentes viden om evidens, samt inspiration og viden om best practice både fra de nordiske lande og fra vore arktiske naboer.

Grønland har tilsluttet sig en række internationale konventioner herunder FN's Børnekonvention.

Det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i Grønland udgår dels fra landets sygehuse og sundhedscentre dels fra kommunerne. Centralt er forebyggelsen forankret i Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse, hvor Center for Folkesundhed Paarisa varetager den forebyggende og sundhedsfremmende indsats gennem oplysning og rådgivning samt koordinering af centrale og tværsektorielle sundhedsfremmende aktiviteter. Den sundhedspolitiske diskussion i Grønland har i mange år taget udgangspunkt i elementer fra Ottawa Charteret, hvor nødvendigheden af en sundhedsfremmende indsats, i modsætning til en behandlende indsats for at opnå sundhed for alle, understreges. Sundhed for alle opnås ikke igennem sundhedsvæsenet alene, men derimod igennem et samlet medansvar i samfundet.

Overordnet arbejdes der sundhedspolitisk ud fra Folkesundhedsprogrammet Innuneritta, (oversat til dansk: "lad os få et godt liv"). Innuneritta's formål er at forbedre folkesundheden og derved sikre en øget livskvalitet. Der lægges i folkesundhedsprogrammet vægt på at succes afhænger af befolkningens vilje, hvorved befolkningen opfordres til at stå sammen om den opgave det er, at løfte Grønlands sundhedsniveau. Inuuneritta omfatter således alle niveauer og grupper i samfundet. Folkesundhedsprogrammet bygger på handleplaner for væsentlige sundhedsproblemer, herunder "Forebyggende tidlig indsats for børn og unge". Initiativer, der retter sig mod børn og unge, prioriteres højt.

Der er i Paarisa stor opmærksomhed på, at der findes tilbud som er til rådighed for de unge og at der findes tilbud som er direkte ungdoms venlige, eller "Youth Friendly" samt at der er en væsentlig forskel på disse to udlægninger. Der gøres derfor meget ud af at målrette interventioner, hvor målgruppen er Unge, så de bliver ungdomsvenlige. De indsatser, vi her vælger at skrive om, betragter vi som Youth Friendly.

Mad og måltidspolitikker på skoler og i fritidshjem

En række undersøgelser har her, ligesom i mange andre lande, vist en tendens til udpræget usund levevis blandt folkeskoleelever, relateret til kost og fysisk aktivitet. En undersøgelse fra Nuuk har vist, at over halvdelen af de børn, der er overvægtige ved skolestart, fortsat er overvægtige i 15-års alderen . Udfordringen er derfor helt overordnet at iværksætte forebyggende og sundhedsfremmende tiltag på dette område. Formålet med PAARISA´s initiativ omkring mad- og måltidspolitikker er således på kort sigt, at

Dukke projektet er et initiativ, der har til formål at give unge et realistisk billede af, hvad det vil sige at være forældre, - udføres i folkeskolernes afgangsklasser.

give skoler og fritidshjem redskaber til at sætte mad- og måltidspolitik på dagsordenen i eget miljø samt udstyre dem med ernærings- og sundhedsfaglig viden og materialer så de på længere sigt kan udarbejde og implementere en mad- og måltidspolitik, tilpasset lokale forhold i samarbejde med forældre og elever. Endvidere er formålet, at elevernes koncentration og indlæringsevne styrkes. På længere sigt vil en sundere livsstil blandt folkeskoleelever, mindske deres risiko for livsstilssygdomme som overvægt, diabetes og hjerte-kar-sygdomme. Tilgangen er sundhedspædagogisk og medejerskab er nøgleordet.

Initiativet omkring mad- og måltidspolitikker, sigter mod inddragelse af eleverne. Grundlæggende er visionen at øge sundhedsniveauet blandt børn og unge.

Fra projektets start i 2009 er der blevet lagt vægt på inddragelse af eleverne, da de er de nærmeste til at sætte ord på deres behov og ønsker omkring maden og måltiderne på skolen. Eleverne (elevrådsrepræsentanterne) blev derfor i starten inviteret med på kurserne, sammen med lærerne. Det har dog senere vist sig at kursistgruppen blev for bred til, at det ønskede formål med kurserne kunne nås. I stedet undervises deltagerne nu i, hvordan børn og unge kan agere som medaktører ved selve udarbejdelsen af mad- og måltidspolitikkerne ude på skolerne og i fritidshjemmene. Ligeledes indeholder det udleverede materiale omkring projektet, adskillige opfordringer til inddragelse af børn og unge. Eksempler på disse er aktiv elevdeltagelse i madlavningen på skolerne, spørgeskemaer så eleverne kan give udtryk for deres ønsker i forhold til maden samt aftalebøger, hvor eleverne kan skrive mål og aftaler omkring sund levevis, indgået med hjemmet, skolen, fritidshjemmet, kammeraterne eller sig selv og give smileys efter hvor godt det er gået. Erfaringer har vist, at institutionerne udfører forskellige initiativer i forhold til politikkerne. Nogle sætter ind i forhold til at gøre fejringer af fødselsdage eller andet sundere, andre laver temauger, hvor der arbejdes med emnet. Der er igennem initiativet opstået mange gode bud på tiltag, der inddrager eleverne i processen mod en sundere levevis blandt børn og unge i Grønland.

Børne-Ungetelefonrådgivning

Et andet initiativ er Børne-Ungetelefonen 134, som er en landsdækkende, gratis og anonym telefonrådgivning oprettet som led i forebyggelsen af selvmord og seksuelt misbrug af børn. Her kan børn og unge alle dage ringe gratis fra hele landet og modtage rådgivning fra professionelle rådgivere. Kvaliteten af rådgivningen sikres igennem erfarne og veluddannede rådgivere. Såvel kvaliteten af rådgivningen som anonymiteten menes at øge fortroligheden hos børnene. Telefonen er åbent hver dag fra 19-21, så børn og unge har mulighed for at ringe til telefonen udenfor skoletiden, altså når det passer dem.

Dukkeprojekt

Dukkeprojektet er et initiativ, der har til formål at give unge et realistisk billede af, hvad det vil sige at være forældre. I forlængelse heraf er hensigten, at få de unge til aktivt at tage stilling til forældrerollen samt tage ansvar for deres seksuelle adfærd. Dermed er formålet også at forebygge uønskede graviditeter samt at fremme graviditeter med ønskebørn, og på den måde reducere omsorgssvigt samt reducere antallet af aborter i Grønland. Initiativet er startet på baggrund af et alarmerende højt antal aborter samt et højt antal teenageforældre i Grønland. Dukkeprojektet udføres i folkeskolernes afgangsklasser. Desuden har unge udenfor folkeskolen mulighed for at henvende sig til projektaktørerne, i ønsket om at deltage i projektet. »

» Eleverne deltager i et undervisningsforløb, som typisk varer 2-3 dage. Undervisningen tager udgangspunkt i aktiv diskussion af relevante emner omkring, børn, parforhold, økonomi med mere samt deltagernes praktiske erfaringer hermed. Hver deltager får herefter udleveret en RealCare-dukke, der er en elektronisk dukke, som deltageren skal passe i 1-2 døgn. Dukken kræver pleje og pasning som et rigtigt spædbarn. Dukken registrerer pasningen til senere aflæsning. Ved aflevering af dukkerne aflæses, hvor fyldestgørende den enkelte dukke er blevet passet. Efter aflæsningen diskuteres pasningen samlet med alle eleverne, herunder hvad der var svært og hvorfor, samt hvorvidt eleverne føler sig klar til at være forældre. Dette leder videre til en diskussion om prævention, herunder hvordan de enkelte præventionsformer virker, og hvor eleverne kan anskaffe prævention. Det er hensigten, at denne del af undervisningen foregår i samarbejde med den lokale jordemoder, sundhedsplejerske eller præventionskonsulent, idet der dermed etableres kontakt mellem de unge og relevante fag-personer i sundhedsvæsenet.

Fodboldskoler

Fodboldskoler som sommeraktivitet er tilbudt alle byer i en årrække. Formålet er, at skabe fælles oplevelser, give de unge redskaber til selvstændigt at bruge deres krop og oplære i betydning af sund kost i forhold til sport og alment velvære. Deltagergebyr for 4 dages fodboldskole er normalt 100 kroner. I 2008 indgik Paarisa og Grønlands Boldunion en partnerskabsaftale, som sikrede, at også bygderne fik fodboldskoler. Ikke årligt men hen over årene 2008 – 2010 er der afholdt fodboldskole i samtlige bygder. Alle børn og unge mellem 6 og 16 år indbydes til at deltage, og der uddannes lokale fodboldtrænere. Det første år, der er fodboldskole i bygden, er det gratis at deltage. Fodbolde og mål forbliver i bygden, således at der er mulighed for at fortsætte spillet.

Ungdomskonference

Unge er en udsat gruppe i forhold til selvmord i Grønland, og de efterspørger mere omsorg, opmærksomhed og lydhørhed fra de voksne. Derfor blev i 2009 til en arktisk forskningskonference om forebyggelse af selvmord, parallelt afholdt en ungdomskonference, hvor unge fra Grønland, de selvstyrende områder i Canada, Alaska og Sameland diskuterede, afholdt workshops og afleverede egne anbefalinger til lands- og kommunalpolitikere. De unge anbefalede fokus på kulturelle aktiviteter og på muligheder for kreative aktiviteter.

Lokalt i kommunerne

Det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde lokalt koordineres og styres af et forebyggelsesudvalg, der er sammensat af ledende repræsentanter for sundhedsvæsen, socialforvaltning, politiet og kriminalforsorgen. Forebyggelsesudvalget sikrer tværsektorielt samarbejde og udformer en årlig handlingsplan. De fleste byer har en forebyggelseskonsulent ansat.

Eksempler på Youth Friendly aktiviteter lokalt er:

Politiets har udarbejdet et to dages projekt "Samtale i stedet for Vold" med alle landets 8. klasser. Under projektforløbet diskuterer eleverne og perspektiverer deres meninger om, hvorfor der er så meget vold i samfundet, hvorefter de kommer med forslag om hvordan volden kan stoppes. Eleverne udfærdiger manuskript til et skuespil, som de samme dag opfører og optager på video. Forældrene indbydes til et fællesmøde om aftenen, hvor resultaterne af projektet præsenteres.

Gør Maj Sund. Et projekt der startede på privat initiativ i Nuuk i 2007 og som har bredt sig til store dele af landet. Lokale idrætsforeninger arrangerer sportsevents, hvor det er gratis at deltage. Aktiviteterne spreder sig fra kajakpolo til løb, zumba, klatring, skiløb, mountainbike, trappeløb eller vandreture. Alle får således mulighed for, med eksperter som instruktører, at afprøve muligheder.

Sommerlejre tilbydes i mange byer for børn og unge, enten gratis for udvalgte børn og unge, som ellers ikke kommer på sommerferie eller til meget lav deltagerbetaling. Natur- og kulturoplevelser vægtes. Der sejles eller vandres til udvalgt sted, hvor en vigtig fællesaktivitet kan være fangst, fiskeri og indsamling af bær og urter, således at lokale råvarer indgår i kosten.

Youth friendly health policies

Forfatter: **Helle Svinkløv**, Sundhedsplejerske, Master i Sundhedspædagogik og Sundhedsfremme. Ansat som sundhedsfaglig udviklingskonsulent i Børne - og Ungdomsforvaltningen, Københavns Kommune

I det følgende fortæller jeg om de væsentligste pointer og indtryk fra WHO's Europaregionsmøde i Edinburgh 21. - 23. september 2009, hvor jeg sammen med Ina Borup deltog under temaet YOUTH FRIENDLY HEALTH POLICIES AND SERVICIES(1). Jeg fortæller først om, hvad formålet var med mødet, dernæst hvad der gjorde mest indtryk, og endelig hvilke udfordringer og perspektiver jeg mener det rejser for sundhedsplejen i Danmark.

Hvad gik konferencen ud på?

Formålet med mødet var at dele erfaringer med og understøtte medlemslandene i at udvikle ungdomsvenlige sundhedspolitikker og sundhedstjenester. Selve WHO temaet YOUTH FRIENDLY HEALTH POLICIES AND SERVICIES har først og fremmest fokus på reproduktiv sundhed og prævention (se Ina Borups artikel her i bladet), men på mødet i Edinburgh blev temaet også drøftet med en lidt bredere tilgang. Der var således også fokus på skolesundhedstjenesterne og deres ansvar for at udvikle tilbud, de unge vil benytte. Ud over selve indholdet blev der også reflekteret over understøttende rammer for ungdomsvenlige sundhedstjenester. Følgende hovedspørgsmål blev drøftet: Hvordan arbejder de enkelte lande med temaet? Involverer vi de unge i, hvordan vores tilbud skal se ud, for at de unge finder dem attraktive? Benytter de unge vores tilbud og i hvilken grad? Er der en kønsmæssig forskel i de unges brug af vores tilbud? Hvilke metoder er der evidens for?

Deltagerne fra de enkelte lande var hovedsagelig ansatte i ministerier, styrelser og forskningsinstitutioner og heraf var langt de fleste sundhedsprofessionelle med medicinsk baggrund. Vi blev under mødet ikke bekendt med deltagere med sygeplejerske/ sundhedsplejerske baggrund ud over os selv. Dette bar både oplæg og tilgangen til temaet også præg af. Det skal imidlertid også ses i lyset af, at det er forholdsvis enestående, hvis der er, hvad der svarer til vores sundhedsplejersker, ansat i skolesundhedstjenesterne rundt omkring i Europa. Derfor er en stor del af skolesundhedstjenesterne ikke mindst i Østeuropa medicinsk orienteret. Måske er det også en logisk følge af de sundhedsproblemer, Østeuropa kæmper med, som sammen med en udbredt AIDS problematik blandt unge har en helbredsmæssig karakter, som i første omgang kræver en 'her og nu' behandlende og forebyggende indsats.

Hvad gjorde mest indtryk?

Det gjorde et stort indtryk på mig at trods meget alvorlige helbredsmæssige problemstillinger blandt forholdsvis store grupper af gadebørn i flere af de tidligere sovjetrepublikker og Øst Balkan, så har en del af disse lande formået at mobilisere overskud til at inddrage også de sårbare unge i udvikling af forskellige tilbud, som de unge efterspørger. Det drejer sig hovedsageligt om tilbud i forhold til reproduktiv sundhed.

Et oplæg fra Svend Bremberg (SB) gjorde også et betydeligt indtryk. SB præsenterede en international metaanalyse under navnet: Evidens baseret intervention i skolesundhedstjenesten.

Resultatet fra SB's metaanalyse viser, at der ikke er evidens for, at de traditionelle helbredsundersøgelser af skolebørn har nogen positiv effekt på børns sundhed forstået på den måde, at en undersøgelse af et barn ikke i sig selv har nogen effekt på barnets sundhed. Til gengæld viste SB's analyse, at der er evidens for positiv sundhedseffekt, når tilgangen tager udgangspunkt i blandt andet: Motivationel Interviewing, på dansk Den Motiverende Samtale(2) og Forandringstrappen(3). På baggrund af dette var SB's anbefaling at skolesundhedstjenester skal have øget fokus på en sundhedsfremme indsat med tilgange, der understøtter børn og unges udvikling af handlekraft og – kompetence, samt arbejdet med et understøttende skolemiljø.

En sidste ting jeg vil nævne her var indlæg fra Valentina

and **services**

Baltag(VB), ansat i WHO's Europakontor og ansvarlig for udvikling af programmer og støtte til medlemslandene indenfor primærsundhedstjeneste. VB's advokerede for en forbedring og sikring af kvaliteten ved hjælp af standarder, der kan sikre at alle unge får lige og let adgang til tilbuddene og at tilbuddene tager udgangspunkt i problemstillinger, der er vedkommende og vigtige for de unge. Valentinas oplæg satte mange tanker i gang hos mig om, hvordan sundhedsplejerskerne med kvalitets standarder kan være med til at sikre, at ingen unge forlader skolen uden at have fået de sundhedstilbud, der bedst svarer til deres behov i forhold til deres egen sundhed og med en tilgang der bygger på respekt for unges særpræg.

Udfordringerne og perspektiver

Målgruppen i forhold til WHO temaet: YOUTH FRIENDLY HEALTH POLICIES AND SERVICIES ligger sådan set udenfor den målgruppe, der i Danmark er omfattet af Lov om Forebyggende Sundhedsydelser for Børn og Unge. Det behøver dog ikke at afholde os fra at tænke det ind som et mål for den danske skolesundhedstjeneste. Det udfordre dog det faktum, at vores unge fra 15 til 18 år er ladt i stikken hvad angår tilbud fra den kommunale sundhedstjeneste ud over tandpleje. Gennem forsøgsordninger og veltilrettelagte projekter i kommunerne kan vi forsøge at påvirke ministerierne til en Satspuljeudløsning eksempelvis til en sundhedsfremmende indsats på Ungdomsuddannelserne, en indsats der tager udgangspunkt i WHO's begreb om YOUTH FRIENDLY HEALTH SERVICIES (se Ina Borups artikel her i bladet) og QUALITY ASSESSMENT GUIDEBOOK(4), som indeholder redskaber til at etablere og monitorere en ungdomsvenlig tilgang. Men allerede med vores nuværende sundhedsordninger kan vi blive meget bedre til at inddrage elevråd og skolebestyrelser, når vi tilrettelægger kommunernes tilbud om sundhedspleje. Som jeg nævnte længere oppe var den kønsmæssige forskel på brug af sundhedstjeneste ydelser også til drøftelse. Der blev på mødet fremlagt undersøgelser, der viser, at drenge ikke i nær så høj grad som piger benytter sig af sundhedstjenesternes tilbud. I Danmark anbefaler Sundhedsstyrelsen et tilbud om Åben Konsultation jævnfør Høringsudkast til Anbefalinger for Forebyggende Sundhedsydelser for Børn og Unge(5). Når de enkelte sundhedsordninger skal i gang med at monitorere denne ydelse, vil det være en oplagt mulig at følge tilbuddet i forhold til en ungdomsvenlig tilgang, hvordan benyttelsen af dette tilbud fordeler sig mellem piger og drenge, samt benytte sig af brugerevalueringer som redskab til at justere tilbuddet.

Helle Svinkløv: Som sundhedsplejerske har jeg arbejdet med skolesundhedspleje i 10 år og har især været optaget af den sundhedspædagogiske del af dette arbejde. Det er stadig dette område, hvor jeg brænder mest, sammen med kompetenceudvikling indenfor det sundhedspædagogiske felt, som jeg ser som en del af strategien for en nutidig og professionel sundhedspleje. Efter ansættelse i kommunens centraladministration i 1999 som udviklingskonsulent, var det derfor heller ikke tilfældigt, at jeg foranledigede gennemførelse af et projekt (2004 – 2007) mellem Københavns Kommunes Sundhedspleje og Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, som blandt andet resulterede i udvikling af et Værdigrundlag for kommunens skolesundhedspleje.

Referencer:

1. http://www.ippfen.org/en/News/Intl+news/WHO+Meeting+on+youth-friendly+health+policies+and+services+-+IPPF+EN+takes+advocacy+work+forward+on.htm
2. Miller, W.R., and Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change. The Guilford Press. New York, London
3. http://www.motivationalinterview.org/
4. www.mhpf.org.uk
5. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598859_eng.pdf
6. http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_9789241598859/en/index.html5. http://www.sst.dk/~/media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Boernesundhed/Forebyggende%20sundhedsydelser/Hoeringsudkast_boern_unge.ashx

Sund skolestart i **Glostrup Kommune**

Forfatter: Sundhedschef og projektejer **Henriette Lindberg**, Ledende sundhedsplejerske **Hanne Lindhard** og Sundhedskonsulent og projektleder **Mette Nielsen**, Glostrup Kommune

Når et barn starter i skole er det en milepæl, ikke kun i barnets liv - men i hele familiens. Pludselig skal barnet være meget mere selvstændigt i forhold til at færdes på egen hånd, være ude at lege, spise og drikke og at omgås andre børn.

De fleste forældre er meget optaget af, hvordan deres barn vil klare sig i skolen både fagligt og socialt. Derfor er de fleste også indstillet på, at der kommer til at ske forandringer i familiens hverdag.

Denne forandringsparathed giver et godt udgangspunkt for et forebyggende hjemmebesøg af sundhedsplejersken, hvor barnets generelle sundhed er på dagsordenen.

Projekt Sund Skolestart er et forebyggelsesprojekt støttet af sundhedsstyrelsens satspuljemidler "Kommunens plan mod overvægt".

20 % overvægtige børn i 4.klasserne

I Glostrup Kommune har Sundhedsplejen kunnet konstatere, at forekomsten af overvægtige børn var helt oppe på 20 % i 4. klasserne. Der har igennem længere tid, været et tilbud til disse børn, men tanken om at sætte tidligere ind med en forebyggende indsats var indlysende. Med støtte fra Sundhedsstyrelsens satspuljemidler er projekt Sund Skolestart udviklet i et samarbejde mellem kommunens Sundhedsafdeling og Sundhedsplejen. Desuden er Børne-ungelægen og Tandplejen samt eksterne undervisere involveret.

Projektet tager afsæt i et positivt og bredt sundhedsbegreb. Sundhed er andet og mere end fravær af sygdom, og sundhed har både med den individuelle livsstil at gøre, men i høj grad også med levevilkårene. Særligt for mindre børns vedkommende, er det forældre og andre voksne omkring dem, der sætter rammerne for deres sundhed. Og forældrene har igen forskellige muligheder og begrænsninger, som afhænger af individuelle ressourcer, sociale vilkår og samfundsmæssige forhold.

Mange overvægtige børn har ifølge børnelæge, Ph.d. Jens Christian Holm en livskvalitet på niveau med kræftsyge børn i kemoterapi. Det har derfor været en væsentlig intension i projektet at undgå moralisering og stigmatisering, men derimod at lægge vægt på de positive oplevelser med sund mad og bevægelse. Der lægges meget vægt på forældrenes mulighed for at give deres barn et positivt forhold til mad og bevægelse. Der tales ikke bare om hvad der spises, men også om hvornår og hvordan. Mad er ikke bare 'ernæring', men måltider – tid med familien, med det mål, at barnet får de nødvendige byggesten til at vokse sig stærk og sund. Den atmosfære måltidet foregår i, kan få afgørende betydning for barnets forhold til mad og sundhed.

Hjemmebesøg og forældreansvar

Alle forældre til børn, der skulle starte i skole i 2008 og 2009 er blevet tilbudt hjemmebesøg ved sundhedsplejerske. Over 90 % af familierne har sagt ja tak til dette tilbud.

Ved samtalen med familierne lægges der vægt på forældrenes ansvar for barnets trivsel, og hvordan de kan give barnet de bedste forudsætninger for at klare sig godt i skole og SFO både fagligt og socialt. Frisk luft og motion samt sunde mad- og drikkevarer skal suppleres med tilstrækkelig søvn. Og det stiller krav til forældrene om at hjælpe barnet, ved at tage styringen og skabe nogle rammer i hverdagen.

For at støtte familien med at få sunde vaner, får barnet en drikkedunk til VAND til at have med i skole, og der fortælles om de muligheder der er for at bevæge sig, og have det sjovt i Glostrup. Bl.a. fortælles der om "Åben Hal" og "Åbent græs" som er et gratis tilbud til børn, unge og familier i Glostrup, hvor man ikke behøver tilmelding eller særligt udstyr for at deltage.

Ved hjemmebesøget bliver barnet målt og vejet. Herved samles der data over samtlige indskolingsbørn i Glostrup Kommune, og børn der er over 90 % percentilen kan identificeres. Sundhedsplejersken tegner barnets mål og vægt ind på vægtkurven, og lader en kopi af vægtkurven ligge hos familien.

Selv om femårsbarnet er parat til deltagelse og

Sundhedsplejerske Maria Bjørking på hjemmebesøg hos en familie.

opgaver, kan det have svært ved at medvirke Koncentreret under hele besøget. Derfor får barnet nogle tegninger med sunde motiver, og en æske farver, så de kan sidde og farve dem og alligevel deltage i samtalen.

En af de meget positive følger af hjemmebesøgene er ifølge sundhedsplejerskerne, at de har et helt andet udgangspunkt for samtalen med barn og forældre, når de kommer til indskolingsundersøgelse i 0. klasse. Den tillid der er opbygget vil kunne mærkes i mange år fremover, og det vil give et endnu bedre grundlag for den forebyggende indsats i barnets skoleforløb.

Gruppeforløb

Der tilbydes gruppeforløb for børn, som er over 90 % percentilen, og deres familier. Tilbuddet består af en informationsaften efterfulgt af et 12 ugers forløb hvor familierne samles en gang om ugen fra 17 til 19 på en af kommunens skoler. Familierne undervises af en pædagog med diplom i idræt og en bachelor i ernæring og sundhed. Undervisningen består af teoretisk undervisning knyttet an til praktisk madlavning og bevægelseslege, som egner sig til de 5-årige og deres forældre. Målet er at familierne gennem ny viden, praktiske øvelser, dialog og fællesskab udvikler handlekompetence i relation til sundhed.

Der tages udgangspunkt i den franske filosof Merleau-Pontys forståelse af kroppen som en integreret del af mennesket – at vi er vores krop. Kroppen er ikke noget vi har og som vi skal bruge, krop og bevidsthed er ikke adskilt men et hele. I bevægelsesdelen arbejdes der derfor med at mærke grænser og prøve sig selv af sammen med forældrene og med andre børn. En af underviserne fortæller: "Den sidste gang er der orienteringsløb i et lokalt naturområde – så der er udfordringer til både krop og bevidsthed i samspil med følelse af at have det sjovt og at kunne mestre de temaer, der er gennemgået på gruppeforløbet."

Kulturel forståelse - "Sundhed på dit sprog"

Som led i projektet indgår et samarbejde med Folkesundhed København, som gennem en årrække har uddannet og anvendt sundhedsformidlere. Sundhedsformidlere er mennesker med forskellige kultu-

Skolestarterne bliver målt og vejet i hjemmet.

relle baggrunde, der f.eks. har en sundhedsfaglig eller pædagogisk uddannelse. De har gennemført et 80 timers kursus, med det formål at udbygge kompetencer til at bygge bro mellem deres respektive kulturers opfattelse af hvad sundhed er, og den aktuelle sundhedsformidling i Danmark.

En af sundhedsplejerskerne fortæller: "Sundhedsformidleren havde f. eks. tom emballage med for at vise hvordan sunde madvarer er pakket ind og hvor de kan købes. De havde opskrifter på sund mad – lavet på baggrund af deres hjemlands mad traditioner - men tilpasset danske råvarer og indkøbsmuligheder." Det er generelt sundhedsplejerskens opfattelse at deltagelsen af en sundhedsformidler kvalificerer besøget, og er med til at åbne døre. Samarbejdet med Sundhedsformidlerne har medført at sundhedsplejerskerne har fået en dybere kulturforståelse og oplever dermed en bedre kontakt til familier med anden etnisk baggrund end dansk.

Også på gruppeforløbene har der været inddraget Sundhedsformidlere. Allerede ved informationsaftenen blev der hurtigt skabt en god kontakt med de tosprogede familier via sundhedsformidlere fra de forskellige kulturer.

Der har selvfølgelig været behov for at få afklaret roller og ansvar, så der har været afholdt et indledende møde mellem projektgruppen og sundhedsformidlerne og deres projektleder. Her blev det afklaret at sundhedsformidlerne først og fremmest er kulturformidlere. Den første velkomsthilsen og høflige bemærkninger kan f.eks. foregå på familiens 1. sprog, men det er ikke sundhedsformidlerens opgave at fungere som tolk. Sundhedsformidleren og sundhedsplejersken supplerer hinanden og giver plads til hinandens måder at gå i dialog med familierne om barnets sundhed, forældreansvar mv.

Det blev aftalt at Sundhedsplejersken har det overordnede ansvar for besøget, og sørger for at besøgets temaer nås inden for de 1½ time, der er afsat.

Ved besøgets start ridser sundhedsplejersken kort op, hvad formål og indhold for besøget er, fortæller om spørgeskemaet og om det videre forløb. Spørger også om at se barnets værelse mv. for at skabe en god kontakt med barnet.

"Vi fokuserer mere på sundheden i familien end på barnets vægt.

Det er vigtigt at opbygge tillid og dialog og tage udgangspunkt i det familierne selv oplever omkring barnets sundhed. Vi kommer for at hjælpe, ikke som kontrol." siger sundhedsplejerske Maria Bjørking.

Sundhedsplejerske Eva Hellebek supplerer: "Vi taler mere om, hvad der er godt at spise, end om, hvad de ikke må spise. Der kan tales om alternativer til de dårlige vaner og argumenteres med, at børnene vil få lettere ved at koncentrere sig i skolen.

Børn på 5 år kan ikke selv sige fra – forældrene skal sige fra overfor usunde vaner."

Der er også fordele ved, at det bliver lettere at kommunikere med bedsteforældrene, som ofte lever meget tæt sammen med barnet. Der kan tales om grænser, mad, slik og sodavand og det er vigtigt at give alternative muligheder, så det bliver en konstruktiv dialog.

Der er et generelt ønske om, at støtte familierne i at opbygge handlekompetence. Det gælder både ved hjemmebesøgene og i gruppeforløbene.

"... Det gælder om at plante små sandkort, som med tiden kan blive til perle

"Det er vigtigt, at den tillid der skabes til sundhedsformidlerne overføres til gruppeforløbene.

Det gælder om at plante små sandkort, som med tiden kan blive til perler", siger Sussi Anderberg, pædagog med diplomuddannelse i idræt og en af underviserne på gruppeforløbene.

Spørgeskema og dataindsamling.

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed har i samarbejde med projektgruppen udviklet spørgeskemaet, der udfyldes af familien inden hjemmebesøg, ved indskolingsundersøgelse i børnehaveklassen og igen i 1. klasse. Formålet med et sådant design er dels at tegne en sundhedsprofil af de skolestartende børn i Glostrup, men også at blive i stand til at måle om sundheden bliver bedre hos børnene over en 2-årig periode.

Der kan være behov for, at familien får hjælp til at udfylde spørgeskemaet, for at få afklaret nogle forståelsesmæssige problemer. Det er der mulighed for alle de gange, forældrene skal udfylde et spørgeskema: Ved hjemmebesøg, ved indskolingsundersøgelse hos sundhedsplejerske i 0. kl. og ved lægeundersøgelse ved børne-ungelægen i 1. klasse. Besvarelsesprocenten har ligget på over 90, hvilket er meget højt, især når man tager spørgeskemaets omfang i betragtning.

Hver gang skal de samme spørgsmål besvares, så man kan se hvilke vaner familien har, og om der bliver ændret på vaner, adfærd og barnets vægt gennem de første år i skolen. Det vil også være muligt at se, om de familier, der har deltaget i gruppeforløb, har skabt større forandringer end de, der ikke har. Da der ikke er nogen kontrol-gruppe kan man ikke med sikkerhed sige om indsatsen i projektet er det eneste udslagsgivende. Men sammen med Sundhedsstyrelsens samlede evaluering af alle de støttede projekter rundt omkring i landet, får vi et bedre grundlag for at planlægge den fremtidige indsats.

Vi har ingen resultater endnu – de samles først i efteråret 2010 – så det er vi selvfølgelig spændt på at se.

På længere sigt vil det vise sig om kurven bliver knækket: færre børn med overvægt, og dermed forhåbentlig flere børn med høj livskvalitet.

Fakta om Projekt Sund Skolestart

Sundhedsafdelingen, Social- og Sundhedsforvaltningen og Sundhedsplejen, Børne-kulturforvaltningen i Glostrup kommune har i samarbejde søgt Sundhedsstyrelsen om midler til at gennemføre et 2-årigt projekt, hvor der fokuseres på:

- at yde vejledning i forhold til at børnene i kommunen får en sund start på skolelivet
- at opspore og forebygge overvægt blandt indskolingsbørn
- at få et indtryk af sundhedstilstanden hos de skolestartende børn i Glostrup Kommune
- at der tilbydes en særlig indsats til overvægtige børn og familier
- at afprøve et samarbejde med Sundhedsformidlere fra Folkesundhed København i forhold til de tosprogede familier.

Projektet indeholder en generel opsporende og forebyggende indsats, gennemført som hjemmebesøg af skolens sundhedsplejerske til alle børn, inden de starter skole.

Såfremt barnet er overvægtigt i ved indskolingsundersøgelsen (over 90 % percentilen) tilbydes familien at deltage i et gruppetilbud over 12 mødegange.

Projektet indeholder også en speciel indsats i forhold til kommunens tosprogede familier. Disse familier bliver tilbudt besøg med deltagelse af en Sundhedsformidler fra Folkesundhed København. Glostrup kommunes sproggrupper er koncentreret om indvandrere og efterkommere fra Tyrkiet, Pakistan og Arabisk talende lande.

Projektets afsluttes i efteråret 2010, hvorefter vi forventer, at der sidst på året vil ligge en rapport klar.

Litteratur og Links

- Folkesundhed København. "Sundhed på dit sprog": http://www.folkesundhed.kk.dk/TilKoebenhavnere/SundhedPaaDitSprog.aspx
- Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (FCFS). Region Hovedstaden:
- www.fcfs.dk
- Glostrup Kommunes hjemmeside: www.glostrup.dk (Er p.t.ved at blive redigeret)
- Jensen, Bjarne Bruun: "Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden."
- I: Hounsgaard, L (red.). "Læring i sundhedsvæsenet." Gyldendal. 2000.
- Maurice Merleau-Ponty: "Kroppens fænomenologi". Oversat af Bjørn Nake
- Det lille Forlag. 1994, 2. udgave 2009
- Sundhedsstyrelsen. "Kommunens plan mod overvægt": http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Overvaegt/Kampagner_og_projekter/Kommunens_plan_mod_overvaegt.aspx

Sundhedsplejen i Svendborg –

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker efterlyser, i seneste Nyhedsbrev, den gode historie fra Kommunerne. Denne vil jeg gerne fortælle.

Af: **Jane Zenker Bergenhagen**. Cand. scient san. Leder af Sundhedsplejen Svendborg Kommune

I november 2009 blev Sundhedsplejen i Svendborg kåret som Månedens Arbejdsplads og indstillet til Årets Arbejdsplads. Ingen, hverken medarbejdere eller leder, kommer sovende til en sådan pris.

Sundhedsplejen i Svendborg opstod ved kommunesammenlægningen i 2007. Tre kommuner blev slået sammen, hvilket gav en kommune med ca. 60.000 borgere. Ca. 12.000 af disse er børn og unge fra 0-16 år. Svendborg har 34 skoler, 55 daginstitutioner og ca. 450 efterskoleelever.

Ved sammenlægningen blev det besluttet at Sundhedsplejen skulle organiseres i Direktørområde Social og Sundhed i en Sundhedsafdeling. Sundhedsafdelingens politiske udvalg er Sundheds- og Forebyggelsesudvalget. Denne organisering understøtter således Sundhedsplejen, hvis primære arbejdsfelt er forebyggelse og sundhedsfremme.

Alle sundhedsplejersker har været involveret i at beskrive vores kvalitetsmål, og disse er udarbejdet på grundlag af vedtagne værdier.

Især skolesundhedsplejen har fået et gevaldigt kvalitetsløft. Det er planen at småbørnsdelen ligeledes skal løftes rent kvalitetsmæssigt. Også her vil handling baseres på vedtagne værdier. Drøftelsen af værdier, og forståelsen af, hvad den enkelte ligger i de forskellige værdier, må ikke underkendes i en sådan kvalitetsudvikling. Via disse vil man opnå grundlaget for "fælles fodslag" og dermed forudsætningen for et godt teamsamarbejde.

I Svendborg Kommune tilbyder vi småbørnsfamilierne hjemmebesøg og vi tilbyder graviditetsbesøg efter behov.
Vi har daglig telefonrådgivning og med i Sundhedsplejersketelefonen, hvor familier, børn og unge kan få sundhedsplejefaglige råd og vejledning uden for kommunens åbningstid. Sundhedsplejerskerne etablerer mødregrupper og deltager ved første møde. Mødregrupper for sårbare unge er også et tilbud. Alle mødre tilbydes screening for efterfødselsreaktion, og kommunen samarbejder med Mødrerådgivningen i forhold til at tilbyde kvinder med behov et samtaleforløb.

Alle sundhedsplejersker har været involveret i at beskrive vores kvalitetsmål, og disse er udarbejdet på grundlag af vedtagne værdier.

Skoleeleverne tilbydes ind- og udskolingsundersøgelse ved sundhedsplejerske. Indskolingen i samarbejde med børnefysioterapien, og ud fra fastlagte kvalitetsstandarder. Herudover afholdes undersøgelse og sundhedssamtaler med eleverne med jævne mellemrum. Vi bruger f.eks. sundhedseksperimentariet og aktive vurderinger, som sundhedspædagogisk metode. Elever med særlige behov får særlige tilbud.

Herudover underviser sundhedsplejerskerne i Sund Sex Skolen www.sundsexskolen.dk, som er kommunens tilbud til de ældste skoleelever. Her vejledes i sund seksuel adfærd.

Vi samarbejder med sygehuset om Astmaskolen. Vi deltager i lokale fødevaremesser, vi arrangerer forældrekurser om "det at forstå en teenager", vi deltager i grupper for børn, der har mistet. Vi samarbejder med frivillige om tilbud for børn i skoleferierne. I det hele taget blander vi os, hvor det synes relevant. Simpelthen fordi vi er en så vigtig aktør i området børn, unge, sundhed, trivsel og forebyggelse. Vi er således meget bevidste om,

- Årets **Arbejdsplads**

at profilere og synliggøre sundhedsplejersken, som andet end "hende der kører rundt og vejer små børn."

I denne artikel vil jeg imidlertid fokusere på det, der er grundlæggende for at drive en velfungerende sundhedspleje. Samarbejdet i sundhedsplejerskegruppen.

Ved kommunesammenlægningen fik alle sundhedsplejerskerne kontor på samme centrale adresse. Dette bl.a. for at give mulighed for et fagligt fællesskab og dermed løbende faglig sparring. Endvidere blev Sundhedsplejen organiseret i teams. Det viste sig hurtigt at teamtankegangen ikke var naturlig for alle sundhedsplejersker. At man ikke var helt klar over, hvad teamorganisering indebar, og at man derfor kunne have tendens til at falde tilbage i gamle mønstre, hvor man som sundhedsplejerske populært sagt "passede sin egen butik." Vi startede derfor et målrettet og struktureret forløb, med fokus på Det gode Teamsamarbejde. Indledningsvis blev alle undervist i teamtankegangen. Især blev forskellen på at samarbejde i en gruppe og at samarbejde i et team gjort meget tydelig. Dette evige fokus på, at forskellen på teamet og gruppen ligger i graden af fællesskab og fælles forpligtelse omkring opgaveløsningen. Et team er typisk en mindre organisatorisk enhed, der er samlet om et sæt af opgaver og målsætninger, som det har beslutningskompetence til at forvalte samt ansvar for at løse.

Der arbejdes tæt sammen i opgaveløsningen og teamet belønnes i fællesskab for at nå målene. Et team er stærkere forbundet og mere afhængige af hinanden end en gruppe. Team deler således større ansvar og beslutningskompetence og arbejder tættere sammen end grupper gør.

Tætte samarbejdsrelationer og udvikling af synergieffekt er nøgleord i teamsamarbejde.

Udviklingen i teams vil typisk være inddelt i faser 1) beslutning om teamorganisering 2) det nyetablerede team 3) det funktionelle team og 4) det højtydende team (1).

Vi er således meget bevidste om, at profilere og synliggøre sundhedsplejersken, som andet end "hende der kører rundt og vejer små børn."

Ganske langsomt bevægede de tre teams fra nyetableringsfasen til at være højtydende teams.

Det højtydende team kan karakteriseres ved, at teamet i tillæg til meget veludviklede fælles forståelser af retning og rammer, udvikler stærke relationsfærdigheder og for alvor tager råderummet til sig. I denne fase er teamet i høj grad selvkørende på det daglige opgaveplan.

Som leder er min rolle især at fokusere på teamets evne til udvikling og altså refleksion af praksis samt teamets ambitioner og ejerskab i forhold til målsætningerne. Sagt på en anden måde: Om - og hvordan organisationens mål nås via teamets indsats.

At de tre teams er blevet højtydende indebærer, synergi i teamet. En synergi der breder sig til organisationen. Et andet meget væsentligt aspekt er at konflikter vendes til læring.

Som leder af teams er min primære målsætning, at sikre at de ydelser teamet leverer, lever op til topledelsen krav om kvalitet og funktionalitet. Samt at sikre en arbejdsplads, hvor teamdeltagerne kan trives og udvikle sig. Desuden at agere som koordinator mellem teamet og den omkringliggende verden. Dvs. at være overordnet bindeled mellem teamet og interne og eksterne samarbejdspartnere, borgere, politikere mm. At være teamleder kræver således andre kompetencer, end at være leder i traditionel forstand. Meget kort indebærer det, at rollen som "førerhund" til dels er afløst af en mere guidende adfærd i forhold til at igangsætte refleksion i teamet mod løsning af diverse problemstillinger.

Teamsamarbejdet har ikke været problemløst. Der har været samarbejdskonflikter i alle teams. Det er dog kendetegnende for konflikterne i Sundhedsplejen, at de er blevet sagt højt, og at teamdeltagerne har været villige til at arbejde

Vi må være "Årets Arbejdsplads", fordi vi har et meningsfuldt job i nogle gode rammer og fordi vi hver dag er glade for at gå på arbejde.

konstruktivt med konflikterne, således at disse er blevet vendt til læring (2).

En af vores målsætninger er, at vi vil være gode til at være i et uenighedsfelt sammen. Vi har arbejdet internt i organisationen med at udvikle teamsamarbejdet, ligesom vi har hentet hjælp udefra. F.eks. deltog hele afdelingen samlet i et 2 dages kursusforløb Det konstruktive Teamsamarbejde.

For nylig modtog afdelingen en pris som Månedens Arbejdsplads. Uddelt af konsulentfirmaet Seminarer.dk

Sundhedsplejerske- og sekretærgruppen havde indstillet afdelingen med følgende begrundelse:

Vi må være "Årets Arbejdsplads", fordi vi har et meningsfuldt job i nogle gode rammer og fordi vi hver dag er glade for at gå på arbejde. Det er kendetegnende for vores arbejdsplads at:

- den er præget af tillid, tryghed, åbenhed og humor.
- vi forsøger at koncentrere os om ting, vi kan gøre noget ved og ikke bruge meget energi på ting, der ikke kan ændres.
- der er respekt for forskellighed, og vi er gode til at være sammen i et uenighedsfelt.
- vi organisatorisk er placeret i Sundhedsafdelingen, hvor fokus er på sundhedsfremme og forebyggelse, som er vores kerneområder.
- vores leder er meget åben, imødekommende, positiv, omsorgsfuld, god til at lytte og samtidig evner at træffe beslutninger. Hun har fokus på at tale vores sag i diverse besluttende organer samt synliggøre Sundhedsplejen udadtil
- der efter sygdom altid er draget omsorg for, at der ikke ligger en masse arbejde, når man starter igen.
- vi har en uundværlig sekretærhjælp, som spænder vidt og altid er villig til at hjælpe.
- vi arbejder i teams, dvs. at vi er delt op i mindre grupper, som mødes ugentligt, kan spørge hinanden til råds og hjælpe hinanden, samt har stor grad af frihed til at træffe beslutninger.
- vi sidder på kontorer på tværs af de ovenfor omtalte teams, så vi ikke isolerer os i egne teams.
- vi er selv-tilrettelæggere og dermed har frihed under ansvar i vores job.
- vi har gode muligheder for at dygtiggøre os og udvikle os fagligt, såvel individuelt som i grupper.
- den enkelte har mulighed for at eksperimentere ud fra fastlagte retningslinjer, og der ikke bliver peget fingre, hvis eksperimentet ikke lykkes.
- vi specialiserer os inden for mange arbejdsfelter, som har vores interesse – til gavn for helheden. Vi er således både specialister og generalister.
- vi har en trivselsgruppe, der laver arrangementer i arbejdstiden med fagligt indhold samt uden for den normale arbejdstid, og som personalet møder talstærkt op til.
- også nyansatte og studerende føler, at her er rart at være.

I Svendborg Sundhedspleje har vi arbejdet hårdt og målrettet på at få etableret en velfungerede arbejdsplads, med en så høj grad af faglighed som muligt. Det har kostet "blod, sved og tårer". Vi er dog bevidste om, at ovenstående aldrig må blive en sovepude. At et konstruktivt teamsamarbejde kræver evigt fokus på opgaven og at trivslen på arbejdspladsen kræver evig tilførsel af "gødning". Afdelingens trivselsudvalg bidrager stærkt til at fastholde fokus, men missionen lykkes kun ved samtlige medarbejderes vilje og indsats.

Kilde

1. Molly-Søholm, Juhl et al Lederen Som Teamcoach. Børsens Forlag 2007.

2. Plenge, Nethe Mød konflikten – om konflikter på arbejdspladsen. Hans Reitzels Forlag 2008.

Præsentation af forfatter

Jane Zenker Bergenhagen. 48 år. Leder af Sundhedsplejen Svendborg Kommune.

1987: Uddannet sygeplejerske. Sygeplejerske og 1.assistent på pædiatriske afdelinger på Hillerød Central Sygehus og Odense Universitetshospital.

1995: Afdelingssygeplejerske på barselsafdelingen på Svendborg Sygehus

2006: Cand. scient. san. Speciale i sundhedsfremme og forebyggelse i kommunalt regi. Ledelse og organisationsudvikling på liniefag.

2006: Leder af Sundhedsplejen Svendborg Kommune

Nye sundhedsprofiler skal forbedre **indsatsen** for børns sundhed og trivsel **i Odsherred?**

Forfatter **Nina Hammeltoft**, Sundhedsplejerske i Odsherred kommune

Alle skolebørn i børnehaveklassen og fra 4. til 9. klasse har i skoleåret 2009/2010 indtastet deres egen sundhedsprofil. Dette er sket fordi politiker i kommunen, skolerne, forældrebestyrelserne og sundhedsplejen bl.a. er blevet enige om, at kortlægge sundhedstilstanden hos kommunens skolebørn. Dette fordi vi ønsker at skabe bedre trivsel og sundhed for børnene i et fællesskab. Sundhedsplejen bruger sundhedsprofilerne til at målrette vores tilbud mod, hvor vi kan gøre mest gavn.

I løbet af de sidste år har vi arbejdet på at omlægge skolesundhedsplejen, så den er blevet mere behovsorienteret. Indsatsen styres nu i højere grad af viden om alle børns sundheds og trivsel. Den giver os mulighed for at være hurtigere og mere målrettet, både sundhedsplejefagligt og tværfagligt. Vi kan ligeledes let følge om det vi gør virker.

Lidt om baggrunden.

Vi er 10 sundhedsplejersker i Odsherred kommune i en kombineret ordning. Hanne Lund Larsen er ledende sundhedsplejerske og deler sin tid mellem at være ude kørende og med at være leder.

Vi har indtil februar i år haft Kjeld Poulsen ansat. Det er Kjeld der er arkitekten bag sundhedsprofilerne. Kjeld er speciallæge i samfundsmedicin, var ansat som børne- og ungelæge frem til 2008. Herefter var han vores leder indtil januar 2010. Han arbejder nu som forskningsleder indenfor forebyggelse i det nye Steno Center for Sundhedsfremme. Hanne har som udviklingssundhedsplejerske også spillet en meget aktiv rolle i udvikling af modellen. Sundhedsplejerskekollegaerne har desuden alle aktivt været med i processen.

Kommunen er på ca. 30.000 indbygger. Der er 10 folkeskoler, 5 friskoler og en del mindre skoler på opholdssteder.

Sundhedsplejen, børne- og ungelægerne og de praktiserende læger, alle har vi pligt til at skrive journal, men det fører ikke til et samlet billede af hvordan børnenes sundhedstilstand er. Det vil sige, at vi kun har på fornemmelsen hvordan børn og unge går og har det. Vi får ikke et billede af, om sundhedstilstanden går op eller ned. Virker det vi går og gør? Vi ved det ikke.

Der er mange børn og unge med problemer og mange der får en diagnose. Men har vi også et bud på effektiv (be-)handling?

Vi ved, at jo tidligere en sundhedsindsats sættes ind, desto større mulighed for succes. Ingen af parterne kan klare dette alene, det kræver samarbejde med børnene, de unge, forældrene, lærerne samt alle andre der er omkring dem. Vi bruger sundhedsprofilerne til at give et helhedsbillede og forventer på den måde, at styrke samarbejdet.

Der findes meget lidt forskning der drejer sig om brug af lokale sundhedsprofiler til konkrete sundhedsfremme- og forebyggelsesinitiativer på børne- og ungeområdet. Det er vores forventning, at vi ved at gå ind i dette arbejde, er med til at fremme forskning på området. Desuden håber vi, at få viden og erfaring i, hvordan en ny pædagogisk tilgang kan give fælles handlekompetence, således at profilerne giver en forbedring for alle. »

Der er mange børn og unge med problemer og mange der får en diagnose. Men har vi også et bud på effektiv (be-)handling?

Hvordan griber vi det an. Årshjul		
August	Forældre / børn Brev angående sundhedsprofil	Skole 4-9 klasse udfylder sundhedsprofil elektronisk. Børn i 4. klasse vejes og måles. Konditest i idræt.
September	Brev om, at sundhedsplejersken har været i klassen	Sundhedsplejersken fremlægger sundhedsprofilen i klassen. Evt. handleplan for klassen med klasselærer.
Oktober	Børn og unge tilbydes sundhedssamtaler efter behov Sundhedspædagogiske tiltag i klasserne	- Do - Sundhedsbogen udkommer. Sundhedspædagogiske tiltag i klasserne.
November	- Do -	Skolens sundhedsprofil drøftes med skoleleder og lærer
December	Samtaler/klasseindsats Brev til forældre i indskoling	Evt. opfølgning og handling på klassers/skolens handleplaner
Januar	Indskolingsundersøgelse	Indskolingsundersøgelse
Februar	- Do -	- Do - Tilbagemelding til klasselærer
Marts	Brev til unge og forældre i 9. klasse. Tilbud om udskolingssamtale	Udskolingssamtaler efter ønske
April	Samtaler/klasseindsats	Samtaler/klasseindsats
Maj	- Do -	- Do -
Juni		Brev angående sundhedsprofil i august - varsling

Metode for dataindsamling

Sundhedsprofilen udfyldes klassevis via internettet.

Klassens fælles sundhedsprofil kan udskrives umiddelbart efter, eller hentes frem på whiteboards. Data er behandlet så den enkelte elev er fortrolig og det er netop ikke vigtigt hvem der er hvem, men hvordan klassen har det.

Data som diagnoser, vægt, rygning, alkohol og stofmisbrug kan ikke ses på profilen. Senere modtager sundhedsplejersken et udsnit af disse data. Data bearbejdes således at sundhedsplejersken kan se hvilke børn og unge med særlige behov, som hun bør overveje en indsats overfor. Indsatsen kan være til den enkelte, grupper eller klasser. Indsatsen kan være sundhedsplejerskens, eller igangsat via sundhedsplejersken.

I oktober udkommer kommunens sundhedsbog hvor de enkelte skoler og hele kommunens sundhedsprofil kan læses. Der er standardgrafer over udvalgte emner som drilleri, tristhed, vægt, kondition, smerter, psykiske gener og rygning.

Hvordan handler vi

Sundhedsplejersken præsenterer hurtigst muligt sundhedsprofilen for klassen. Inden har hun sikret sig at klasselæreren har set profilen og hun har fået lidt orientering om, hvordan læreren oplever klassen.

I klassen lægges der op til drøftelse og refleksion.

Hvilke ting er rigtig godt i denne klasse og hvad kunne være bedre? Er der ting klassen kunne tænke sig at arbejde med i forhold til sundhed og trivsel? Hvordan kunne en handleplan for klassen se ud?

Enes man om, at der skal laves en handleplan, udfyldes den med mål, delmål, tid og tovholder.

Handleplanen kan være, at sundhedsplejersken komme med et sundhedspædagogisk tiltag, eller den kan være, at elever eller lærer forslår nogle initiativer til at forbedre sundhed og trivslen i klassen. Vi bliver stadig bedre til at afklare, hvad der er vores rolle og hvad der er lærerens.

Sundhedsplejersken opfordrer desuden læreren til, at tage klassens sundhedsprofil op på et forældremøde.

»

Sundhedsplejersken informerer eleverne om, at hun vil tage kontakt til nogle af eleverne efterfølgende, for at tilbyde en sundhedssamtale. Eleverne opfordres til selv, at tage kontakt til sundhedsplejersken hvis de ønsker, at tale om deres sundhed og trivsel.

For at arbejde med hele skolens sundhed og trivsel, tager sundhedsplejersken kontakt til skolelederen og skolens kontaktlærer. Der aftales et møde hvor skolens og kommunens sundhedsprofil drøftes. Det tilstræbes, at der på mødet udformes en handleplan med mål, delmål, tidsramme og udnævnes en tovholder. Dette for at iværksætte handlinger der fremmer sundhed og trivsel for hele skolen.

Indskoling

I 0. til og med 3. klasse, er det kun 0. klasserne der laver sundhedsprofil. I 0. klasse er forældrene med til indskolingsundersøgelsen. Sundhedsprofilen er en del af undersøgelsen. Børnene i 1. til 3. klasse er for små til selv at udfylde sundhedsprofilen. Vi synes, at vi får rigtig god viden om børnenes sundhed og trivsel, når børn og forældre sammen udfylder profilen og vi efterfølgende taler om den.

Indskolingsundersøgelsen med sundhedsprofil, er et godt udgangspunkt for at lave aftale med børn og forældre om, at følge op på et barns evt. sundheds- og eller trivselsproblemer igennem skoletiden.

Vi har brugt hinandens gode ideer og erfaringer.

Vi har også købt nyt undersøgelsesudstyr. Det har vi gjort fordi screening af børn, der hidtil er anset som raske, kræver det bedste udstyr. Dette for at minimere antallet af falsk positive og falsk negative screenings svar.

Den investering vi har fået mest ud af, er vores nye apparat til hørescreening. Det er samme type apparat som bruges til at hørerscreene de nyfødte børn.

Med dette apparat udelukker vi baggrundsstøj som fejlkilde samt det, at barnet evt. ikke forstår vores instruktion korrekt. Det sparer børnene og os for rigtig mange kontrol hørerprøver og henvisninger. Men også en elektronisk synstavle gør, at vi kan lave mere nøjagtige tests og minimere henvisninger. Ulempen ved at indkøbe dyre apparater er, at vi må deles om dem og at det koster energi at koordinere og flytte udstyret mellem skolerne.

Opsamling

Det har været første skoleår hvor al vores arbejde på skolerne har været efter ovenfor beskrevne model. Vi har i årene inden arbejdet med dele af modellen, samtidig med, at den er blevet videreudviklet.

Hos os starter udskoling i 4. klasse. Det skal forstås på den måde, at trivsels - og sundhedsmæssige problemer, skal løses når de opstår og ikke først når eleven står lige for, at skulle forlade skolen. Vi tilbyder 9. klasses eleverne en udskolingssamtale, men det er kun en lille del af eleverne der tager imod tilbuddet.

Vi har nyudviklet vores sundhedspædagogiske tiltag og inden for nogle områder har vi uddannet os. Vi kan lige nu tilbyde rygestopkurser, pubertet og seksualundervisning fra 4. til 9. klasse, "Du bestemmer" og "Aktive vurderinger" inden for mange forskellige emner. Vi har børnegrupper til børn der vokser op i alkoholfamilier og sorggrupper til børn der har mistet.

Med SSP er der lavet en samarbejdsaftale mhp. resultaterne fra sundhedsprofilen. Det drejer sig om de unge der har et større hashforbrug eller tager andre stoffer, samt forebyggende undervisning om alkohol.

Relevante resultater fra sundhedsprofilerne tager sundhedsplejersken op i de tværfaglige grupper.

Det har været et år på prøve. Mange ting er gået rigtig godt, men det har jo ikke været rutine og har derfor krævet meget af alle involverede.

Sundhedsprofiler og indsatser er tilpasset, så de bliver lavet indenfor den tid der er afsat til skolesundhedsplejen.

Vi er endnu ikke nået så langt med handleplaner og sundhedspædagogiske tiltag, som vi gerne vil, men alt har sin begyndelse. Vi tror på, at sundhedsprofilerne vil hjælpe os til at prioritere bedre og forhåbentlig opnå mere sundhed. Profilen i sig selv gør nok ikke den store forskel. Den samlede model fremmer mulighederne for at øge vores fælles handlekompetencer og løbende styre de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser.

Vi har brugt hinandens gode ideer og erfaringer. Alle børn der har svaret at de er ensomme og alle der har svaret at de ikke har nogen børn eller voksne som de kan tale fortroligt med, er blevet indkaldt til en sundhedssamtale. Vi har valgt denne indsats fordi ensomhed og manglen på en fortrolig udgør en trussel for børn og unges sundhed.

Det har vist sig, at vi med den indfaldsvinkel, ofte

kommer til at tale med børn der kommer fra hjem med en alkoholiseret forælder.

Lige nu er vi i fuld gang med, at forberede skolerne på, at næste skoleår starter med at lave sundhedsprofiler. Vi glæder os over, at vi alle steder bliver taget godt imod og at lærerne er meget engagerede i samarbejdet.

Skulle ovenstående have vakt jeres interesse, er I velkommen til at rette henvendelse til mig nih@odsherred.dk eller ledende sundhedsplejerske Hanne Lund Larsen. hhl@odsherred.dk eller Kjeld Poulsen kjpo@steno.dk

Andre kommuner har været med på en tester i dette skoleår og flere nye kommuner har besluttet, at starte op med sundhedsprofilen i det kommende skoleår. Vi glæder os til samarbejdet og den ide og erfarings udveksling det kan give.

Systemudvikling og projektkoordinering vil fremover blive varetaget af Kjeld fra Stenos Center for sundhedsfremme. Vi ser meget gerne, at flere kommer med og skulle I have lyst til at være med, skal i kontakte Kjeld.

Skolesundhedsplejersker **mødes** i **landsdækkende** erfagruppe!

Af: Sundhedsplejersker **Lisbeth Ekstrand** og **Julia Jakobsen**, Københavns kommune, distrikt Valby

På Landsmødet i 2008 var temaet skolearbejde. Vi var nogle sundhedsplejersker, der besluttede at mødes for at udveksle erfaringer og ideer. Gruppen er landsdækkende, og vi er på nuværende tidspunkt 14 sundhedsplejersker. Gruppen er åben for alle med interesse for skolesundhedsarbejdet, men man forpligtiger sig til at bidrage med indhold og ideer ved møderne. Vi mødes 3 gange om året.

Første gang vi mødtes var i Fredericia, hvor vi hovedsagelig brugte tid på at beskrive interessegruppens formål nemlig at sundhedsplejersker mødes, inspirerer hinanden og udveksler erfaringer på skolesundhedsplejeområdet for at fremme kvaliteten.

Det gøres ved at:

- Udveksle viden på området (orientere hinanden om spændende tiltag, projekter m.m.).
- Udveksle ideer og arbejdsmateriale.
- Høre om specialfunktioner på skolesundhedsplejeområdet (f.eks. sorggrupper, børn af psykisk syge forældre, indsats for overvægtige børn, ressourcepersoner, arbejdsgrupper m.m.)
- Udveksle og udvikle ideer og metoder til at synliggøre og argumentere for skolesundhedsplejens betydning for at sikre børn og unge en sund opvækst. Målgruppen er arbejdsgivere (politikere og embedsmænd), medier og brugere.
- Videreformidle information og inspirere kollegaer, der ikke er med i interessegruppen.

Vi ville gerne oprette et link under FS10's hjemmeside, hvor alle kunne lægge ideer og materialer ind, og dermed blive en vidensbank om skolesundhedsarbejde, men det kan desværre ikke lade sig gøre rent teknisk.

Vi har søgt FS10 om tilskud til vores arbejde og fået bevilget 20.000 kr. til transportudgifter i forbindelse med afholdelse af møder og forplejning.

Det næste møde blev holdt i Valby. Tema på dette møde var Indskoling - hvordan arbejder vi med denne målgruppe?

Vi startede med en runde, og snakken gik lystigt. Alle fortalte om deres arbejde i skolerne, og det var spændende at høre om de forskellige tiltag rundt om i landet – bl.a. blev Valby inspireret af Hedensted kommune og har nu udarbejdet et sundhedsværksted til 1. klasserne.

I vores snak kom vi ind på pædagogiske tiltag, anvendte materialer, hvilke type elektroniske børnejournaler, der bruges rundt omkring, forældretilladelser, overholdelse af tavshedspligten, forskellen på kommuner med og uden børnelæge, og det udbudte kursus til sundhedsplejersker om ind- og udskolingsundersøgelser.

Nogle kommuner arbejder efter et Årshjul, som beskriver hvilke tidspunkter på året, at sundhedsplejerskerne skal arbejde med de forskellige klasser. Mange kommuner har et idekatalog med sundhedspædagogiske temaer til undervisning i klasserne.

Vi debatterede forskellen mellem at kunne være spontan i valg af emner, i forhold til det der optager børnene kontra at have standardiseret tilbud. Det kan være svært for andre (inkl. politikkerne) at se, hvad sundhedsplejerskerne laver, når vi "går ud over standarderne," idet disse kan analyseres og måles, og dermed vise resultatet af vores arbejde. Til gengæld udvikles der større handlekompetencer hos børnene, når man fanger dem i dét, der interesserer dem.

Vi diskuterede desuden skolesundhedsplejens synlighed i forhold til forældre, lærere og politikkerne. I disse sparetider, hvor vi alle er ramt af nedskæringer, var det inspirerende at høre om, hvordan sundhedsplejerskerne i Hvidovre Kommune havde fået hjælp fra deres HR-afdeling til at analysere deres arbejde. Det betød større synlighed overfor politikkerne, som blev overrasket over sundhedsplejens kompleksitet, og førte til en opnormering af sundhedsplejen.

Det var en spændende og inspirerende dag for alle. Der blev bragt temaer op, som vi på et senere

Hvis du er blevet interesseret i at deltage i vores gruppe, er du velkommen til at kontakte Lisbeth Ekstrand på mail: GN91@buf.kk.dk.

tidspunkt vil tage op bl.a. forældreinddragelse. Temaet blev bragt op af Laila Madsen fra Tingbjerg, som arbejder på en heldagsskole med mange udfordringer, idet der er 95% tosprogede elever og det er svært at etablere forældresamarbejde. Modsat Susanne Jacobsen og Birthe Beck i Rudersdal som kunne fortælle, at her var forældrene hovedsageligt velfungerende og involveret, og næsten alle informationer foregik via intranettet. Hvilken kontrast!

Konklusion:
Vores møder i skole-erfagruppen har tydeliggjort, hvor forskelligt sundhedsfremmende arbejde udmøntes afhængigt af de vilkår, vi arbejder under.

I hver anden skoleklasse findes et barn med Skoliose

Debatartikel - Forfatter: **Christina Skoda**, Formand for Dansk Skoliose Forening

Ud fra et ønske om at sætte skoliose på dagsordenen, har Dansk Skoliose Forening (DSF) startet en kampagne rettet mod alle skolesundhedsplejersker i Danmark. Kampagnen indeholder oplysninger omkring skoliose og viden omkring hvorledes, man med forholdsvis simpel og smertefri screeninger kan opdage en alt for overset lidelse.

Hvad er Skoliose?

Skoliose er det fælles medicinske navn for skæv ryg og sidekrumning af rygsøjlen. Det er defineret som en lateral kurvering af columna. Skoliose er ikke en sygdom, men en deformitet / fejlvækst i ryggens hvirvler. Ryggen er opbygget af 24 ryghvirvler, som er opdelt i 7 halshvirvler, 12 brysthvirvler og 5 lændehvirvler. Skoliosen kan både sidde i thorakaldelen og lændedelen. 8 ud af 10 skoliose ramte er piger, og lægerne kan endnu ikke forklare, hvorfor piger rammes hyppigere end drenge.

Ætiologi og patogenese er ukendt, formentlig er lidelsen betinget af muskulær imbalance p.g.a. koordinationsdefekt udgået fra hjernens basale ganglier. (1)

Skolioser opdeles i nonstrukturelle og strukturelle skolioser.

De nonstrukturelle skyldes forhold uden for columna, hyppigst benlængdeforskel (statiske skolioser). Hvis den udløsende årsag kompenseres eller korrigeres med f.eks. skoindlæg forsvinder skoliosen. De nonstrukturelle skolioser kan ofte håndteres i almen praksis, men ved udtalt anisomeli (større end 2,5 cm's benlængdeforskel), kan henvisning til videre udredning være påkrævet.

Strukturelle skolioser er karakteriserede ved lateral kurvering samt torsion (rotation). Torsion ses ikke ved nonstrukturelle skolioser, og da torsion relativt simpelt kan påvises klinisk ved Adams foroverbøjningstest, er denne en velegnet markør for hvem, der skal henvises. Ved denne test bøjer patienten sig forover med armene foran kroppen. Hvis thorax "rejser sig" på den ene side er det et udtryk for torsion og dermed en strukturel skoliose, som bør henvises til vurdering.

I denne artikel er det den strukturelle idiopatiske skoliose, der videre belyses, da denne type debuterer i skolealderen og derfor er den type, der kan opdages af sundhedsplejerskerne i skolerne.

Ca. 85 % af de strukturelle skolioser er idiopatiske, og heraf er 4 ud af 5 Adolescents Idiopatiske Skolioser (herefter AIS) med debut mellem 10 og 16 år. Prævalensen af AIS er 2-3 % af alle 10-16 årige børn og er den hyppigst forekommende.. Der

Boston Korset, Foto: Rikke Kjær

er en skæv kønsfordeling, som tiltager med skoliosens sværhedsgrad, således at der er 10 gange så mange piger med Cobb-vinkel over 30° (2). Hvis hyppigheden af AIS er 2-3 % betyder det at der findes et barn med skoliose i hver 2. skoleklasse!

Skoliose kan endvidere opdeles i følgende undertyper; Kongenit(medfødt skoliose), Infantil(debut i 0-3 års alderen), Juvenil(debut i 3-10 års alderen) og Adolescent idiopatisk Skoliose(debut fra 10 års alderen og den hyppigst forekommende).

Behandling:

Progressionsrisiko er af afgørende betydning for planlægning af behandling. Det er ikke muligt med sikkerhed at forudse progression for den enkelte patient, så børnene følges i ortopædisk ambulant regi efter et bestemt mønster. Flere faktorer spiller ind – bla. tidspunktet for pigens menarche, vækst mm. Dette aspekt gør det også til tider vanskeligt at forske på behandlingsresultater, da progressionen udvikler sig meget individuelt. Kun to behandlingsmetoder har effekt på deformiteten ved skoliose. Korsetbehandling eller operation.

Korsettet bygges af en bandagist og tilpasses den enkelte. Materialet er hårdt plast og korsettet skal bæres 23 timer i døgnet. De sidste par år er nogle Rygcentre begyndt at tilbyde natkorset til stor glæde for disse unge. Baggrunden for dette er bla. at det ikke kun er fysisk belastende for en ung pige/dreng at bære dette korset i døgndrift, men at det kan have store psykosociale konsekvenser for den unge. Korsettet skal benyttes, indtil man er udvokset.

Operation kan komme på tale, hvis skoliosen progredierer på trods af korsetbehandlingen, eller hvis skævheden opdages sent i forløbet. Ved en sådan operation bliver en del af ryggen stivgjort for dermed at rette skævheden op og stabilisere rygsøjlen.

Hvem opdager skoliose hos de unge?

Før i tiden så skolelægen alle skolebørn og kunne, som en del af den generelle undersøgelse af børnene, nemt og smertefrit bede børnene om at bukke sig forover, og dermed screene dem for en

begyndende Skoliose. Denne hurtige og smertefrie test kaldes "Adams foroverbøjningstest" som nævnt tidligere.

Nu er skolelægerne væk de fleste steder – Så blev tanken, at den praktiserende læge kunne screene børnene, når de alligevel kom til MFR vaccination ved 12 års alderen (vel vidende at kun mellem 80-90 % bliver vac.) – Så blev vaccinen flyttet væk fra den aldersgruppe og hvad så?

I Dansk Skoliose Forening konstateres desværre ofte, at børnenes skoliose opdages sent i forløbet. Vi møder derfor ofte frustrerede og selvbebrejdende forældre, fordi de ikke på et tidligere tidspunkt har opdaget barnets skævhed. Den naturlig blufærdighed optræder netop i denne alder, og barnet klæder ikke længere om sammen med forældre. Skævheden opdages derfor ofte tilfældigt på stranden eller lignende.

Hvad siger Rygeksperterne?

Professor Cody Bünger, ortopædkirurg fra Århus Universitetshospital udtrykker ønske om at få sat skoliose screening på dagsordenen. Han fortæller, at de har en phd fra Århus vedr. ca. 400 behandlingsforløb, der viser, at den er helt galt med diagnosticeringen af denne patientgruppe; De ser patienterne op til 2 år for sent i forhold til debuttidspunkt for lidelsen.

En anden førende ekspert på området, Steen Bach Christensen har sammen med andre ortopædkirurger lavet en indstilling til Sundhedsstyrelsen om at få indført skolescreening for skoliose. Forklaring til dette ønske er, at jo tidligere børnene opdages jo mere sufficient kan de behandles.

Hvad siger Sundhedsstyrelsen?

Vi har fra Dansk Skoliose Forenings side også henvendt os til Sundhedsstyrelsen med en forespørgsel om, hvorvidt der fra deres side ligger anbefalinger til enten praktiserende læge eller sundhedsplejersker ang. skoliosescreening. Kort sagt; hvor ligger ansvaret for at få diagnosticeret denne gruppe unge tidligt i forløbet?

Svaret fra Sundhedsstyrelsen var desværre, at de har besluttet ikke at indføre screening for idiopatisk skoliose, da de på nuværende tidspunkt ikke vurderer, at der er tilstrækkelig evidens for at indføre screening.

Vi er i Dansk Skoliose Forening selvsagt kede af Sundhedsstyrel-

sens udmelding og undres over, at der ikke kan henvises til nyere danske undersøgelser. Vi erfarer fra landets rygspecialister, at de ser den unge for sent i forløbet, og at de mener, der er et behov for screening af disse unge. Der er danske undersøgelser, der underbygger denne holdning, men i skrivende stund har vi ikke adgang til disse og kan kun håbe, at de kommer Sundhedsstyrelsen i hænde inden næste revurdering af sagen.

Kampagne til sundhedsplejerskerne på landets skoler.

Ud fra et ønske om at sætte fokus på skoliose i det hele taget, har Dansk Skoliose Forening derfor opstartet en kampagne rettet mod skolesundhedsplejersker i Danmark. Vi har udarbejdet en informativ brochure, der er stilet mod de unge med skoliose. Brochuren sendes til alle ledende sundhedsplejersker med ønsket om at distribuerer dem videre til skolerne.

Dansk Skoliose Forening har derudover et ønske om - på sigt - at ansvaret for screening kan ligge hos sundhedsplejersken på skolen. Også på trods af, at der ingen retningslinjer ligger pt for dette fra Sundhedsstyrelsens side. Dette fordi:

- Sundhedsplejersken ser denne gruppe unge netop i den alder, hvor Skoliosen debuterer.
- Sundhedsplejersken er faglig kompetent til at udføre undersøgelsen.
- Undersøgelsen er smertefri og enkel
- Lav økonomisk omkostning i

form af indkøb af skoliometer. Vi oplever at skoliosescreening allerede foregår som en naturlig del hos nogle af skolesundhedsplejersker. Det står skrevet at:

”Den kommunale sundhedstjeneste har fire væsentlige opgaver over for børn og

unge med sygdomme og symptomer i bevægeapparatet:

- Opsporing og henvisning af børn og unge med alvorlige lidelser i bevægeapparatet
- Vejledning om forebyggelse af rygsmerter
- Vejledning om behandling af rygsmerter
- Vejledning om erhvervsvalg i samarbejde med skolevejlederen

Både ved ind- og udskolingsundersøgelserne undersøges børnenes/de unges

rygge, og der henvises til egen alment praktiserende læge ved mistanke om sygdom

Scoliometer, Foto: Mizuho Osi

i ryghvirvelsøjlen med henblik på yderligere undersøgelser og evt. henvisning til speciallæge." (3)

Vi håber med denne artikel at kunne sætte fokus på skoliosescreening og opfordrer sundhedsplejersker i hele landet at tage dette behov i betragtning, når de alligevel ser børnene til skoleundersøgelse.

Fakta om Dansk Skoliose Forening:

Landsforeningen blev stiftet i 1990 af Linda Nygaard i samarbejde med professor, dr. med., overlæge Cody Bünger, Ortopædisk Hospital i Ãrhus, overlæge dr. med. Steen Bach Christensen, Rigshospitalet i København og overlæge dr. med. Karsten Thomsen, Odense Universitetshospital.

Foreningen drives af medlemmerne, der i kortere eller længere perioder lægger et stykke frivilligt arbejde i foreningens drift og med at opfylde foreningens hovedformål.

Dansk Skoliose Forening (DSF) er en frivillig patientforening, som henvender sig til mennesker med rygdeformiteter som Skoliose, Mb Scheuermann og Spondylolostese og deres pårørende og har til formål at:

- Skabe offentlig bevågenhed omkring rygdeformiteter, samt de psykiske og fysiske gener disse medfører for patienter og deres familier.
- At støtte og rådgive børn, unge og voksne med ovenstående rygdeformiteter og deres pårørende for at supplere det offentlige behandlingssystem, da ressourcerne her ikke altid er tilstrækkelige til at omfatte psykisk støtte.
- At etablere et landsdækkende netværk af kontaktpersoner bestående af tidligere og nuværende patienter og pårørende (for at skabe kontakt medlemmerne imellem)
- At danne forum for medlemmerne, så de kan udveksle erfaringer indbyrdes – ex ved møder i Rygcaféer i alle regioner, debatforum på DSF´s hjemmeside mv.

(Kilde: DSF´s Vedtægter 2010)

Litteraturhenvisninger:

1. Instruks for behandling af Adolescent idiopatisk skoliose OUH
2. Region Nordjylland praksisinformation
3. Skolesundhedsarbejde af Sundhedsstyrelsen + flere forfattere
4. DSF´s informationsmateriale
5. Link: Dansk Skoliose Forenings hjemmeside: www.skoliose.dk

DSF Dansk Skoliose Forening

På litteraturgruppens vegne,
Anette Sørensen

Litteraturanmeldelser

Titel: Sunde børns problemer – En bog til forældre og andre voksne.
Forfatter: Lars Rasborg
Forlag: Akademisk Forlag 1. udgave 1. oplag 2009
Sideantal: 141
ISBN: 978-87-500-4099-6

Anmelder: Mette Fonnesbæk, Sundhedsplejerske, Herning Kommune.

Lars Rasborg, som er pædagog og cand. Psych. og specialist i børnepsykologi skriver om, hvordan forældre under vejledning selv kan hjælpe deres barn – når de er usikre på om deres barns udvikling forløber godt - og om, hvordan andre, f.eks; daginstitutionen eller skolen, kan medvirke. Bogen handler desuden om, hvordan sider af børns personlighed i almindelighed kan forstås, og om, hvordan man kan støtte deres udvikling, før der opstår problemer.

Bogen beskriver 2 metoder – Spejling og jeg-støtte, som begge kan varieres på mange måder.

Spejling angår barnets indre tilstande, og går ud på at prøve at forstå de følelser, tanker og fantasier, som kan ligge bag et barns "problemadfærd", og fortælle forståelsen til barnet. Spejling er et alternativ til f.eks. at spørge barnet: "Hvorfor opfører du dig sådan?" eller bede det om at ændre sin opførsel. Det er det man ofte gør, men som sjældent virker, når problemet har en vis størrelse.

Spejling er en proces, hvor den voksne gradvist forsøger at forstå barnet – ved f.eks. at stoppe op og kigge bagud på det, der er sket, for at forstå det. Spejling er også en proces for barnet, som hjælper det med at forstå sig selv bedre.

Jeg-støtte angår barnets ydre handlinger, og består i at guide og hjælpe barnet gennem handlinger, som er vanskelige for det, fordi barnet er uroligt, ikke har lyst til at gøre det, som det skal eller er bange for at gøre det. Når den voksne giver barnet jeg-støtte, stiller han krav de krav, som han ved, barnet kan opfylde. Den voksne tager ansvaret for, at det går godt. Jeg-støtte er et alternativ til almindelig opdragelse, hvor kravene ofte stilles ud fra, hvad et barn på det pågældende alderstrin forventes at kunne magte. Jeg-støtte forløber ofte i tre faser; I første fase reagerer barnet imod støtten. Ande fase begynder, når barnet accepterer støtten eller tager positivt imod den. Tredje fase drejer sig om at aftrappe støtten.

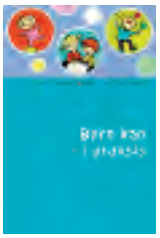
Bogen henvender sig til forældre, adoptivforældre, pædagoger, lærere, sundhedsplejersker, psykologer, familierådgivere, kommunale sagsbehandlere og andre, som arbejder med børn.

En god bog, hvor Lars Rasborg er dygtig til at belyse sine tankegange og metoder med cases fra den virkelige verden. Casene gør forståelsen lettere og mere brugbar.

Specielt kapitlet om "Spejling og pædaogik" er interessant, da det beskriver, hvordan spejling kan hjælpe, når almindelige pædagogiske metoder ikke rækker, og barnet har brug for at bliver forstået bedre.

Lars Rasborg har arbejdet meget med adoptivforældre, og som sundhedsplejerske, kan jeg klart gøre brug af det kapitel, hvor metoderne sættes i sammenhæng med de problematikker, der kan være med adoptivbørn.

Titel: Børn Kan – i praksis.
Forfatter Ben Furman
Udgivelsesår 2010
Antal sider 226 sider
Forlagets navn Hans Reitzels Forlag
ISBN 9788741253619



Anmelder Susanne Rank Lücke, sundhedsplejerske.

Ben Furman er ophavsmand til Jeg kan-metoden, der i 2005 blev

introduceret i Danmark. Ben Furman er psykiater og psykoterapeut fra Finland.

Bogen giver et kort beskrivelse af selve Jeg kan-metoden og er så opbygget med mange praksis oplevelser, fra mange forskellige steder i verden.

Praksisser, der viser, hvor mange forskellige måder metoden kan gribes an. At det er muligt at anvende hele metoden fra trin 1 til 15. Desuden beskrives også, at der i det virkelige liv – nogle gange er brug for at tage dele ud, bytte om eller kun anvende nogle af trinene i metoden.

Bogens beretninger om oplevelser med Jeg kan-metoden er inddelt efter alder – anvendt på aldersgruppen 3 – 14 årige.

Desuden er der beretninger om, hvordan metoden kan anvendes i grupper – større som mindre.

Bogen giver et indblik i metoden og anvendelsen af denne i praksis. Den kan til tider være lidt for 'succesfuld' – alt lykkes. Dette er Ben Furman opmærksom på – da han afslutningsvis gør sig klar, at beretningerne i bogen er skrevet om vellykket brug af Jeg kan-metoden. Ben Furman sig bevidst, at metoden ikke er et universalmiddel, men som skal arbejdes med og at der sker tilbagefald eller opstår forhindringer.

Inspirerende bog, når der arbejdes med børn i forskellige aldersgrupper og i forskellige situationer. Det er min overbevisning, at metoden eller dele heraf, kan indgå i meget arbejde med børn og unge mennesker.

Generelt en god bog, der kort giver indblik i metoden – og derved kan skabe nysgerrighed til at læse yderligere omkring Jeg kan.

Titel: "Det kilder"!
Forfatter: Janne Hejgaard
Forlag: Frydenlund, 2010
ISBN: 978-87-7887-802-1

Hvorfor kilder det så dejligt, når jeg rører ved min tissemand? Hvorfor må jeg ikke snakke om det? Hvad betyder fisse? Hvorfor kommer der blod ud af min mors numse? Hvordan bliver de små børn lavet?

Forfatteren oplever at seksuallivet er på mange måder en usynlig del af livet, selv i vores seksuelt overeksponerede nutid. Det er ofte det fysiske: kroppen, især kvindekroppen og kønsorganerne, der er eksponeret. Derimod er fokuseres sjældent på alle følelserne; lyst, usikkerhed, flovhed mv. Samtidig opleves det ofte svært for mange voksne at skulle tale om sex og følelser. Resultat er at børn kommer til at mange noget væsentligt.

"Det kilder"! er derfor et redskab, der kan anvendes i samtalen med barnet om sex og følelser. I bogen følger vi vennerne Johanne og William på 6 – 7 år, der leger sygehus, bliver kærester men ikke den slags kærester der kysser og forsøger at få svar på spørgsmål om sex, forplantning og køn hos forældre og søskende. Vi møder dem samtale med forældre og søskende om seksualitet og oplever dem til sidst tale sammen om den viden, de har erhvervet.

Bogen er skrevet af Janne Hejgaard, der har et rigt forfatterskab indenfor børnebøger bag sig. Den opleves læsevenlig med flotte illustrationer, der underbygger og skaber grundlag for yderligere dialog med barnet. Den henvender sig til børn i 6 – 7 års alderen og handler bl.a. om venskab, køn, sex og om at være kærester.

Bogen kan derfor anbefales til småbørnssundhedsplejersker og andre, der rådgiver i småbørnsfamilier.

Er du blevet inspireret og dermed fået lyst til at anmelde bøger?

Vejledning til udarbejdelse af anmeldelser findes på hjemmesiden, hvor anmeldelserne fra Sundhedsplejersken bringes i sin fulde længde – se: www.sundhedsplejersken.info eller Kontakt: anettesoerensen@fs10.dk

Formand

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

Næstformand

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
25.september 2010

Aflevering
Aflevering af materiale til Sundhedsplejersken: Indlæg sendes til redaktør Anette Sørensen. Tekster modtages på e-mail eller CD (vedlæg print).
Email: anettesoerensen@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 25.september

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 FMK

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

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

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

"Returneres ved varig adresseændring"

POST B

PP DANMARK