Nr. 5 | oktober 2010
32. årgang

Sundhedsplejersken

FAGLIGT SELSKAB FOR SUNDHEDSPLEJERSKER

WWW.SUNDHEDSPLEJERSKEN.INFO

Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse

5 Leder
6 Opslagstavle

Nyt fra bestyrelsen

8 Årets sundhedsplejerske – opråb
8 Legatuddelinger, August 2010
9 Nyt medlem af bestyrelsen

Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse

10 – et nyt princip i den danske velfærdsstat

Fag

22 Fædre i farezonen
32 At miste et barn sidst i graviditeten
36 Den gode børneopdragelse
44 Hvordan ser dine alkoholvaner ud – spørg til gravides forbrug af alkohol

Faglitteratur

50 Tag kampen op mod alkoholafhægighed
50 Det fordi..

Nyt fra Sundhedsstyrelsen

52 Skoliose
52 De reviderede anbefalinger
52 Sundhedsplejerskeuddannelsen
52 HPV vaccinen
53 Get Moving – før din far eller mor får syge ideer

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."

Sundhedspleje i hjemmebesøget – set i et nordisk perspektiv

Navnet for sundhedsplejersker er lidt forskelligt – helsesøstre i Norge, distriktssköterske i Sverige, heilsufrøðingur på Færøerne, osv. Det er derfor nærliggende at tro, at der er meget stor forskel på fag og opgaver der løses af sundhedsplejersker i de nordiske lande. I mødet mellem sundhedsplejersker fra flere nordiske lande udfolder der sig et billede af forskelle og ligheder.

Den største lighed bliver tydelig i talen om hjemmebesøget. Begrundelsen for denne metode, tilgangen til metoden og indholdet er næsten ens i den nordligste del af Europa, mens man stort set ikke finder anvendelse af metoden syd for os. En svensk distriktssköterske fortæller, at de lægger stor vægt på dette besøg "hvis man ikke kommer i hjemmet, så får man en meget dårligere kontakt i resten af forløbet".

I Norge lægger man vægt på, at dette er en unik chance for at se lidt længere bag om familiens facade, for at støtten til dem skal være bedre afstemt, og for at sundhedsplejersken kan være barnets advokat, hvor dette kan være nødvendigt.

I England (hvor man også går på hjemmebesøg til nyfødte, som en generel anvendt metode) har man The Health Visitor's opgjort i statistisk materiale, hvordan antallet af helt små børn udsat for vold steg i en periode, hvor der ikke var tilstrækkelig sundhedsplejersker til at dække behovet. Dette er anvendt som begrundelse for at beholde og opnormere denne faggruppe, som ellers var skubbet ud af andre sundhedsprofessionelle.

I Danmark bør vi værne om muligheden for at anvende en unik metode, som giver os en god relation med familien (mor og far), som giver mulighed for at opspore tidligt, og dermed hjælpe barn og familie til en tidlig indsats, hvor dette er nødvendigt. Vi bør bevare fokus på at være gode ammevejledere, at arbejde med tilknytning og relationer, fordi dette skaber beskyttende faktorer hos barnet, som det skal bruge resten af livet. Arenaen for denne indsats er optimal i hjemmet og væsentlig dårligere i en klinik, konsultation, et sundhedshus, osv.

Hvis vi vil nå de svageste, må vi fastholde tilbuddet til alle i de rette rammer. Måske passer det godt i et nordisk og nordeuropæisk familieperspektiv?

Formand Susanne Hede
Svolvær i Lofoten, 19. september 2010

Opslagstavlen

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

Hjælp til misbrugte

Ny håndbog for voksne, der som børn har været udsat for seksuelle overgreb

Mennesker, der som børn eller unge har været udsat for seksuelle overgreb, har ofte behov for hjælp. Men hvilke muligheder findes der? Det kan man få overblik over i en ny, elektronisk håndbog, "Senfølger af seksuelle overgreb i barndommen – oversigt over hjælpemuligheder for voksne", som Servicestyrelsen har udarbejdet i samarbejde med Socialministeriet.

Håndogen er er lavet som en oversigt over de tilbud, der er til målgruppen. Bogen beskriver bl.a. den hjælp, der kan hentes hos den privatpraktiserende læge, de frivillige centre, VISO og Servicestyrelsens psykologordning.

Håndbogen er en omarbejdet og udvidet afløser for hæftet "Støtte til seksuelt misbrugte" og kan downloades på Servicestyrelsens hjemmeside: www.servicestyrelsen.dk

Vejledning om indtag af mælkeprodukter

Fødevareinstituttet, DTU, har gennemgået den videnskabelige litteratur og vurderet hvilken rolle mælk, mælkeprodukter og ost har i den danske kost. Både i forhold generel sundhed og sygdomsforebyggelse og i forhold til indtag af næringsstoffer.

Rapporten fastslår, at et dagligt indtag af størrelsesordenen ¼ - ½ liter mager mælkeprodukt i forening med en kost som opfylder gængse kostråd, er hensigtsmæssig både når det gælder risiko for sygdom og opfyldelse af De Nordiske Næringsstofanbefalinger (NNA). Vil du læse rapporten – se www.altomkost.dk – Rapport om mælk vidensgrundlag og rådgivning

Sæt kryds i kalenderen …
Næste års landskonference for sundhedsplejersker finder sted den 9. – 10. Maj – Nyborg Strand

Endnu en sundhedsplejerske har disputeret

Anne Clancy, norsk sundhedsplejerske fra Harstad i Nordnorge, forsvarede sin PhD ved den Nordiska Högskolan for Folkhälsovetenskap i Gøteborg, fredag den 18. juni.

Titlen på Anne Clancys afhandlig er: Perceptions of public health nursing practice –on borders and boundaries, visibility and voice.

Annes afhandling bygger på observationer og interviewer med sundhedsplejersker, unge skoleelever, forældre og lokale samarbejdspartnere og myndigheder.

Et centralt resultat er at det er vigtigere for sundhedsplejersker at blive respekterede af de unge end at demonstrere autoritet eller opnå status.
Betydningen af de unges møde med sundhedsplejersken og vægten af kontinuiteten i disse konsultationer kan let blive undervurderet og usynliggjort, på grund af kontakternes natur, sundhedsfremmende indhold og kompleksitet.

Afhandlingen kan købes på NHV for 150 SEK ekskl. porto: kontakt: kirsi.gomes@nhv.se

Anne Clancy træffes selv på: anne.clancy@hih.no

Ina Borup
Docent på NHV

Så er det tid til at sende abstrakts/posters til School Nurse konferencen i Hong Kong fra den 25 juli 2011 til den 29 juli 2011.
Deadline for abstrakts og posters 31 oktober 2010. Læs mere på: sn.polyu.edu.hk/whocc/sni2011conf/committee.asp

Gymnastik på hjemmebane 1

Af Tine Munk Ramskov, Mette Thorsager Nielsen og Christian Skou Søndergaard, (20 s. hæfte)

Ideen med Gymnastik på hjemmebane er, at aktiviteterne skal være så selvkørende som muligt, så børn selv kan gå i gang med bevægelseslegene, når de har lyst til det. Det første initiativ skal dog komme fra en voksen.
Hæftet er bygget op omkring to terninger med tegninger, der skal inspirere til bevægelseslege. Det er en stor styrke, at børn selv eksperimenterer med bevægelseslegene.

Gymnastik på hjemmebane er ideer til kropslige aktiviteter uden for gymnastiksalen – udfordringer til leg og bevægelse for de 3-6-årige.

Kan rekvireres for 45 kr. på www.dgi.dk/butik

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker og Foreningen for ledere af sundhedsordninger for børn og unge i Danmark har sendt brev til Indenrigs- og Sundhedsminister, Bertel Haarder med opfodring til at ministeren snart finder en løsning på sundhedsplejerskeuddannelsen …
Læs brevet på: www.sundhedsplejersken.info

Deadline for Sundhedsplejersken nr. 6: 5/11 2010

Årets sundhedsplejerske 2011

Indstilling af kandidater til prisen som årets sundhedsplejerske 2011

Har du en eller flere kolleger, der fortjener at få anerkendelse i forbindelse med arbejdet som sundhedsplejerske,
og opfylder han/hun nedenstående
kriterier – så send dit forslag ind som beskrevet nedenfor.

Kriterier for at få prisen Årets Sundhedsplejerske er

- At arbejde som sundhedsplejerske i Danmark
- At arbejde for faglig udvikling eller faglige forhold
- At være medlem af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
- At være til stede ved overrækkelsen af prisen på Landskonferencen for Sundhedsplejersker 9. – 10. maj 2011.

Hvem kan få prisen?

- En enkelt sundhedsplejerske.
- En gruppe af sundhedsplejersker.
- En eller flere sundhedsplejersker samt en gruppe borgere, som har medvirket aktivt i opgaven.

Hvorfor gives prisen?

For en ekstra og speciel indsats i det sundhedsfremmende
og forebyggende arbejde til gavn for børn og unge i Danmark.
En indsats, som dokumenteret kan eller har givet større trivsel og/eller flere oplevelser til en gruppe børn og/eller unge, samt deres familier. Det vil sige, det skal være en indsats, der er realistisk planlagt og ønskes gennemprøvet eller en indsats, der er gennemført.
Prisen er 10.000kr (skattepligtigt) samt et diplom.
Alle Kandidaterne til prisen vil blive præsenteret i Sundhedsplejersken i april.

Hvordan indstilles til prisen?

En kort beskrivelse (max en A4 side) af den ekstra og specielle indsats sendes ind. Beskrivelsen skal være modtaget inden deadline.
Bedømmelseskomiteen består af en repræsentant fra Sundhedsstyrelsen,
formanden for DSR og et medlem af bestyrelsen for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker.

Send din indstilling til

Christina Louise Lindhardt, Sadolinsgade78, 5230 Odense M. eller mail til christinalindhardt@fs10.dk
Inden den 1 februar 2011

Læs mere om prisens historie og de tidligere års vindere på www.sundhedsplejersken.info

Legatuddelinger August 2010

Der er uddelt legat til følgende ansøgere:

- Klara Thorsen, Nuuk – Deltagelse i NoSb´s årsmøde i København
- Vibeke Bødker Thomsen, Bagsværd og Gitte Schwartz, Rødovre – VELB & ILCA Konference i Basel
- Hanne Kronborg, Århus - 15th International ASRHML Conference October 8-12, 2010

Der er i alt uddelt legater for kr. 12.000
Næste legatuddeling finder sted 15. januar 2011 – kontakt: anettesoerensen@fs10.dk

På bestyrelsens vegne
Anette Sørensen

Nyt bestyrelsesmedlem i Fagligt Selskab for sundhedsplejersker

Jeg hedder Kristina Winterskov Møller og er stolt over at være blevet en del af bestyrelsen ved Fagligt Selskab for sundhedsplejersker. Det er et fagligt selskab som har til opgave at videnssdele informationer, anbefalinger og bekendtgørelser og samtidig at fortælle den gode historie fra sundhedsplejerskens hverdag. Den årlige landskonference for sundhedsplejersker giver sundhedsplejersker mulighed for at diskutere faget på tværs af landet. Jeg glæder mig til at blive medansvarlig af disse opgaver. Jeg syntes, at det er vigtigt at vi holder vores fag i fokus i disse krisetider. Sundhedsplejen er et fag som udvikles hele tiden, og vores kompetencer specialiseres. Sundhedsplejersker møder dagligt forskellige børn, unge og familier som hver har deres egen historie som vi bliver en del af. Sundhedsplejerske faget er bredspekteret og jeg tror, at vi i fremtiden bliver specialister indenfor forskellige områder af faget. Jeg er skolesundhedsplejerske i Tønder Kommune, hvor jeg er en del af et skoleteam. Et af skoleteamets fokusområder er hvordan vi ved hjælp af nye metoder bevidstgøre skolebørn omkring deres egen sundhed.

Jeg blev uddannet sundhedsplejerske på CVU i Århus for 3 år siden. Jeg bor i Haderslev sammen med min familie. Ud over mit arbejde som sundhedsplejerske læser jeg ledelse på diplomniveau.

Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse – et nyt princip i den danske velfærdsstat

Af **Henriette Buus**, etnolog, ph.d. Leder af Greve Museum

Sundhedsplejerskernes indførelse i Danmark udgjorde et radikalt brud med den måde, den offentlige omsorg for borgernes sundhed hidtil havde været organiseret. Et brud, der har haft betydning for udviklingen af både sygepleje, sundhedspleje og velfærdsstat lige siden. Udviklingen af sundhedsplejerskeinstitutionen gennem de sidste 70 år har på godt og ondt forvarslet udviklingen af den velfærdsstat, som i dag er dominerende. Det korte svar: at Danmark i mellemkrigstiden indførte kommunale sundhedsplejersker pga. en for stor spædbørnsdødelighed har fra begyndelsen udvisket andre rationaler. Indførelse af sundhedsplejersker i Danmark indeholdt således kimen til en liberalistisk velfærdsstat, hvor staten gennem sundhedsplejerskerne fik direkte kontakt til den enkelte (familie). Herigennem fik staten indflydelse på borgernes indretning af livet og kunne samtidig overvåge borgernes liv på en måde, som tillige tilfredsstillede borgernes forventning om velfærdsservice.

Indledning

Med udgangspunkt i Rockefeller Foundations engagement i opbygningen af den danske "public health"(note 1), handler artiklen om, hvordan Sundhedsplejerskeinstitutionens historie hænger tæt sammen med indførelse af et nyt velfærdsprincip i Danmark. Dette princip blev gennem strategiske dannelsesprocesser indlejret som det mest naturlige både i den danske stats velfærdsservice, i sundhedsplejerskernes selvopfattelse og i befolkningens forventning til velfærdsstaten. Så naturligt, at det princip, som begyndte med sundhedsplejerskerne, i dag er så udbredt, at sundhedsplejerskernes arbejde, nemlig det forebyggende, ansvarsover¬dragende og overvågende sundhedsvæsen, er svært at skelne fra resten af social- og sundheds¬væsenet. Sundhedsplejerskernes historie er således en del af alle sygeplejerskers historie og en side af den danske velfærdsstats udvikling.

Sundhedsplejerskeinstitutionens historie

Den historie, som oftest fortælles om baggrunden for indførelse af sundhedsplejersker i Danmark, er, at sundhedsplejersker var løsningen på en for høj spædbørnsdødelighed i Danmark. En nærmere analyse vil vise, at spædbørnsdødeligheden var et vægtigt argument, men min analyse viser, at sundhedsplejerskerne også skulle opfylde langt større ambitioner end blot at sænke børnedødeligheden.

I mellemkrigstiden voksede initiativer til bekæmpelse af spædbørnsdødelighed frem over hele Europa. Spædbørnsdødeligheden blev diskuteret i Folkenes Forbund, og undersøgelser af årsager til dødeligheden blev sat i gang transnationalt. Spædbørnsdødeligheden var blevet et fællesanliggende for de europæiske stater, men hver stat fandt sine måder at bekæmpe dødeligheden på og begrundede bekæmpelsen med forskellige argumenter.

Initiativer i forhold til bekæmpelse af spædbørnsdødeligheden var således ikke nye, hverken i Danmark eller i det øvrige Europa. Det nye var, at der i mellemkrigstiden kom statslig bevågenhed på spædbørnsdødeligheden, hvilket medførte øget statslig intervention i bekæmpelsen. I Frankrig og England kom der statslige påbud og gradvis offentlig overtagelse af tidligere privatorganiserede ordninger. I Danmark valgte staten at etablere en helt ny institution til at varetage bekæmpelse af spædbørnsdødeligheden, nemlig sundhedsplejerskeinstitutionen. Fra slutningen af 1920'erne blev bekæmpelse af spædbørnsdødeligheden i Danmark stort set identisk med indførelse af sundhedsplejersker i de danske kommuner. Men hvad var baggrunden for, at den danske stat valgte netop denne løsning på spædbørnsdødelighedsproblematikken.

Her ses John D. Rockefeller(1839-1937) i en påskeparade i 1907 i selskab med Frederic T. Gates (1853-1929). Sammen med Rockefellers søn professionaliserede og internationaliserede de fra 1913 oliemagnatens filantropi. Fra 1920 støtter Rockefeller Foundation rigtig mange aktiviteter i Danmark ikke mindst indenfor sundhed og velfærd. (Det Kongelige Bibliotek).

Spædbørnsdødelighed som problem

Da Rockefeller Foundations direktør for International Health Division i Europa, George. K. Stroede, var på besøg i Danmark i 1928 forespurgte direktør Thorvald Madsen (1870-1957) fra Statens Serum Institut, om det kunne tænkes, at fonden ville støtte en undersøgelse af spædbørnsdødeligheden i Danmark. Folkeforbundets Hygiejnekomité, som Madsen var formand for, var netop ved at afslutte en undersøgelse af årsager til spædbørnsdødelighed i forskellige udvalgte distrikter i en række europæiske lande. Denne undersøgelse havde gjort indtryk på Madsen, og han ønskede at gennemføre en dansk pendant, da spædbørnsdødeligheden blev opfattet som et af de store samfundsproblemer, der kaldte på handling.

Stroede meddelte straks, at en sådan mortalitetsundersøgelse lå uden for Rockefeller Foundations virkeområde. I samme åndedrag sagde Stroede dog, at hvis en sådan undersøgelse kunne kombineres med at udvikle "public health nursing" i Danmark, var det muligt, at fonden alligevel kunne gøres interesseret. Men kun under forudsætning af, at hensigten var at etablere en permanent ordning med public health nurses i det lokale sundhedsarbejde.

Lov om tilskud til sundhedsplejersker

I 1936 blev lovforslag til "Lov om Bekæmpelse af Sygelighed og Dødelighed blandt Børn i det første Leveaar" fremsat i Rigsdagen. Af bilaget til lovforslaget fremgik, at 4.658 liv kunne have været sparet, hvis alle danske kommuner i de fem forsøgsår havde haft sundhedsplejersker. Det havde kostet meget arbejde for Sundhedsstyrelsens statistikere og Rockefeller Foundations udsendte medarbejder at fremskaffe dette tal og dermed give argumenter for, at midlet til bekæmpelse af spædbørnsdødelighed var at indføre sundhedsplejersker. Flere gange siden er disse beregninger blevet problematiseret . Det principielle er, at Rockefeller Foundations rådgiver hjalp Sundhedsstyrelsen med at få de tal frem, som viste et fald i spædbørnsdødeligheden som konsekvens af besøg af sundhedsplejersker. Hvis Sundhedsstyrelsen skulle skabe identitet mellem bekæmpelse af spædbørnsdødeligheden og indførelse af sundhedsplejersker, måtte forsøget nødvendigvis vise, at sundhedsplejersker fik spædbørnsdødeligheden til at falde, ellers kunne statens vilje til at bekæmpe spædbørnsdødeligheden ikke omformes til dannelse af en sundhedsplejerskeinstitution i »

Når familierne accepterede at få besøg af en sundhedsplejerske fremgik det ikke klart, at det også betød at oplysninger om familiens forhold blev nedfældet i sundhedsplejerskens journaler. Her ses en sundhedsplejerske fra 1945 i gang med at skrive den del af journalen, som kunne skrives under moderens nærhed. (Dansk Sygeplejehistorisk Museum).

Danmark. Sundhedsplejerskeordningens politiske legitimering var afhængig af dette. Et påvist fald i spædbørnsdødeligheden skulle bane vej for indførelse af sundhedsplejersker, og det var præcis det, som Rockefeller Foundation var blevet stillet i udsigt.

Almen og specialiseret sundhedspleje

Rockefeller Foundation anså "Lov om Bekæmpelse af Sygelighed og Dødelighed blandt Børn i det første Leveaar", som et første skridt på vejen til indførelse af "public health nursing" i Danmark. Fonden var dog ikke tilfreds med den sundhedsplejerskeordning, som Sundhedsstyrelsen opnåede i første omgang, og i de næste 25 år arbejdede fonden målrettet på at udvikle den danske sundhedsplejerskeinstitution. Fondens engagement i uddannelsen af sundhedsplejersker samt de ledende og undervisende sygeplejersker var et vigtigt middel til dette, men afgørende var også, de uddannelsesprogrammer, som centralt placerede danske sundhedsplejersker og sygeplejersker blev tilbudt.

Rockefeller Foundations officerer forsøgte i hele perioden at trække den danske ordning i retning af en almen ordning med "public health nursing", frem for det de kaldte den danske specialiserede sundhedsplejerske. Deres kritik gjaldt især tre fronter. For det første rettede den danske sundhedspleje sig kun mod mødre til spædbørn. Til forskel herfra var fondens koncept, at sundhedsplejersker skulle være familiens sundhedsmæssige rådgivere og læremestre gennem hele livet. For det andet ville medicinaldirektør Johannes Frandsen (1891-1968) slet ikke høre tale om, at sundhedspleje og hjemmesygepleje skulle foretages af en og samme person i et lokalområde. For Rockefeller Foundation var det

Sundhedsplejerskerne blev på Kursus for Sundhedsplejersker i Århus uddannet i en bred samfundsindsigt. Her ses sundhedsplejersker på skolen i færd med at læse aviser og lærebøger. (Dansk Sygeplejehistorisk Museum).

helt uforståeligt. Meningen med en sundhedsplejerske (public health nurse) var jo netop, at hun skulle være centrum i det lokale sundhedsarbejde. For det tredje kæmpede Frandsen en brav kamp for ikke at få sammenblandet sundhedsplejerskens opgaver med den sociale forsorg. Det var afgørende for ham, at der var vandtætte skodder mellem f.eks. sundhedsplejerskens arbejde og børneværnet. Rockefeller Foundation forstod ikke rigtig denne problematik, da fattighjælp og social kontrol i USA i høj grad blev varetaget af velgørende foreninger og lokale kirkesamfund.

Både medicinaldirektøren og fonden havde således strategier for, hvordan de skulle komme i kontakt med alle hjem, hvilket var vigtigt for begge parter. Rockefeller Foundation søgte at opnå det gennem hjemmesygepleje, som de vurderede, alle havde brug for. Frandsen mente, at dette mål kunne nås ved at sikre, at sundhedsplejen stod som det rene positive tilbud til befolkningen.

Trods forskellen mellem den sundhedsplejerskeordning som blev indført i Danmark i 1937, og de ønsker, som Rockefeller Foundation havde, stadfæstede "Lov om Bekæmpelse af Sygelighed og Dødelighed blandt Børn i det første Leveaar" dog et nyt princip i den danske velfærdsstat. Forskellen viser blot, at sundhedsplejen i Danmark måtte tage behørigt hensyn til landets historiske og strukturelle kontekst. Rockefeller Foundations fortsatte engagement i udvikling af dansk sundhedspleje viser, hvordan dette princip udfolder sig successivt gennem de næste 70 år for i dag at være dominerende princip i det danske sundhedsvæsen.

Et nyt velfærdsprincip

Trods forskelligheder anså medicinaldirektør Frandsen den danske specialiserede sundhedspleje for at være Rockefeller Foundations værk og et helt nyt element i det danske sundhedsvæsen. I den danske velfærdsmodel i trediverne, støttede staten befolkningsgruppernes organisationer eller sognekommunernes organiseringer, f.eks. sygekasser, menighedspleje, sygeplejeforeninger, arbejdsløshedskasser, hjælpekasser, lokale sundhedskommissioner mv., der i høj grad var organi- »

Her ses de første undervisningsledere Ellen Broe (1900-1994), Ellen Margrethe Schrøder(1907-1976) og Elisabeth Larsen (1900-1975). De havde et tæt samarbejde med Rockefeller Foundations 'public health nurses' under opbygningen af Kursus for sundhedsplejersker og for ledende og undervisende sygeplejersker. (Dansk Sygeplejehistorisk Museum).

seret i overensstemmelse med og ofte inden for samfundets forskellige livsformer.

Velfærden var decentraliseret forstået på en sådan måde, at den var lagt i hænderne på livsformernes organisationer, der lagde livet tilrette fra vugge til grav. Set fra den danske centralforvaltnings synsvinkel handlede det på dette tidspunkt om at integrere livsformerne på tværs uden at overskride deres grænser. Det lyder måske selvmodsigende. Pointen er imidlertid, at der på dette tidspunkt var stor opmærksomhed på ikke at forfordele nogle af samfundets livsformer. Livsformernes ligeværdighed var et bærende element i den danske forsvarsstrategi for at sikre den danske neutralitet, hvis de europæiske stater igen kom på kant med hinanden.

I modsætning til den danske velfærdsindretning i mellemkrigstiden indebar Rockefeller Foundations tanker om "public health nursing" i disse år, at sundhedsplejerskerne netop skulle formidle den direkte kontakt mellem staten og den enkelte (familie). Deres koncept var, at etablere et kraftigt decentralt centrum med direkte reference til en central myndighed. Pointen var, at sundhedsplejersken skulle føle, at lokalsamfundet var hendes, og lokalsamfundet skulle betragte sundhedsplejersken som deres. Samtidig var det en pointe, at alle de lokale sundhedsplejerske aktiviteter for den enkelte borger (offentlige som private) blev samlet via sundhedsplejersken. Det gjorde hende til et egnet middel i en central styring og overvågning. Forudsætningen var, at hun både var feltarbejder og efterretningsagent. Hendes opgave var at rådgive om, hvordan befolkningen bedst indrettede sig i deres dagligliv som sunde, arbejdsduelige og ansvarlige borgere og samtidig observere og indsamle oplysninger til en central sundhedsforvaltning, der derpå kunne planlægge nye interventioner. Grundlaget herfor var en gensidig tillid mellem sundhedsplejerske og den enkelte borger - og mellem sundhedsplejerske og Sundhedsstyrelsen. Sundhedsplejersken skulle være en slags "big sister", som både drog omsorg for og holdt øje med den enkelte borger.

Den første sundhedsplejerskeordning

Medicinaldirektør Frandsens organisering af den danske sundhedsplejerskeordning tog udgangspunkt i den konkrete situation. Hvis sundhedsplejerskerne skulle få succes i mellemkrigstidens Danmark, måtte ordningen etableres som en positiv udvidelse af den eksisterende velfærdservice uden at true denne og samtidig fastholde det nye velfærdsprincip, der blev indført med sundhedsplejerskerne.

Ved at fastholde sit perspektiv lykkedes det medicinaldirektør Frandsen at få indlejret en sundhedsplejerskeordning, som brød med den livsformsorganiserede velfærdsstat uden at true denne. Set fra dansk perspektiv blev sundhedsplejerskeordningen et velfærdstilbud, der bandt livsformerne sammen på tværs. Men samtidig blev sundhedsplejerskeordningen en institution, der brød med de hidtidige forvaltningsrelationer og indlejrede et nyt system, der havde en ny form for centralisering og efterretning i sig. En struktur, som gav staten direkte adgang til den enkelte borger med sundhedsplejersken som statens formidler. Et helt nyt princip for organisering af velfærden, hvor staten gennem professionelle fik viden om og gav service til den enkelte »

I 1970 fik skolen sin første sundhedsplejerskefaglige rektor, Bodil Dyhre, der havde det erklærede mål at reorganisere sundhedsplejen efter amerikansk model. Her ses hun sammen med undervisningsleder Elisabeth Larsen (th) og Ruth Hemstrup Hansen (mf). (Dansk Sygeplejehistorisk Museum).

(familie). Det princip, som Rockefeller Foundation advokerede for.

Det betød også en ny position for Sundhedsstyrelsen. Hidtil havde Sundhedsstyrelsen været rådgiver for de forskellige ministerier og for de kommunale sundhedskommissioner, blandt andet gennem embedslægerne. Embedslægerne havde på dette tidspunkt deres egen private lægepraksis ved siden af deres hverv som embedslæge. Med sundhedsplejersken blev Sundhedsstyrelsen i højere grad opsamlingssted for den viden, sundhedsplejerskerne indsamlede lokalt, og fik herigennem nogle nye værktøjer i hænde til at rådgive både opad og nedad, men også til at tænke strategiske tanker om fremtidens sundhedsvæsen.

Rekruttering og (ud)dannelse af sundhedsplejersker

Rockefeller Foundation diskuterede allerede under forsøget internt, at det nok ville munde ud i, at fonden burde tage initiativ til, at der blev oprettet en uddannelsesinstitution i Danmark, der kunne videreuddanne danske sygeplejersker til "public health nurses" i fondens forståelse. I forlængelse heraf ville fonden sætte midler af til at sende denne institutions undervisere til USA på fondens uddannelsesprogram.

Under forsøget forsøgte fondens udsendte rådgivere at plante idéen om denne uddannelsesinstitution til Sundhedsstyrelsens direktør Johannes Frandsen. Det ser ud til at strategien lykkedes. Da loven blev vedtaget, kom der en forespørgsel fra Frandsen til Rockefeller Foundation, om de nu ville støtte etableringen af en skole for "public health nurses" i Danmark. Resultatet blev etableringen af "Kursus for Sundhedsplejersker og for ledende og undervisende Sygeplejersker ved Aarhus Universitet", der startede i 1938. (Fra 1965 kendt under navnet Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet).

Kursus i Århus

Rockefeller Foundation fulgte tæt med i etableringen af "Kursus for Sundhedsplejersker og for ledende og undervisende Sygeplejersker ved Aarhus Universitet" (Kursus i Århus). Tre af fondens sygeplejersker deltog over de næste 20 år i udviklingen af skolen og i en lang årrække havde fonden tæt kontakt med og indflydelse på "Kursus i Århus" og var aktiv i at gøre Århus by et demonstrationsområde for Rockefeller Foundations ideer om "public health".

Sundhedsplejerskerne skulle have en treårig sygeplejerskeuddannelse bag sig for at gøre sig håb om at blive optaget på "Kursus for sundhedsplejersker" og dermed at tilegne sig de kompetencer, som medførte Sundhedsstyrelsens godkendelse. Men det var ikke nok at være sygeplejerske. Optagelse på kursus skete også på baggrund af en skriftlig ansøgning med efterfølgende interview med undervisningsleder Elisabeth Larsen (1900-1975). En gennemgang af flere årganges ansøgninger viser, at idealet for en sundhedsplejerske var en kvinde, der kunne balancere mellem at være beskeden uden at være veg. Hun skulle have autoritet uden at være autoritær, være grundig, men ikke pedantisk, have selvtillid uden at være overlegen og være selvstæn- »

Det ganske særlige ved sundhedsplejerskerne i Danmark var, at de cyklede rundt til alle danske familier med spædbørn. De skabte hermed en direkte formidling mellem statens budskaber og den enkelte familie og kunne samtidig bringe viden om familiernes adfærd og vilkår tilbage til de centrale myndigheder. Her ses seks sundhedsplejersker på vej ud til familier i Århus under ledelse af Else Weiergang, der var med til de første forsøg med sundhedsplejersker i Danmark.(Dansk Sygeplejehistorisk Museum).

dig, men lærevillig. At være modtagelig for kritik var afgørende. Samtidig skulle en sundhedsplejerske kunne fornemme de små tings store betydning uden at gå i petitesser, have et godt helbred og en stærk vilje og tro på vigtigheden af, at alle børn blev tilset med faste intervaller uanset vind og vejr. Den sidste egenskab hang selvfølgelig sammen med, at sundhedsplejersker - især i landdistrikterne - skulle cykle fra familie til familie. Det kunne nemt betyde en cykeltur på 70 km på en dag.

Skolens opgave var at sikre, at sundhedsplejerskestuderende efter ni måneder i videst mulig omfang opnåede denne balancerede optræden. "Kursus for sundhedsplejersker" blev ikke kun en uddannelsesinstitution, men blev omdrejningspunktet for sundhedsplejerskerne langt ud over de ni måneder, uddannelsen varede. Sundhedsplejerskerne spurgte undervisningslederen til råds, når de blev i tvivl eller trængte til en opsang. De bekendte deres usikkerhed, fejltagelser og urimelige vilkår overfor undervisningsleder Elisabeth Larsen, der støttede, gav milde reprimander og konstruktive forslag til forbedring af deres situation. Undervisningslederen havde ofte også en finger med i spillet, når stillinger sidenhen skulle besættes.

Denne centrale rolle gør det ikke mindre betydningsfuldt at se på Rockefeller Foundations store engagement i skolens udvikling. Rockefeller Foundations sundhedsplejersker godkendte så at sige uddannelsernes curriculum.

Rockefeller Foundations indsats betød, at alle generationer af sundhedsplejersker samt samtlige lærere på de danske sygeplejeskoler og de øverste ledere på de danske sygehuse fik en uddannelse med stærke elementer af fondens udgave af offentlig sundhedspleje. Alle lærere på "Kursus i Århus", en række centralt placerede sygeplejersker og sundhedsplejersker på sygeplejeskoler, sygehuse og i Sundhedsstyrelsen modtog fellowships fra Rockefeller Foundation til ét års ophold ved amerikanske universiteter med public health uddannelser. Fonden satsede på at få indflydelse på de personer, der skulle varetage den professionelle opdragelse af næste generation. Og det fik den.

Indretning og efterretning

En sideløbende analyse af Rockefeller Foundations støtte til indførelse af empirisk induktiv sociologi i Danmark viser nogle hovedprincipper i det velfærdskoncept, som fonden var med til at stimulere i Danmark gennem indførelse af sundhedspleje og amerikansk sociologi. De nye velfærdsprincipper kan kort beskrives med begreberne "indretning" og "efterretning". Disse to begreber forudsætter hinanden, og det afgørende i dette koncept er, at imødekommelse af en befolknings krav om individuel velfærdsservice »

går hånd i hånd med en stadig mere intim og subtil overvågning af den enkelte (familie). Den forebyggende sundhedspleje og den induktive empiriske sociologi er her to sider af en indrettende og efterrettende velfærdsstat.

Sundhedsplejersker formidler mellem staten og borgerne ved at indlejre måder at håndtere livet på, som er nødvendige for staten, på en måde så det giver mening for de enkelte livsformer. De optræder samtidig som efterretningsagenter, der kan give feedback om, hvordan statslige krav til borgerne omsættes og modtages i praksis, med henblik på at korrigere tiltag og planer.

Sociologer kan ud fra sundhedsplejerskernes efterretninger skabe prognostiske udsagn, hvorpå politikere kan basere deres beslutninger og skabe planer, der tager udgangspunkt i de allerede eksisterende forhold og i de rapporter om befolkningens modstand og krav, som feltarbejderes efterretninger giver oplysninger om. Alt dette sker inden for en forståelse af aktiviteterne som udtryk for en velfærdsstats omsorg for sine borgere.

I alle de år, jeg har beskæftiget mig med sundhedsplejen i Danmark, har diskussioner om, hvorvidt sundhedsplejersken skal betragtes som familiernes advokat eller samfundets kontrollant stået på. Ved at betragte den forebyggende sundhedspleje som en udøvelse af både indretning og efterretning fremstår disse to funktioner som hinandens forudsætning. Sundhedsplejerskerne opnår gennem deres intime kendskab til den enkelte (familie) mulighed for at forsvare netop denne måde at håndtere samfundets krav, samtidig med at sundhedsplejersken herigennem kan berette om detaljer i borgernes liv, som kan bruges til fremtidig kontrol af samme borgere, nu ikke som individer, men som identificerbare ønskværdige eller uønskede adfærdsformer.

Udviklingen af "public health"

I perioden fra 1937 og frem til i dag er den form for "public health", som Rockefeller Foundation kæmpede for at indføre gennem sundhedsplejerskerne i Danmark, blevet udfoldet, modnet og spredt ud over en hel række professioner inden for social og sundhedsvæsenet, og samtidig er den blevet indlejret i befolkningen. Nu er stort set alle enige om, at råd om forebyggelse er en legitim statslig intervention i den måde, det enkelte individ indretter sit liv på. Det er umiddelbart frivilligt om den enkelte (familie) følger rådene, men da ansvaret i større og større grad lægges over på den enkelte (familie) følger en social tvang, der er med til at få alle til at rette ind. Mange borgere tilbydes nu forebyggende sundhedssamtaler enten under indlæggelse på sygehus, hvor en naturlig del af alle sygeplejerskers og sundhedsassistenters omgang med patienterne inkluderer forebyggende oplysninger, eller ved tilbud om forebyggende sundhedssamtaler hos den praktiserende læge, som nogle gange varetages af en konsultationssygeplejerske, eller ved de forebyggende børneundersøgelser eller hjemmebesøgene hos alle over 75 år.

Danmarks Sygeplejerskehøjskole og dens helt specielle rolle i at omforme det danske sundhedsvæsen til at inkorporere "public health" på alle niveauer udspillede sin rolle for nogle år siden. "Public health konceptet" er nu en integreret del af sygeplejerskeuddannelsen og sundhedsplejerskeuddannelsen en af mange specialiseringer i sygeplejefaget, og over den ligger et helt system af akademiske videreuddannelsesmuligheder.

Noter

Note 1: Jeg har valgt at bibeholde ordene "public health" på engelsk i stedet for at oversætte det til "folkesundhed", "forebyggende sundhedspleje", "offentlige sundhedspleje" eller andre danske begreber, da "public health" i den amerikanske forståelse integrerer forebyggelse og pleje og ikke er offentligt finansieret, men skal være tilgængelig for alle og i den forståelse "Public".

Litteratur

Artiklen er baseret på det foredrag jeg holdt ved Dansk Sygeplejehistorisk Museums 10-års fødselsdag den 27. august 2009. Artiklens indhold er grundlæggende baseret på min artikel i "Sygepleje i fortid og nutid – historiske indblik" (3). Det empiriske og litterære grundlag er mine to bøger (1 og 2) som der henvises til vedrørende direkte referencer. Historien om Rockefeller Foundations indflydelse på den danske sundhedspleje findes uddybet i reference 2.

1. Buus, Henriette (2001): Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse – en kulturteoretisk og kulturhistorisk analyse af velfærdsstatens embedsværk. København: Museum Tusculanums Forlag, 2001.
2. Buus, Henriette (2008). Indretning og efterretning. Rockefeller Foundations indflydelse på den danske velfærdsstat. 1920-1970. København: Museum Tusculanums Forlag, 2008.
3. Buus, Henriette (2008): "Sundhedsplejerskernes historie". In: Glasdam, Stinne og Bydam, Jens (red): Sygepleje i fortid og nutid – historiske indblik. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s 199-219.

Fædre i farezonen

– En fødselsdepressions indvirkning på tilknytningen

Af **Helle Lindegaard Nielsen**, sundhedsplejerske i Frederiksberg Kommune

Som sundhedsplejersker har vi snart længe haft fokus på fødselsdepressioner hos mødre. Vi ved hvilke tegn vi skal holde øje med, hvem der kunne være i større risiko for at få fødselsdepression og hvordan vi kan støtte en nybagt mors tanker, frustrationer og tilknytning til sit barn. Men hvordan forholder det sig så, når den nybagte far er den, som bliver ramt af fødselsdepression? Jeg har som nyuddannet sundhedsplejerske valgt at sætte fokus på fædre med risiko for at udvikle en fødselsdepression, som jeg har beskæftiget mig med i min afsluttende og praksisnære eksamens opgave.

Introduktion

For både mænd og kvinder er det at få barn og blive forældre ofte psykologisk og identitetsmæssig voldsomt og omvæltende. Hos nogle bliver følelserne så stærke, at de får brug for hjælp, og så kaldes det en fødselsdepression eller efterfødselsreaktion. Begge betegnelser er almen kendt og bruges i flæng. Dog forsøger chefpsykolog på Rigshospitalet, Svend Aage Madsen (Madsen), at definere en fødselsdepression, som værende en psykisk lidelse omfattende alvorlige behandlingskrævende kriseaktioner, angsttilstande og evt. også enkelte psykotiske reaktioner af en vis varighed (Madsen, 1996). En efterfødselsreaktion klinger hurtigere af og er forskellige reaktioner på enten alvorlige begivenheder i situationen med det nyfødte barn, eller forværring af angst eller ikke psykotiske tilstande (Gullestrup, 2008).

I mange kommuner anvendes Edinburgh skalaen (EPDS) af sundhedsplejersker til forebyggelse og screening af debuterende fødselsdepressioner hos mødre. Som pendant til EPDS, kan man benytte Gotlandsskalaen til fædre, som fokuserer på forskelligheden i mænd og kvinders fødselsdepression. Hos kvinden ses bl.a. ofte nedsat stemningsleje, uoverkommelighedsfølelse, træthed og skyldfølelse. Manden kan have de samme symptomer som kvinden, men kan samtidig være mere irritabel, søger måske grænser eller arbejder ekstremt og søger væk fra hjemmet. Det kan gøre det sværere for sundhedsplejersken at opdage problemerne (Gullestrup, 2008).

EPDS blev i 2000 også valideret til brug til mænd og resultatet viste, at ca. 7 % af både førstegangs- og flergangsfædre har en fødselsdepression. Til sammenligning er der international enighed om, at 10-14 % kvinder får en fødselsdepression målt med EPDS (www.sundmand.dk).

Ser vi på sundhedsfremme i relation til depression, er det af afgørende betydning, at også fædre har mulighed for at drøfte deres tanker i forhold til deres nye identitet. Jeg ser derfor en vigtighed i, at sundhedsplejersken er opmærksom på den nybagtes fars følelsesmæssige reaktioner ovenpå fødslen, hvilket kan være svært, hvis ikke han er deltagende til andet end etableringsbesøget.

En interviewundersøgelse i Roskilde blandt nybagte sårbare fædre konkluderer, at mange fædre føler sig skubbet ud på sidelinien af det professionelle system (Reinicke, 2005). En undersøgelse i København viste desuden, at sundhedsplejerskerne kun registrerede psykiske problemer hos 1,5 % af fædrene, hvilket ikke helt stemmer overens med de 7 % fædre som menes at have en fødselsdepression. Resultaterne taler for, at vi sundhedsplejersker ikke opdager alle de udsatte fædre. Madsen mener, en del af forklaringen kan skyldes, at fædrene ikke deltog i alle besøgene, og at symptomerne

ikke normalt forbindes med det at blive far (Madsen, 2002). Vi må i denne forbindelse også huske på at andre faggrupper som f.eks. egen læge og jordmoderen møder familien i andre sammenhænge og har dermed også en forebyggende og sundhedsfremmende forpligtigelse.

Til trods for vores faglighed og sundhedsstyrelsens anbefalinger om at inddrage faderen på lige vis med moderen, må jeg forholde mig kritisk til, at førende forskning på området stiller spørgsmålstegn ved, om sundhedsplejersken formår at nå fædrene (Madsen, 2002 og Reinicke, 2005). Formår sundhedsplejersken at støtte faderen tilstrækkeligt i en fødselsdepression? Udenlandske forskningsundersøgelser viser, både mor og far, ofte ikke turde tale med sundhedsplejersken eller lægen om deres psykiske trivsel, af skræk for at blive stemplet som dårlige forældre (www.godsocialpraksis.dk). Ligeledes viser forskning, at børnenes emotionelle og kognitive udvikling er dybt afhængig af mor og fars samspil og psykiske tilstand (Galler m.fl., 2000).

Både mor og far er blevet ældre, før de får deres første barn (www.dst.dk A). At forældrenes alder er steget betyder, at bedsteforældrene ligeledes er blevet ældre, hvilket kan give en konflikt i forhold til, hvem de nybagte forældre skal bruge som rollemodeller. Opvækstvilkår og rollemodeller spiller en stor rolle når årsagen til fødselsdepression skal findes, hos manden, såvel som hos kvinden. Det kan virke tyngende og uoverskueligt at stå med sit nyfødte barn i armene og sætter gang i en indre proces, der griber fat om faderens opvækststhistorie (Gullestrup, 2008).

Nogle fædre er i større risiko end andre for at udvikle fødselsdepression, og jeg har i min afsluttende eksamens opgave koncentreret mig om de fædre, som er mere sårbare i forhold til opståen af psykiske problemer, relateret til deres faderrolle. Fædre har større risiko, hvis de for eksempel har uafklarede og manglende omsorg gennem opvæksten, nedsat evne til refleksivitet, problemer i parforhold og økonomi, samt angst for samspillet med barnet (Madsen, 2002).

Fædre med risiko for fødselsdepression

Det synes klart, at der er mange fællestræk og årsagssammenhænge ved fødselsdepression hos »

fædre, såvel som mødre, under forældredannelsesprocessen gennem graviditet, fødsel og spædbarnstid. Madsen påpeger, at det er relevant ikke kun at beskæftige sig med symptomer på individplan, men at se på de psykiske reaktioner på flere forskellige niveauer: individuelle, relationelle plan og planet for egen udvikling (Madsen, 2002). I denne artikel nøjes jeg med se nærmere på det individuelle og relationelle plan.

Det individuelle plan:
På det individuelle plan ses, at fædre med risiko for at få fødselsdepression, bl.a. kan have en følelse af håbløshed, angst, skyldfølelse, søvnløshed og nedvurdering af sig selv som far. Men samtidig også mere generelle tanker vedrørende faderens forældreskab, er kendetegnende på det individuelle plan, både for depressive, men også for fædre uden psykiske problemer.

Mænd er generelt udsat for et stigende forventningskrav om at skulle være involveret i spædbarnsperioden, men samtidig ikke bekymre deres partner med de negative følelser og tanker, som kan fylde i den første tid. Det accepteres generelt ikke, at fædre taler om deres bekymringer og angst, som kan opdeles i fire hovedtemaer, hvoraf jeg i min opgave har koncentreret mig relations- og præstationsangst.. Alle fædre kan have bekymrende tanker uden, at det nødvendigvis behøver at betyde, at de udvikler fødselsdepression, men for nogen griber bekymringerne og angsten om sig og får en uoverskuelig karakter.

Præstationsangst vedrører ængstelsen omkring, om småbørnsfaderen kan klare det ansvar, der hører med til at have et barn – både det finansielle og det emotionelle ansvar, som ofte drejer sig om at gøre verden til et bedre sted for barnet (Madsen, 2002).

En anden reel angst er relationsangst. Her oplever faderen bekymring for at moderen er herre over, hvor tæt en relation faderen kan få til barnet. Angsten kan bunde i faderens egen oplevelse af tilknytning til hans forældre

eller mangel på samme, hvilket var kendetegnende for en del af de sårbare fædre et projekt for sårbare fædre i Roskilde. Modsat kan relationsangst også handle om, at faderen er bekymret for at blive skubbet til side i forhold til moderen, når barnet tager al moderens tid. Relationsangst kan dermed bunde i to problemstillinger (Madsen, 2002).

Det relationelle plan:
På det relationelle plan ser man fædrenes oplevelse af samspil med barnet og ansvaret for det. Hos fædre med fødselsdepression kan opstå tanker om at skade barnet, angst for barnets reaktioner og behov og herudover et ønske om at være fri fra barnet. Sådanne tanker ses også ved den kvindelige fødselsdepression, og Madsen beskriver to orienteringer indenfor det relationelle plan, som værende af betydning for udvikling af fødselsdepression. De to orienteringer relaterer sig begge til fædrenes ønske om nærhed og samspil med barnet, hvor den relationelt orienteret far realiserer dette ønske, og den ikke-relationelt orienteret far ikke gør det. Den stærkt relationelt orienteret far har faderskabet og spædbarnet i centrum, og hans prioriteringer flyttes markant. Jeg vælger at beskrive det ikke-relationelt orienteret far, da denne, ifølge Madsen, kan være i større risiko for udvikling af fødselsdepression.

Den ikke-relationelt orienteret far beskriver faderskabet som en begrænsning af sin livsudfoldelse og føler besvær ved samværet med barnet. De forandringer, som er opstået i hans liv, beskrives af negativ og indskrænkende art, og måske er forventningen om en kommende relation noget, der ligger i fremtiden, når barnet er blevet større. Den ikke-relationelt orienterede far har behov for at lægge afstand til barnet og fastholde værdier fra før forældreskabet (Madsen, 2002). Nogle af symptomerne på fødselsdepression er som tidligere nævnt irritation, vrede og at søge væk fra hjemmet, som i forhold til ovenstående, måske ville kunne forstærke en ikke-relationel orientering.

Madsen vurderer at udvikling af nærhed og tilstedeværelse med barnet rummer relationelt engagement og indre personlighedsprocesser, som påvirker hinanden til at danne et godt fundament for en tryg base for barnet (Madsen, 2002).

De to orienteringsformer vil ikke nødvendigvis præge forholdet mellem far og barn gennem hele opvæksten, men Madsen understreger at mænd i ligeså høj grad som kvinder, er i stand til at udvikle et relationsorienteret forældreskab.

Fars tilknytning til sit barn
Et af Bowlbys hovedbegreber omhandler en tilvejebringelse af en sikker base. Han beskriver basen som værende en base, hvorfra barnet kan gå ud i verden og vende tilbage igen i sikker forvisning om, at det vil blive budt velkomment, når det kommer, og få fysisk og emotionel støtte. Basen kan udgøres af både mor og far, som skal være til rådighed og være parat til at reagere, når der er brug for opmuntring eller hjælp (Bowlby, 2008).

Hvis en far med risiko for fødselsdepression kan have problemer ved at udgøre en sikker base for sit barn, vil det sandsynligvis også kunne have en betydning i forhold til, hvilket tilknytningsmønster barnet udvikler. Bowlby præsenterer i sin teori tre primære tilknytningsteorier, samt de familiebetingelser, der fremmer dem. Det er gældende for dem alle, at de udfolder sig i adskillelses- og genforeningssituationer (Bowlby, 2008). Af de tre primære tilknytningsmønstre vil jeg nu se nærmere på den ængstelig og klæbende tilknytning. Årsagen til at jeg vælger at fokusere på et utrygt tilknytningsmønster, er ud fra Madsens konstatering af, at man har fundet langt større repræsentation af utrygt tilknyttede børn af forældre med depressioner, end blandt børn af forældre uden sådanne lidelser. Ifølge Madsen besidder fædre til utrygt tilknyttede børn ikke evnen til at fungere refleksivt i samspillet med barnet, som beskrevet tidligere (Madsen, 2002).

Den ængstelige og klæbende tilknytning er kendetegnet ved, at barnet ikke er sikkert på, at dets forældre vil være til rådighed og reagere og hjælpe, når der er brug for det. Mønsteret fremmes, hvis forælderen er let tilgængelig og hjælpsom i nogle situationer, men ikke i andre og at barnet evt. oplever adskillelser fra mor eller far (Bowlby, 2008).

Hvis barnet tilegner sig det ængstelige og klæbende møn- »

ster, vil det pga. usikkerhed være tilbøjelig til at udvise adskillelsesangst og være klyngende og bange for at udforske verden. Undersøgelser viser, at når tilknytningsmønsteret omkring 2-3 års alderen er etableret, er det tilbøjeligt til at vare ved. Det skyldes bl.a. at den måde, en forælder behandler sit barn på, er tilbøjelig til at fortsætte uændret, hvilket betyder at mønstret kan holde sig selv ved lige. Et ængsteligt barn er ofte klynkende og omklamrende, og barnets adfærd kan udløse en uheldig reaktion fra forældrene, således at der sættes en ond cirkel i gang (Bowlby, 2008). Hos en far med risiko for fødselsdepression, kan det betyde ekstra pres og stress, og dermed øge utilstrækkelighedsfølelsen af ikke at være en god far. Den onde cirkel kan dog brydes for børn, som har oplevet manglende tryghedsskabende omsorg og dermed skabe tryghed for deres egne børn engang. Det kræver, at de er i stand til at have en sammenhængende og organiseret erindring og fortolkning af deres barndoms tilknytningserfaringer (Madsen, 2002).

Konklusion

Jeg kan overordnet konkludere, at sundhedsplejersken kan med en øget bevidsthed og viden omkring faderens angst, omsorgsmodel, refleksivitet og opvækst betingelser, opnå mulighed for at forstå og forklare en far med risiko for at få en fødselsdepression. For at opnå en større forståelse og forklaring på faderens tilknytning til sit barn må sundhedsplejersken have en viden omkring den sikre base og sammenhængen med de heraf udviklede tilknytningsmønstre.

Med en øget viden om præstations- og relationsangst kan sundhedsplejersken være opmærksom på hvilken betydning disse har i udviklingen af hans faderskab og risiko for fødselsdepression. Hvis angsttankerne tager overhånd kan faderen få brug for hjælp til at håndtere og danne refleksion omkring hans bekymringer og derved nedsætte risikoen for at en fødselsdepression bliver aktuel.

Faderens omsorgsmodel, både den relations og ikke-relationsorienterede, hænger sammen med de opvækstbetingelser og omsorg, han selv har fået som barn. Ved at sundhedsplejersken har opmærksomhed og viden omkring disse omstændigheder, kan hun få større forståelse for faderens risiko for fødselsdepression, og hvordan hans opvækst kan påvirke hans tilknytning til sit barn.

Der ligger en stor sundheds-

fremmende indsats for sundhedsplejersken i alle familier i forhold til at støtte tilknytningen mellem barnet og dets forældre. Tilknytningen ikke har mindre betydning mellem et barn og dets far, ligeledes at vigtigheden for fokus på tilknytning hos en far med risiko for at udvikle en fødselsdepression kun øges. Med viden og indsigt i den sikre bases elementer og betydning kan sundhedsplejersken få forståelse for, hvilket tilknytningsmønster barnet udvikler, og hvilken støtte faderen kan have behov for.

Efter denne opsummering i konklusionen ser jeg sammenhæng mellem alle begreberne i forhold til faderskab, depression og tilknytning. Jeg ser desuden sammenhænge mellem en fars risiko for fødselsdepression og en mor i samme situation. Opvækst, angst, evnen til at reflektere og omsorgsmodeller spiller også en betydelig rolle i forhold til en mors evne til at opnå den sikre base og får et trygt tilknytningsmønster. Derved kan konklusionens konsekvenser for praksis formentlig i større omfang overføres til mødre i samme situation og dermed give bredde til en ellers mere snæver problemstilling.

Konklusionens konsekvenser for sundhedsplejepraksis

Der er ingen tvivl om at sundhedsstyrelsens vejledning lægger op til, at vi også skal inddrage faderen i vores besøg. Set ud fra min konklusion vil det også kun være gavnligt, hvis sundhedsplejersken kan støtte op om en far med risiko for fødselsdepression. »

Flere fædre fra Reinickes projekt fremhævede også at de savnede at blive inddraget mere når sundhedsplejersken var på besøg.

Som nævnt i indledningen, påpeger Madsen at vi som sundhedsplejersker ikke opdager nok fædre med fødselsdepression, og han nævner i den forbindelse at vi, som en del af det professionelle system, ofte antager, at fædre ikke har det samme behov for støtte og hjælp, som mødre (Madsen, 2002). Jeg ser en vigtighed i, at sundhedsplejersken kan åbne op for emnet omkring fødselsdepressioner hos mænd, hvilket måske kan fjerne angsten for at tale med en professionel om deres psykiske trivsel som nævnt i indledningen. Skrækken for at blive stemplet som dårlig far sidder i mange, og vores viden om at endnu færre mænd end kvinder søger hjælp for en fødselsdepression, understreger vigtigheden af at sætte fokus på emnet (www.godsocialpraksis.dk).

Hvis jeg ser på konklusionens konsekvenser på individplan, er der en række sundhedsfremmende tiltag, som ville være relevante at beskæftige sig med. Når sundhedsplejersken i et etableringsbesøg inddrager faderen i samtalen, kan hun med fordel spørge ind til hans egen opvækst, tanker omkring barnet og de bekymringer, han evt. måtte have i forbindelse med hans faderrolle. Dette ville give sundhedsplejersken viden om, hvad der spiller ind i forhold til faderens angsttemaer. Samtidig kan hun danne sig et indtryk af hans evne til at reflektere og dermed kunne vurdere, om denne far måske kunne have en øget risiko for udvikling af en fødselsdepression. Faderen vil føle at hans deltagelse under besøget er af betydning, og han vil måske vælge at deltage ved næste besøg. Sundhedsplejersken kan bestræbe sig på at spørge konkret og nysgerrigt til hans oplevelse af den nye identitet. Hun kan være aktivt opsøgende og tage udgangspunkt i sin viden om faderen i risiko for fødselsdepression. Måske endda tilrettelægge hendes besøg efter hvornår på dagen faderen kan være til stede. Dermed imødegår hun faderens behov og giver faderen følelse af anerkendelse og medbestemmelse.

"Udfordringen ligger i at få faderen til at prioritere sundhedsplejerskens besøg og herved få mulighed for at dele hendes viden om fødselsdepression"

Ved anvendelse af Gotlandsskalaen kan sundhedsplejersken få en første pejling og fornemmelse for, om faderen er i farezonen for at udvikle en fødselsdepression. Hvis faderen udfylder spørgeskemaet, samtidig med at moderen udfylder EPDS, kan det give grundlag for en god diskussion og refleksion omkring deres nye tilværelse som forældre, og hvad det gør ved dem. Reinicke påpeger i sit projekt også, at flere depressioner ville blive opdaget, hvis man fra kommunens side havde en standardprocedure med at spørge ind til fædrenes behov og ønsker (Reinicke, 2005).

Nogle af symptomerne på fødselsdepression er som tidligere nævnt irritation, vrede og at søge væk fra hjemmet, som måske ville kunne forstærke en ikke-relationel orienteret omsorg. Jeg ser her en udfordring for sundhedsplejersken i at støtte en fødselsdepressions ramt far i at opnå et relationelt orienteret forhold til sit barn og dermed give de bedste betingelser, for at en sikker base kan dannes. Udfordringen ligger i at få faderen til at prioritere sundhedsplejerskens besøg og herved få mulighed for at dele hendes viden om fødselsdepression, hvilke tegn begge forældre kan være opmærksom på hos dem selv og hinanden.

Indsatsen kunne på samme måde have indflydelse på tilknytningen mellem far og barn, da sundhedsplejersken får mulighed for at dele sin viden om den sikre base. Herved kan hun støtte faderen i hans samspil med barnet og danne grundlag for, at barnet udvikler et trygt tilknytningsmønster. Dette ville samtidig gavne søskende i familien, hvis forhold også kan påvirkes af en depressionsramt far.

Jeg ser en stor vigtighed i at begge forældre ved hvor de kan hente hjælp hvis det bliver nødvendigt. En pjece rettet til både far og mor vil understrege at fødselsdepression kan ramme begge køn. Ved at rette alle breve angående deres barn til forældrene og ikke blot moderen vil også sende »

et signal om at vi gerne møde begge parter i vores besøg (Reinicke, 2005). Det vil medvirke til kvalitativ udvikling af sundhedsplejen, hvis vi sammen med vores tværfaglige samarbejdspartnere, f.eks. jordmødre og praktiserende læger, får sat fokus på problemstillingen. Vi bør tilrettelægge vores møde med familien, ud fra en selvfølge om også at inddrage faderen på lige fod med moderen.

Hvis jeg ser på konklusionens konsekvenser på gruppeplan, vil det være oplagt, hvis sundhedsplejen kan tilbyde fædre med særlig risiko for fødselsdepression at mødes i en fædreklub. For netop fædre i farezonen, vil skabelsen af netværk kunne udvikle empowerment og måske bidrage til øget refleksion indbyrdes i gruppen. Et sådan tiltag ville kunne styrke fædrenes bevidsthed omkring deres rolle som far og give dem mulighed for at dele praksiserfaringer og de mere følelsesmæssige aspekter med andre fædre vedrørende deres faderskab (Reinicke, 2005).

På samfundsplan er det klart at det kræver tid, ressourcer men også prioritering, at sundhedsplejersker skal opnå viden og forståelse indenfor denne problemstilling, samt etablering af tiltag som fædreklub og anvendelse af Gotlandsskalaen.

Nyeste tal fra Danmarks Statistik viser en stigende tendens til, at fædre tager længere barsel end tidligere (www.dst.dk B). Den moderne far engagerer sig ofte meget i graviditeten, det ventede barn og i deres egen forberedelse på at blive far i et samfund, hvor der er sket en forandring med den traditionelle faderrolle (Reinicke, 2005).

Jeg forestiller mig derfor, at der i fremtiden, vil være større behov for at have mere fokus på fædre i risiko for fødselsdepression og medinddragelsen af dem. Det ville også give sundhedsplejersken større mulighed for opsporing af fædre i farezonen, hvis fædre vælger at tage del i barselsorloven og vil deltage i hendes besøg. Standardisering af sundhedsplejerskens kerneydelser, kan derfor blive rettet mere konkret mod fædres tilknytning til deres børn. Det er uvist, om det overhovedet er muligt at standardisere denne kerneydelse, og om det er muligt at måle såkaldte bløde værdier som fædres tilknytning og depression. Specielle tiltag for fædre ville være en prioritering i den enkelte sundhedsplejegruppe og vil være afhængig af værdigrundlaget. Ligeledes kan tilbuddets omfang også afhænge af kommunens økonomiske ressourcer. Jeg forestiller mig, at det ville være til debat i den enkelte sundhedsplejegruppe og være til diskussion, hvorvidt det skal erstatte et andet sundhedsplejetilbud.

Litteraturliste

- Bowlby, John (2008): En sikker base – tilknytningsteoriens kliniske anvendelser. 1. udg. 6 oplag. Frederiksberg: Det lille Forlag. S. 14-27, 32-39, 134-148.
- Galler, Janina R. m.fl. (2000): Maternal Depressive symptoms Affect Infant Cognitive Development in Barbados. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 41 : s. 747-757
- Gullestrup, Lise og Terp, Inger Merete (2008): Fødselsdepression. 1. udg., 1. oplag. København: Psykiatrifondens forlag. S. 9-33, 41-71, 157-169.
- Madsen, Svend Aage (1996): Bånd der brister – bånd der knyttes. 1. udg. 1 oplag. København: Hans Reitzels Forlag A/S. S. 185.
- Madsen, Svend Aage (2002): Fædres tilknytning til spædbørn. 1. udg., 1. oplag. København: Hans Reitzels Forlag A/S. S. 13-15, 59-88, 144-145, 159-181, 198-236, 239-264.
- Reinicke, Kenneth (2005): Hva' med far. Mænds forventninger og erfaringer med at blive far. Projekt Forud Roskilde Kommune. S. 1-24, 26-28, 30-32, 35-51.
- Sundhedsstyrelsen (2007):Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge – anbefalinger. København: Version 1.1 Sundhedsstyrelsen. S: 24-28.
- Websider og webadresser:
- http://menneskeret.dk (30.4.2010): http://menneskeret.dk/Internationalt/FN/FN+om+b%c3%b8rn
- www.dst.dk A (16.05.2010): http://www.dst.dk/Sites/KVM/Befolkning/gnst_alder_foedende.aspx
- www.dst.dk B (19.05.2010): http://www.dst.dk/Sites/KVM/Arbejdsmarkedet%20og%20familieliv/orlov.aspx
- www.godsocialpraksis.dk (26.4.2010): http://www.godsocialpraksis.dk/ShowExample.aspx?ExampleID=300
- www.sundmand.dk (28.4.2010): http://www.sundmand.dk/Maend_FD_resiult_31._jan_2006.pdf

- Om Helle Lindegaard Nielsen: Underviser på Hvidovre Ungdomsskole i babysitning og yder frivillig rådgivning hos Børns Vilkår. Helle kan kontaktes på E - mail: lindegaard80@hotmail.com

Sundhedsfremmende og forebyggende indsats **i forbindelse med forældre, der har** mistet deres barn i sidste del af graviditeten

Af **Lise Meyer**, nyuddannet sundhedsplejerske, ansat på børneafdelingen på Herning sygehus

En engelsk undersøgelse (ref.) har vist, at kvinder der har mistet deres barn i graviditetens sidste trimester har større risiko for at udvikle angst og depression under næste graviditet med følge for at true tilknytningen til det nye barn. Dette forekommer ofte i de tilfælde, hvor sorgen over tabet af det første barn ikke er blevet bearbejdet tilstrækkeligt hos kvinden. Der ligger derfor en vigtig opgave for sundhedsplejersker i at tilbyde disse kvinder støtte i den sorg de har gennemlevet samt være der og anerkende dem i den "nye" følelsesmæssige rolle med bl.a viden om mor-barn tilknytning og dennes betydning for det lille barns sundhed og udvikling.

Årligt er der cirka 1,0 % af alle kommende forældrepar der mister deres ufødte barn i graviditeten. Disse forældre gennemlever en sorg, der har store følelsesmæssige konsekvenser for dem, både her og nu og i fremtiden. At miste et barn under graviditeten sætter mange tanker, følelser og behov i gang hos forældrene. Det er en livslang rejse at bearbejde tabet, hvorfor der bør ydes støtte og vejledning fra sundhedsplejerske og evt. den tværfaglige gruppe.

I juni 2010 blev jeg færdiguddannet sundhedsplejerske fra VIA University College i Århus. I forbindelse med min afsluttende opgave valgte jeg at se på de psykologiske faktorer som kvinden gennemlever når hun mister sit barn i graviditeten, og hvordan sundhedsplejersken kan hjælpe kvinden på vej gennem sorgen.

Kvinden og moderrollen

Ifølge Daniel Stern (Ref.) forbereder kvinden sig til moderrollen allerede når graviditeten indtræder. Fysisk forandrer kroppen sig – kvinden mærker barnet vokser, og psykisk danner hun billeder af sig selv som mor med det lille barn. Daniel Stern kalder det for forestillingsbilleder af fantasibarnet og er normalt i forberedelsen til at blive mor. Billederne forstærkes i løbet af graviditeten. I 7. – 8. måned vil fantasibarnet være færdigbygget for kvindens bevidsthed. Kvinden, der mister sit barn i graviditeten får ikke udlevet disse billeder, og det medfører, at den begyndende tilknytning til barnet, specielt fra 7. måned følelsesmæssigt sætter nogle andre aspekter i spil hos hende i forhold til at miste end hos manden. Hun holder fast i sine forestillingesbilleder og har ofte en lang større skyldfølelse over at have mistet sit barn end manden.

Støtte til kvinden, der mister sit udfødte barn, er meget betydningsfuld. Det er en traumatisk oplevelse for hende, og det kræver en hurtig etablering af hjælp fra tværfaglige grupper, så kvinden kan komme igennem tabet på bedste vis. Kvinden har brug for hjælp til at søge en accept og forståelse for, hvad hun gennemlever – men der er ikke altid et svar. Dermed handler det om, for os som fagpersoner, at turde være til stede og få skabt grobund for et tillidsfuldt forhold til kvinden.

Derfor har det undret mig meget, at sundhedsplejersken ikke nævnes i litteraturen som en kyndig fagperson, der kan hjælpe kvinden i den sorg hun gennemlever ved at have mistet sit barn i graviditeten. Og hvorfor ikke? Som sundhedsplejersker besidder vi en faglig viden i forhold til mor-barn tilknytningens betydning både under og efter en graviditet, hvilket gør os til en omsorgsperson, der kan tage vare på kvinden og det efterforløb, der er hende i vente over tabet af det lille ufødte barn. For vi må ikke glemme at, sundhedsplejersker kan være synlige i disse situationer. Vi kan rumme de mange følelser forældrene har og hjælpe dem med at sætte ord på oplevelserne.

Forældre med et særligt behov for hjælp og støtte

Det bliver vigtigt, at sundhedsplejen slår sig fast at vi er en relevant faggruppe som forældrene kan trække på også i sorgen over at have mistet deres barn samt tiden efter. For at opnå en forebyggende og sundhedsfremmende indsats for disse forældre kan vi tilbyde dem vores støtte og nærvær i det mellemled, der ofte opstår når forældrene udskrives fra sygehuset til opfølgningssamtalen 4 – 6 uger efter tabet af deres ufødte barn. Den mellemliggende periode bliver af de fleste forældre betragtet som en Ingenmandsland. Det er svært for dem at komme hjem og møde hverdagen, familien og vennerne igen. Forældrene er fyldte med tanker og følelser over savnet af barnet. De har brug for nogle til at samle dem op! Det er her sundhedsplejerskens arbejde kan få en vigtig betydning for forældrene når det handler om, at støtte dem igennem sorgen ved at få talt og blive hørt i deres oplevelser. Men hvad skal til for at sundhedsplejersken må træde ind, og hjælpe disse forældre med et særligt behov for omsorg.

Hvordan kan sundhedsplejersken hjælpe kvinden igennem den sorg hun gennmelever ved at miste sit barn i graviditeten?

Ifølge Lis Hillgaard et al (Ref.) må vi forstå, at når man mister et barn i graviditeten betyder det for kvinden, at hun vil gennemgå en sorgproces, der rummer stærke følelser og tanker. Det bliver et langt og smertefuldt forløb for hende, som også påvirke hende sjæleligt, da de håb og forventninger hun havde til fremtiden som mor og for sit kommende barn mistes. At miste betyder for kvinden, at hun i sorgen gennemgår tre forløb; fortid, nutid og fremtid, som hun vil bevæge sig frit i mellem før processen er bearbejdet for hende.

I fortiden skal kvinden både forstandsmæssigt og følelsemæssigt forholde sig til det faktum, at hun har mistet sit barn i graviditeten. Båndene til det lille ufødte barnet bliver revet over, og hun har kun minderne tilbage om den fremtid, der var. I nutiden får det at mistet sit barn en ny betydning for kvinden. Hun skal igen se sig selv i forhold til omverden og genfinde hendes plads i den. Det er ofte svært for hende, hvis ikke hun har nogen at støtte sig op af, som manden, familien, venner eller relevante fagpersoner. I fremtiden bliver det vigtig for kvinden, at se udover den fordybelse hun har været i efter at have mistet sit barn for igen at kunne se ind i fremtiden, og åbne nye døre for en ny tilværelse. Som sundhedsplejersker ved vi, at kvinden, der mister sit ufødte barn aldrig vil glemme hændelsen, men med støtte og hjælp vil hun kunne lære at leve med den.

For at vi som sundhedsplejersker kan hjælpe kvinden på vej gennem sorgen, og finde en forståelse for kvindens handlinger gennem Lis Hillgaards teori om sorgprocessen må vi søge tilbage til Kari Martinsens (Ref.) teori om at gøre os tilliden værdig hos kvinden. Kari Martinsens teori bygger på en grundlæggende værdiforudsætning, om at tage vare på hinanden. Det kaldes livsytringer, hvor tilliden indgår. Livsytringerne bliver synlige i vore handlinger, og tilliden bliver vigtig for sundhedsplejersken, når hun skal indgår i en relation med kvinden, der har mistet sit barn i graviditeten. Bliver tilliden bærende i deres indbyrdes relation vil der opstå et afhængighedsforhold, hvor kvinden får brug for sundhedsplejerskens hjælp til at finde vej i sorgen, da mennesket ikke er noget i sig selv alene.

Vi skal være bevidste om, at der altid vil være en vis forbeholdenhed til stede i starten af et tillidsforholdet, og det er vigtig at vi respektere denne før vi kan blive kvindens tilid værdig. Kari Martinsens teori er ikke udpræget handlingsanvisende for hvordan vi opnår at blive tilliden værdig, og dog. Det handler om, at vi er bevidste om brugen af vore kommunikative færdigheder både verbalt og non-verbalt. Tonen, blikket og stemmen i samtalen er vigtige redskaber for os samtidig med at vi tør at være til stede i rummet og i samtalen med kvinden. Vi skal give kvinden rum og tid til at ville udlevere sig i samtalen, og blive imødekommet derved har vi skabt tilliden.

For at kunne hjælpe kvinden og skabe et tillidsforhold til hende i sitautionen skal vi, som sundhedsplejersker, kende vore kompetencer og herigennem udvise en oprigtig interesse og villighed for situationen uden at vi træder over i omsorgens "udartninger", hvor enten sentimentalismen eller paternalismen tager over i vore handlinger, og vi mister tilliden til kvinden.

Vores tillidsforhold til kvinden »

skal opbygges gennem anvendelsen af autoritetsstruktur og svag paternalisme. Her anvender vi vores faglige viden på bedste vis i forhold til situationen samtidig med at vi respektere kvindens selvbestemmelsesret i det omfang, at det ikke er til skade for hende. Det handler om at være oprigtig i vore handlinger og beslutninger ved at besidde evnen til at sætte os ind i kvindens sorg over at have mistet sit ufødte barn.

Implementering af Graviditetsbesøg

For at vi ikke i fremtiden skal overse de kvinder, der mister deres barn i graviditeten, og de ikke skal overse os som en hjælpende ressourceperson, ser jeg en mulighed i graviditetsbesøget, som en obligatorisk implementering i enhver kommune. Hele sundhedsplejens fundament beror på at vi arbejde sundhedsfremmende og forebyggende. Set i forhold til kvinden, der mister sit barn i graviditeten, kan det til tider være svært for os at udfylde rollen på en sundhedsfremmende og forebyggende måde - for som på en hver anden sti kan der ligger forhindringer der tager tid at passere, hvilket betyder, at vi som sundhedsplejersker måske ikke høre om kvinden, der har mistet sit barn eller oplever situationer hvor, kvinden ikke ønsker sin sundhedsplejerske skal komme til en samtale. Og hvorfor sker dette?

Med implementering af graviditetsbesøget kan vi måske få ryddet nogle af forhindringerne på vores sti af vejen. Graviditetsbesøget muliggør, at vi møder de kommende forældre i eget hjem, som den eneste fagperson, hvilket giver os et godt billede af den kommende familie og deres forventninger til den nye situation. I det tilfælde kvinden mister sit barn i graviditeten vil vi, fra tidligere besøg, på forhånd kende kvinden, og kende de forestillinger, hun havde af sig selv og sit barnet i graviditeten. Relationerne mellem os vil være gode, da tilliden ikke først skal skabes, hvor situationen følelsesmæssigt er allermest svær. Vi kender hinanden, og vil derfor ikke blive bertragtet som en "fremmed" i mødet eller samtalen.

Etableringen af kontakten til kvinden, der mister sit barn i graviditeten, fører videre til det tætte samarbejde, der ligger i kvindens næste graviditet. Dette leder mig tilbage til starten, hvor det nævnes, at kvinder der mister deres barn i sidste del af graviditeten har en større risiko for at udvikle angst og depression ved næste graviditet, hvis ikke sorgen er blevet tilstrækkelig bearbejdet. For at vi som sundhedsplejersker kan støtte og anerkende kvinden i hendes "nye" moderrolle i forhold til det lille barns udvikling vil en implementering af graviditetsbesøg være en mulighed for at opspore disse kvinders behov for hjælp så tidlig som muligt.

I enhver situation er det tilliden der er altafgørende for vore handlinger, og med tillid kanvi komme lang. Det kræver dog, at vi har de rette forhold i vores virke for at kunne opnå denne tillid vi ligeledes ønsker for at arbejde sundhedsfremmende og forebyggende i de situationer, som hvor kvinden har mistet sit barn i graviditeten eller hvor hun bliver gravid igen. Jeg ved, at en implementering af graviditetsbesøget vil blive på bekostning af noget andet, og kan blive et spørgsmål om, at argumenter for og imod graviditetsbesøgets indflydelse for vores arbejde på sigt. Men det afholder mig alligevel ikke fra at stille spørgsmålstegn ved om graviditetsbesøgets funktion ikke vil skabe en mere forebyggende og sundhedsfremmende virkning hos forældrene, det kommende barn og på vores arbejde. Så tør vi lade være?

Om Lise Meyer:
Lise Meyer er netop færdig uddannet sundhedsplejerske. Artiklen er udarbejdet på baggrund af Lises afsluttende opgave på sundhedsplejerskestudiet.

Referenceliste

Dansk Sygepleje Råd (2007). Fremtidens sundhedspleje i kommunerne. Dansk Sygepleje Råd.
Eliklit, A., Jind, L. (1999) Forældrereaktioner efter spædbarnsdød. København: Forlaget skolepsykologi.
Hillgaard, L., Keiser, L. og Ravn, L. (2000). Sorg og krise. København: Nordisk Forlag.
Hughes, P. (2002) Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study.
Martinsen, K. (2006). Samtalen, skønnet og evidensen. København: Gads Forlag.
Stern, D., Freeland, A., & Bruschweiler-Stern, N. (1999). En mor bliver til. København: Hans Reitzels Forlag.
Sundhedsstyrrelsen (2008). Fødselsregisteret 1. halvår 2008 (foreløbig opgørelse). København: Sundhedsstyrrelsen.
Sundhedsstyrrelsen. (2007). Forebyggende sundshedsydelser til børn og unge - anbefalinger. København: Sundhedsstyrrelsen.

Den gode børneopdragelse

Af **Maria Due**, sundhedsplejerske i Fredensborg Kommune

De seneste ti år er der forekommet en stor stigning i udgivelser af bøger om børneopdragelse. Alene de sidste tre år (2007-2010) er der udgivet tretten bøger om emnet (se boks 1). Hvis man tilsvarende kigger på, hvad der ellers rører sig i medierne eksploderer det med hjemmesider, foredragsvirksomheder, kurser, brevkasser, artikler, radio og især TV, hvor kendte fagfolk udtaler sig om børneopdragelse. Denne eksplosion i "børneopdragelses-stof" peger på, at forældre har et behov for at få hjælp til børneopdragelsen. Hvorfor er dette behov blevet så stort? Hvad skrives der om børneopdragelse anno 2007-2010? Og hvordan kan den viden blive interessant for sundhedsplejersken? Dette og lidt mere forsøger denne artikel at give nogle svar på.

Børneinddragelse i stedet for børneopdragelse

Når de tretten bøger læses og sammenlignes ud fra nogle generelle temaer som: opdragelse som begreb, opdragelsesstil, børnesyn og opdragelsesværdier, fremstår der et mønster, som viser en overraskende entydig tilgang blandt forfatterne til temaerne. Jeg vil derfor indledningsvist ridse de tydeligste holdninger op.

Holdningen til opdragelse som begreb bevæger sig i bøgerne væk fra opdragelsesbegrebet i sin traditionelle betydning og overmod begrebet børneinddragelse. Børneinddragelse er kendetegnet ved en ligeværdig voksen-barn relation. De forfattere, der tager afstand fra begrebet børneopdragelse, begrunder det med, at den traditionelle forståelse af opdragelse indebærer en magtrelation, som ikke er ligeværdig (1,2,3). Opdragelsen skulle traditionelt set forandre og rette børn til. Børn skulle *drages op* fra en ufuldstændig børneposition til en fuldstændig voksenposition (4). Men børn skal ikke ændres, de skal inddrages i fællesskabet (3).

Den accepterede opdragelsesstil beskrives som en autoritativ opdragelsesstil, hvor forældre er tydelige, tager ansvar og lederskab og giver de bedste udviklingsmuligheder for børn. Forældre bliver for eksempel tydelige i deres forældreskab ved at bruge jeg-udsagn (1,2,3,5). Når forældre bruger jeg-udsagn bliver de personlige og svarer barnet på en respektfuld måde såsom: *"Jeg vil have, at du…" "Jeg vil have, at du lader være med" i* stedet for at være anklagende og angribende såsom: *"Du er også altid så umulig, hvorfor er der så meget ballade med dig ?"* (5).

I bøgerne er det gennemgående syn på børn, at børn er kompetente, medbestemmende og aktive deltagere i deres eget liv. Børn skal overdrages ansvar, når de er parate til det, hvilket de ofte er tidligere end mange voksne tror. Sammenfattende handler det om frihed under ansvar (vel at mærke: forældreansvar). Forældre skal markere spillebanen med nogle tydelige hjørneflag, gerne en anelse lidt længere ude end, de tror børn kan klare. Det er værre med en for lille bane, end en for stor! (6). Forældre må hellere forvente lidt for meget af deres børn end for lidt. Derudover hersker der en hos samtlige forfattere entydig holdning om, at skældud skader børn. Børn skal behandles med respekt og må ikke krænkes, hvilket ikke overholdes, når voksne skælder ud.

Og endelig i forhold til opdragelsesværdier er forfatterne stort set enige om, at børn først og fremmest skal opdrages til selvstændighed og ansvarlighed (1,5,6,7,8). Disse værdier matcher de krav, der stilles i samfundet.

Det er interessant, hvor enige forfatterne til de tretten bøger stort set er i forhold til de fire temaer. Dette kan sandsynligvis forklares ud fra deres faglige baggrund, som for de flestes vedkommende har rod i pædagogikken og psykologien (se boks 2). Når populærlitteraturen sammenlignes med den faglige litteratur, bliver det tydeligt, at den nyeste viden og teori om børneopdragelse har haft indflydelse på de

populære bøger, som forældre læser i dag. Med dette kan man mene, at forældre og sundhedsplejersker i øvrigt kan være trygge ved at læse bøgerne, da de kan forsvares rent fagligt. På den anden side, viser det sig, at bøgerne alligevel formår at skabe en vis forvirring omkring de helt konkrete hverdagssituationer, som for eksempel måltidet. Her er rådene mange og flertydige, hvilket muligvis kan forklare, hvorfor forældre alligevel virker usikre i deres opdragelse på trods af, at de har alle de rigtige bøger på hylderne. Dette vender jeg tilbage til senere i artiklen.

Sundhedsplejersken som vejleder i børneopdragelse

Når det er relevant for sundhedsplejerskens praksis at beskæftige sig med børneopdragelse generelt handler det om, at sundhedsplejersken skal fremme en sund og god opvækst for børn (9). Forældres opdragelse har en stor betydning for børns opvækst (4), og derfor er det vigtigt, at børn bliver mødt med en opdragelse, der giver de bedste udviklingsmuligheder. En opdragelse, hvor der ikke forekommer fysiske såvel som psykiske overgreb på børn. Sundhedsplejersken skal desuden medvirke til *"(…) at udvikle familiens evne til selv at mestre udfordringer og vanskeligheder forbundet med det at have børn."* (9, s.23). At, forældre har mange spørgsmål og betragter børneopdragelsen som en stor udfordring, er et faktum, der understreges af den store eksplosion i børneopdragelsesstof i medierne. Derfor er det vigtigt, at sundhedsplejersken først og fremmest er med til at påvirke forældres børneopdragelse, så den er fremmende for en god og sund opvækst; og dernæst, at sundhedsplejersken er orienteret i ny litteratur om opdragelse, så hun har større belæg for at vejlede forældre og kan hjælpe dem med at navigere i de mange forskellige råd, der bliver givet.

Hvordan skal man opdrage, hvis man ikke må slå?

I 1980 mente 70 procent af danskerne, at fysisk afstraffelse "med måde" var et naturligt led i børneopdragelsen. I 1997, hvor revselsesretten blev afskaffet, var tallet nede på 23 procent (10). I dag mener 8 procent af danske forældre stadig, det er i orden at give børn en endefuld (5). Tallet er faldet støt de sidste

""Hvad er opdragelse?" blev den otteårige spurgt. "Det er, når nogen er blevet slået og så slår videre på deres egne børn," svarede han."

(Sigsgaard, 2007: 127)

30 år, men, som der også skrives i pjecen fra Børns vilkår og Komiteen for Sundhedsoplysning, er det vigtigt fortsat at have fokus på børneopdragelse for at sikre, at der ikke bliver begået overgreb på børn (5). Og dette skal ses i lyset af, at 8 børn om året dør som følge af vold fra deres forældre (11). Ophævelsen af revselsesretten har muligvis været med til at skabe en del usikre forældre og et stort behov for børneopdragelsesbøger; for hvordan skal man opdrage, hvis man ikke må slå? (12).

Tendensen i mediernes generelle udbud af information og viden er en direkte følge af det moderne samfunds teknologiske udvikling, hvor særligt Internettet gør det muligt at følge med i den sidste nye viden. Derfor er det måske ikke så mærkeligt, at der »

bliver skrevet og sagt mere om børneopdragelse i dag end for 20 år siden. Men der er også andre interessante forklaringer på, hvorfor der er et konstant behov for at skrive nye bøger om børneopdragelse. I medierne hører man ofte beskrevet, at børn ikke er, som de tidligere har været. Det er ikke sjældent, at børn bliver stereotypiseret som: radarbørn, curlingbørn, forkælede børn osv. (13). Og budskabet er blandt andet, at børn er blevet mere uopdragne, og forældre ikke opdrager deres børn "ordentligt" mere. En forklaringerne på dette fænomen kan være, at der faktisk ikke er noget i vejen med hverken børn eller forældre i dag; men at de har ændret sig i takt med, at samfundet har ændret sig (14).

Modernitetsprægede kontra traditionsprægede forældre

I 1960'erne og fremefter begyndte kvinderne for alvor at indtage arbejdsmarkedet (15), hvilket medførte nogle radikale ændringer for familien og skabte den postmoderne familie, som vi kender den i dag. Og dermed kom nogle helt nye begreber som: toforsørgerfamilien, dobbeltsocialisering, den symmetriske familie, forhandlingsfamilien, og modernitetspræget forældreskab (4,15,16). Omkring det modernitetsprægede forældreskab skriver seniorforsker Anne-Dorthe Hestbæk, at der i højere grad forekommer en nytænkning i forhold til forældrenes egen opvækst, hvorimod der i det traditionsprægede forældreskab forekommer større kontinuitet (17). Der er i det postmoderne samfund tale om en aftraditionalisering, hvor modernitetsprægede forældre ikke per automatik overfører de normer og værdier, de selv er blevet opdraget med; men reflekterer over dem og viderefører dem kun, hvis det kan begrundes ud fra deres egne værdier og normer.

"I dag fordømmer vi fysisk afstraffelse. Det samme vil ske med skældud. Men først når vi som samfund erkender, at det vitterligt er dybt krænkende."

En undersøgelse fra Socialforskningsinstituttet viser, at det er modernitetsprægede forældre, der er de største brugere af bøger om børneopdragelse, og flere mødre end fædre (18). Hvorimod de traditionsprægede forældre i højere grad benytter sig af familie og venner i spørgsmål om børneopdragelse. Bøger tager som regel udgangspunkt i den nyeste teoretiske viden, hvorimod familie og venner typisk videregiver traditionel viden om opdragelse (18). Derfor vil der stadig være en del børn i Danmark, som får en mere traditionspræget opdragelse. Eksempelvis viser undersøgelsen, at forældre med stærk lønarbejderlivsform, forældre uden boglig uddannelse og forældre med indvandrerbaggrund er signifikant mere traditionsprægede i deres opdragelse (18). Udfordringen for disse forældre er at opdrage deres børn til at kunne klare sig i et samfund, der gør krav på modernitetsprægede værdier som fx selvstændighed, fantasi og kreativitet (4). Udfordringen for de modernitetsprægede forældre er derimod, at de ofte bliver mødt med forventninger om, at børn skal "opføre sig ordentligt", hvilket stammer fra traditionelle opdragelsesværdier (14,19). Det kan være forventninger de møder fra andre mere traditionsprægede forældre eller fra voksne af en anden generation (fx bedsteforældre); og det kan skabe problemer og usikkerhed hos forældre, når børn dømmes ud fra en anden tids normer og værdier (13). Men udfordringen for de modernitetsprægede forældre ligger også i faren for forvirring. Når der ikke er nogle tydelige normer og værdier, som lægger kursen for deres opdragelse, er der risiko for, at forældre står tilbage med en følelse af afmagt og usikkerhed på deres egen rolle. For nogle betyder det måske, at de griber fat i alle de råd og vejledninger, som de møder (som bekendt kan være flertydige). Dermed ændres kursen hele tiden for deres opdragelse, og de når ikke at mærke efter, om det egentlig er opdragelse efter deres eget hjerte.

I den sammenhæng er det relevant at reflektere over, hvordan vi som sundhedsplejersker selv kan være traditionsprægede eller modernitetsprægede i vores tilgang til opdragelse. Hvor er det vi henter vores om opdragelse fra? Er den hentet fra vores egen erfaring, fra vores forældre eller er den hentet i litte-

raturen? Sundhedsplejerskers egen tilgang til opdragelse, traditionspræget som modernitetspræget kan muligvis forklare, hvorfor vores vejledning ikke altid bliver mødt med forståelse i de familier, vi kommer i.

Findes der en "rigtig" børneopdragelse?

Et nærliggende spørgsmål må være, om børneopdragelseslitteraturen er et udtryk for, hvad der virker i praksis, så sundhedsplejersken kan støtte sig til dette i sin vejledning til forældrene?

En overvægt af forfatterne skriver indledningsvist, at deres bog er skrevet på baggrund af mange års erfaringer og ikke på baggrund af teorier eller veldokumenteret forskning (1,2,3,7,20,21,22,23). Derfor er det nærliggende at antage, at deres vejledninger og gode råd rent faktisk giver mening i en praktisk virkelighed med børn. Samtidig viser det sig, som tidligere beskrevet, at deres tilgang de generelle opdragelsestemaer ligger bemærkelsesværdigt tæt op ad den teoretiske litteratur. Dette giver muligvis sundhedsplejersken endnu større belæg for at støtte sig op af denne tids børneopdragelseslitteratur i sin vejledning. Dog ses der generelt en pragmatisk tilgang til mange konkrete opdragelsessituationer. Det er sjældent, at forfatterne leverer en færdig opskrift på, hvordan børn skal tackles i forhold til for eksempel måltider, søvn osv). De opfordrer i stedet for forældrene til at mærke efter, hvad der føles rigtigt. Som mange af dem skriver, er der forskel på børn, og forskel på forældre. Det, der er rigtigt i den ene familie, er ikke nødvendigvis rigtigt i en anden familie. Sundhedsplejersken kan altså vejlede generelt i forhold til en accepteret holdning og indstilling til børn og opdragelse, men i konkrete situationer findes der ikke altid færdige løsninger. Her må hun støtte forældrene i at opdrage med hjertet og ikke med hjernen. Hvis forældre påtager sig en opdragerrolle, som de har svært ved at identificere sig med bliver det sjældent vellykket (1). Derfor skal sundhedsplejersken også være varsom med at pådutte en modernitetspræget opdragelse i familier, som er traditionsprægede. Så længe opdragelsen er omsorgsfuld og kærlig, og der ikke forekommer krænkelser eller overgreb, er opdragelse til traditionelle normer og værdier ikke et problem i sig selv. Det kan derfor give mening at forsøge at tilpasse sin vejledning henholdsvis til en modernitetspræget familie og til en traditionspræget familie, så barnet oplever en helhjertet opdragelse.

Større fokus på skældud

Når der kigges tilbage i opdragelseshistorien er der eksempler på, at et fokus på, hvordan vi bedst opdrager vores børn, kan ændre på forældres faktiske opdragelse. Et eksempel på det, er forbuddet mod at slå sine børn. Fysisk afretning var almindeligt og accepteret for bare 20-30 år siden. Holdningen var, at børn ikke tog skade af en endefuld, en øretæve eller et rap over fingrene. Men et stort fokus på de skadelige virkninger, det havde for de børn, medførte, at ikke kun forældrenes praksis og holdning til at slå børn ændrede sig, men også lovgivningen.

Børneforsker Erik Sigsgaard (forfatter til bøgerne »

"Jeg vil have, at du…" "Jeg vil have, at du lader være med" i stedet for at være anklagende og angribende såsom: *"Du er også altid så umulig, hvorfor er der så meget ballade med dig ?"*

"Skældud" og "Skæld mindre ud") mener, at skældud er mindst lige så skadeligt for børn som fysisk afstraffelse. Skældud er krænkende, det giver lavt selvværd og sætter sig som en følelse af skam (12,24). Han mener, at skældud vil blive tabuiseret om ti eller tyve år, på samme måde som revselsen blev det. *"I dag fordømmer vi fysisk afstraffelse. Det samme vil ske med skældud. Men først når vi som samfund erkender, at det vitterligt er dybt krænkende."* (25, s.4).

Selvom barndommen i dag på en række punkter er blevet betydelig bedre, er der stadig børn, der har brug for bedre vilkår. Som Børns Vilkår og Børnerådet skriver, er der stadig brug for at videreudvikle en opdragelseskultur, hvor hård afstraffelse slet ikke anvendes, hverken fysisk eller psykisk; og hvor barnet behandles med værdighed, tolerance og tålmodighed (5,26). I den forbindelse er det vigtigt at sætte et større fokus på skældud, for *"ingen anden sanktion er så udbredt som skældud. Kun omkring 3 procent kan ikke huske at være blevet skældt ud af deres forældre."* (12, s.128). Skældud er derfor blevet en rygmarvsreaktion for mange af dem, der er blevet forældre selv.

Dette er endnu et argument for vigtigheden af, at vi som sundhedsplejersker er med til at sætte fokus på god opdragelse. Fordi et fokus på eksempelvis skælduds skadelige virkninger på børn, kan være med til at ændre forældres holdninger og handlinger i forhold til netop skældud, og i sidste ende være med til at forbedre børns vilkår.

Man kan derfor håbe, at udviklingen med et stort fokus på den gode børneopdragelse fortsætter, til trods for den overhængende fare for forvirring og usikkerhed det kan skabe hos forældrene. Og så må vi som sundhedsplejersker forsøge at følge med udviklingen, så vi kan hjælpe forældrene med at navigere i de mange råd og vejledninger og støtte dem i at være forældre med hjertet.

**De mediedøbte eksperter såsom: familieterapeuten Lola Jensen, der er "Go´morgen Danmarks" børneekspert på TV2. Familieterapeuten Jesper Juul, der blandt andet har medvirket i DR2´s temalørdag om børneopdragelse "Når børnene får magten". Psykologen Margrethe Brun Hansen, der er kendt fra TV2´s programmer "Forældre forfra" og Sigrid Riise, der har været DR´s radiosundhedsplejerske i 15 år*

Maria Due, sundhedsplejerske. Gift og mor til to drenge på 3 og 6 år. maria.due@gmail.com

Publikationer:

- Due, Maria (red.) (2008): Generation cola – når vægten tager over. Akademia.dk.
- Due, Maria (2007): Børn er aldrig eneansvarlige for deres overvægt. I: Sygeplejersken 6/2007

Artiklen bygger på forfatterens afsluttende opgave på sundhedsplejerskeuddannelsen "Børneinddragelse – den nye børneopdragelse. En diskursanalyse af dansk børneopdragelseslitteratur (2007-2010)" »

Bøger om børneopdragelse udgivet i 2007-2010

2010

- Jensen, Lola (2010): Den store far, mor & børn. Kristeligt Dagblads Forlag
- Svenstrup, Jørgen & Svanholm, Gitte (2010): Tro på dit barn. Politikens Forlag

2009

- Guldager, Else & Tholstrup Annette (2009): Opdragelse med hjertet. Børnerådet og Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Juul, Jesper & Lauritsen, Pernille W. (2009): Samtaler med forældre. Forlaget Apostrof
- Rasborg, Lars (2009): Sunde børns problemer. Akademisk Forlag
- Rasmussen, Anne-Mette et al (2009): Børn, børn, børn. People's Press
- Seidenfaden, Kirsten et al (2009): Den levende familie. Lindhardt og Ringhof.

2008

- Beckmann, Jørn (2008): Kunsten at elske sig selv – og give sit barn selvværd og styrke. Politikens Forlag
- Juul, Jesper (2008): Din kompetente familie. Forlaget Apostrof
- Riise, Sigrid (2008): Sigrid Riises bedste råd om børneopdragelse. Lindhardt og Ringhof
- Svarre, Dan (2008): Glade børn med højt selvværd – en forældreguide. Politikens Forlag

2007

- Hansen, Margrethe Brun & Behrendt, Maria H. (2007): Forældreguiden. Høst & Søn
- Sigsgaard, Erik (2007): Skæld mindre ud! Hans Reitzels Forlag

Bøgerne er udvalgt ved at de primært er skrevet til forældre, kun danske udgivelser af danske forfattere, og ikke genudgivelser men bøger udgivet i 1.udgave og 1.oplag. (Dog med undtagelse af genudgivelsen af pjecen Opdragelse med hjertet fra Børnerådet og Komiteen for Sundhedsoplysning, som er et vigtigt værktøj i sundhedsplejen, og derfor taget med i udvælgelsen)

Forfatternes faglige baggrund

- Jørn Beckmann (psykolog)
- Else Guldager (sundhedsplejerske) & Tholstrup Annette (journalist)
- Margrethe Brun Hansen (pædagog og psykolog) & Maria Behrendt (journalist)
- Lola Jensen (socialpædagog og familievejleder)
- Jesper Juul (lærer og familieterapeut), Pernille Lauritsen (coach)
- Lars Rasborg (pædagog og psykolog)
- Anne-Mette Rasmussen (pædagog) & Gitte Hornshøj (restauratør)
- Sigrid Riise (sundhedsplejerske)
- Kirsten Seidenfaden (psykolog), Piet Draby (børnepsykiater), Susanne Christensen (psykolog), Vibeke Hejgaard (sundhedsplejerske)
- Erik Sigsgaard (cand.pæd. og børneforsker)
- Dan Svarre (psykolog)
- Jørgen Svenstrup (coach) & Gitte Svanholm (journalist, pædagog, coach)

Referencer

- Juul, J. (2008): Din kompetente familie. Forlaget Apostrof
- Juul, J. og Lauritsen, P. W. (2009): Samtaler med forældre. Forlaget Apostrof
- Rasborg, L. (2009): Sunde børns problemer. Akademisk Forlag
- Dencik, L., Jørgensen, P.S., Sommer, D. (2008): Familie og børn i en opbrudstid. 1.udg. 2.opl. Hans Reitzels Forlag
- Guldager, E. & Tholstrup A. (2009): Opdragelse med hjertet. Børnerådet og Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Svenstrup, J. & Svanholm, G. (2010): Tro på dit barn. Politikens Forlag
- Hansen, M.B. & Behrendt, M.H. (2008): Forældreguiden. Høst & Søn
- Beckmann, J. (2008): Kunsten at elske sig selv – og give sit barn selvværd og styrke. Politikens Forlag
- Sundhedsstyrelsen (2007): Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. Anbefalinger.
- Vestergaard, A. (2004): Børneopdragelse gennem 100 år. Politiken Bøger
- Unicef (2003): A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Innocenti Report Card No.5, September 2003. Florence.
- Sigsgaard, E. (2007): Skæld mindre ud! Hans Reitzels Forlag
- Sommer, D. (2003): Barndomspsykologi. Hans Reitzels Forlag
- Kragh-Müller, G. (2005): Ka' selv – vil selv. 1.udg. 2.opl. Aschehoug
- Jørgensen, P.S. (1999): Familieliv – i børnefamilien. I: I: Dencik, L. & Jørgensen, P.S. (red.): Børn og familie I det postmoderne samfund. 5.opl. Hans Reitzels Forlag.
- Hestbæk, A-D. (1999): Forældreskab I det moderne samfund. I: Dencik, L. & Jørgensen P.S. (red.): Børn og familie I det postmoderne samfund. 5.opl. Hans Reitzels Forlag.
- Hestbæk, A-D. (1995): Forældreskab i 90'erne. Socialforskningsinstituttet.
- Andersen, D. & Hestbæk, A-D. (1999): Ansvar og værdier – En undersøgelse i børnefamilier. Socialforskningsinstituttet
- Holm-Pedersen, P. (2009): Forældre: almægtige eller afmægtige opdragere. I: Asterisk. nov/dec 2009. S.15-17
- Riise, S. (2009): Sigrid Riises bedste råd om børneopdragelse. Lindhardt og Ringhof
- Jensen, L. (2010): Den store far, mor & børn. Kristeligt Dagblads Forlag
- Rasmussen, A-M. et al (2009): Børn, børn, børn. People's Press
- Svarre, D. (2008): Glade børn med højt selvværd – en forældreguide. Politikens Forlag
- Sigsgaard, E. (2003): Skældud. Hans Reitzels Forlag
- Ringkøbing, J. (2008): Skældud er skidt for børn. I: Politiken 05.08.2008
- Børns Vilkår (2010): Opdragelse. (fra hjemmesiden). Internet: http://www.boernsvilkaar.dk/ForForaeldre/DeMindreBorn/Opdragelse.aspx (20.05.2010)

Hvordan ser

– Spørg til gravides brug af alkohol

Af **Lisa Lærke Iversen**, socialrådgiver, cand.scient.soc. og **Pia Schiøler Kesmodel**, jordemoder. Begge er ansat i Alkoholbehandlingens Gravid-projekt i Århus Kommune

Hvis sundhedsplejersker og alle andre professionelle rutinemæssigt spørger til alkoholvaner, hver gang de møder en gravid i deres arbejde, vil det være muligt at finde frem til nogle af de gravide som drikker for meget alkohol og sikre, at de bliver tilbudt relevant information, rådgivning eller behandling. På den måde kan uoprettelige fosterskader forebygges, ligesom det store antal af børn, som vokser op i familier med alkoholproblemer kan mindskes. Med så meget at vinde hvorfor spørger vi professionelle mon så sjældent til alkohol?

Nationalt fokus på alkohol

Sundhedsstyrelsen skønner, at mere end 120.000 børn under 18 år i øjeblikket vokser op i familier hvor alkohol er et problem. Et nationalt projekt "Børn i familier med alkoholproblemer" forsøgte i årene 2004-2009 at dagsordensætte de belastninger, som børn i familier med alkohol lever med. Formålet var at hjælpe landets kommuner med at udvikle de nødvendige

dine alkoholvaner ud?

tilbud til børn og forældre i familier med alkoholproblemer. Projektet gjorde det klart, at professionelle finder det vanskeligt at spørge til forældrenes alkoholforbrug, selv når de er bekymrede for et barn. Alle undersøgelser viser, at professionelle har endnu sværere ved at spørge til alkohol, når det kommer til gravide. Derfor er to satspuljefinansierede kommunale projekter blevet iværksat. Det ene er Gravid-projektet i Århus Kommune. I Århus-projektet er der fokus på at udvikle og afprøve metoder til tidlig opsporing af gravide med et for stort alkoholforbrug.

Problemets omfang

Det er yderst vanskeligt at kortlægge det reelle omfang af gravide som drikker for meget. At drikke for meget under en graviditet er tabubelagt, og det er derfor forventeligt at gravide, når de bliver spurgt til deres alkoholforbrug, underrapporterer omkring, hvordan det ser ud i virkeligheden. Derudover har vi i Danmark ingen officielle opgørelser over alkoholskader på fostre. Dels fordi mange alkoholskader ikke er synlige ved fødslen. Dels fordi mange af skaderne ikke er specifikke for alkohol, men også kan være forårsaget af mange andre forhold i graviditeten eller barnets opvækst, og derfor ikke med sikkerhed kan kædes sammen med alkohol.

1 % af de gravide fortæller selv, at de gennemsnitligt drikker mere end seks genstande om ugen i deres graviditet. De fleste gravide reducerer deres alkoholforbrug, når de finder ud af, at de er gravide, men 75 % holder sig ikke helt fra alkohol. 25 % af disse gravide drikker ved samme lejlighed mere end en genstand i graviditetens andet trimester.

Desuden ved vi, at der årligt i Danmark registreres mellem 7 og 15 tilfælde af nyfødte børn med Føtalt Alkohol Syndrom (FAS). FAS er den alvorligste alkoholskade, hvor barnet blandt andet vil have specielle ansigtstræk, være vækstthæmmet og hjerneskadet. Selv om der på årsbasis registreres meget få FAS-skadede børn, estimeres antallet at ligge væsentligt højere. Et estimat peger på, at forekomsten af FAS blandt levendefødte børn er 0,5-2 per 1000 nyfødte. Det svarer til, at der årligt fødes mellem 31 og 126 børn med FAS i Danmark. Hertil skal lægges det langt større omfang af børn, som er alkoholskadede, men i en grad som ikke berettiger til den nævnte diagnose.

En undersøgelse i Region Midtjylland viser at 11 % af de århusianske kvinder i den fødedygtige alder har et risikabelt alkoholforbrug. I Alkoholbehandlingen i Århus Kommune, hvor Gravid-projektet har til huse, møder man stort set aldrig gravide som søger råd, vejledning eller behandling for alkohol. Alkoholbehandlingens egen statistik tyder på, at kvinder med børn ikke søger hjælp, når alkoholproblemet opstår men først længe efter. Typisk har overbruget således stået på i 13-15 år, før de søger hjælp. Tal fra Alkoholbehandlingen peger også på, at for omkring 25 % af de mødre som søger behandling, har alkohol allerede taget overhånd i deres liv før det tidspunkt, hvor de blev mødre. Det er umuligt at danne sig et klart billede af hvor mange af de kvinder, som det lykkedes for at holde en alkoholpause under graviditeten. De nævnte tal tyder dog på, at der er tale om en reel og bekymrende problemstilling.

Sundhedsplejersker, jordemødre, praktiserende læger og socialrådgivere er de typiske faggrupper, som møder gravide i deres arbejde og dermed har en mulighed for at opspore dem, som drikker for meget. De fortæller temmelig enslydende, at de yderst sjældent får øje på disse kvinder. Som led i Gravid-projektets arbejde er et stort antal århusianske jordemødre blevet interviewet. 65 % af disse fortæller, at de aldrig har været i en situation, hvor de har været bekymret for en gravid kvindes forbrug af alkohol. Og det på trods af at de i gennemsnit møder over 100 gravide om året. I forhold til tallene omkring problemets omfang er det tankevækkende.

Alkohol er skadeligt for fosteret

Set fra det ufødte barns perspektiv er alkohol helt klart det farligste af alle rusmidler - langt mere skadeligt for fosteret end f.eks. stoffer som hash, heroin og morfin. Alkohol er et opløsningsmiddel som passerer gennem moderkagen til fosteret. Fosteret opnår samme alkoholkoncentration i blodet som moderen, og bliver derfor påvirket i samme grad som hende. Det formodes, at alkohol kan påvirke alle stadier af fosterets udvikling, og det er sandsynligt, at alkohol »

resulterer i forskellige skader afhængig af i hvilken fase af graviditeten, den gravide drikker alkohol.

Skader som følge af alkohol er kroniske, og drikker en gravid, hvad der svarer til en flaske vin eller mere om dagen, risikerer hun, at hendes barn fødes med FAS. Alkohol i graviditeten kan dog også medføre mange både større og mindre skader. (Se faktaboks side 48).

At spørge til alkohol
(eksempler til inspiration)

- Hvad med alkohol? Er det i orden, at jeg spørger til, hvordan du drikker alkohol under din graviditet?
- Er det okay, at jeg spørger til dine alkoholvaner?
- Hvordan ser dine alkoholvaner ud, nu du er gravid?
- Hvordan kunne du tænke dig, det skal se ud nu, hvor du er gravid?
- Hvad ved du om, hvordan alkohol påvirker dit ufødte barn?
- Er det okay, at jeg fortæller dig lidt om det?

Det svære ved at spørge

Der kan være mange grunde til, at professionelle ikke spørger til gravides alkoholvaner. For sundhedsplejerskernes vedkommende kan det handle om, at de ikke synes, de møder mange gravide. En sundhedsplejerskes arbejde finder jo hovedsageligt sted efter, at barnet er født. Det er et korrekt udsagn, men sundhedsplejersker møder dog alligevel en del kvinder, mens de endnu er gravide. Alle førstegangsgravide tilbydes f.eks. et besøg af sundhedsplejersken i den sidste del af graviditeten, og i flere og flere kommuner opstartes mødregrupper allerede i graviditeten. Skønnes den gravide at være sårbar, vil hun ofte blive tilbudt hyppige besøg i graviditeten. I mange tilfælde er sundhedsplejersken også i kontakt med familien via første barn, når mor bliver gravid igen.

En anden grund til ikke at spørge, kan handle om, at alkoholforbruget er usynligt. Nogle har måske en forestilling om, at man vil kunne se eller fornemme det, hvis man kom på besøg ved en kvinde eller familie, hvor alkohol er et problem. Men gravide, der drikker for meget alkohol, ligner alle andre gravide. Der er ingen synlige tegn eller alarmklokker som ringer, når man møder dem. Og en ting er sikkert; en kvinde som drikker alkohol, mens hun er gravid, vil meget sjældent selv gøre opmærksom på sit alkoholforbrug overfor sin sundhedsplejerske eller andre af de professionelle, hun er i kontakt med under graviditeten. Måske er hun ikke klar over, hvor lidt alkohol, der skal til, før det kan føre til skader på hendes barn. Måske vil hun gerne fremstå som en kvinde med kontrol. Måske overvældes hun af skrækscenarier om at få tvangsfjernet sit barn, hvis professionelle bliver bekendt med hendes alkoholforbrug. Den gravide kan have mange bevæggrunde til at holde problemet skjult.

Andre professionelle synes måske, at Sundhedsstyrelsens anbefaling om helt at afstå fra alkohol i graviditeten er for ekstrem, og dermed er med til at gøre den glædelige og spændte ventetid til 9 måneder fyldt med bekymringer, ængstelse og livsfornægtelse.

Endnu en forklaring kan være, at mange af os professionelle omkring de gravide finder det svært »

Alkoholforbrug & Alkoholskader

Der findes ikke nogen sikker nedre grænse for alkoholindtag i graviditeten Ud fra et forsigtighedsprincip har Sundhedsstyrelsen derfor siden 2007 valgt at anbefale de gravide helt at holde sig fra alkohol. Nedenfor er en opgørelse over, ved hvilket alkoholforbrug, skader konsistent er beskrevet. Hvorvidt et mindre alkoholforbrug på under syv genstande om ugen er skadeligt, kan ikke afvises. På nuværende tidspunkt er der dog ikke evidens for en sådan konklusion.

A) 1-2 genstand/dag kan medføre
- spontan abort (1. trimester) og dødfødsel
- lav fødselsvægt, kort længde, lille hovedomfang
- præterm fødsel
- lav Apgar score
- misdannelser (hyppigst i skelet¸urinveje og kønsorganer)

B) 2-4 genstande/dag kan medføre
- lav placantavægt og abruptio
- let nedsat IQ
- opmærksomhedsproblemer
- indlæringsvanskeligheder
- lang reaktionstid
- hyperaktivitet
- nedsat evne hos det nyfødte barn til at tilbageholde respons på irrelevante stimuli

C) 7-10 genstande/dag kan medføre
- føtalt alkoholsyndrom
- nedsat IQ/mental retardering
- adfærdsmæssige og psykosociale problemer
- hæmmet motorisk udvikling

D) Vedvarende binge drinking (5 genstande ved en lejlighed) i graviditeten kan muligvis medføre
- Indlæringsvanskeligheder, opmærksomhedsproblemer og nedsat fleksibilitet ved problemløs¬ning

Kilde: Ulrik Kesmodel. Uddrag til kapitel i lærebog "Obstetrik". "Rygning, alkohol og illegale rusmidler i obstetrik". Udkommer 2010 eller 2011.

at spørge ind til andres brug af alkohol. Det er tabubelagt, og mange synes, det tilhører privatsfæren og frygter måske, at den gravide reagerer med vrede, fordi hun føler sig stødt og mistænkeliggjort over spørgsmålet. Da de fleste af os professionelle selv drikker alkohol, og nogle af os måske har fået børn på et tidspunkt, da Sundhedsstyrelsens anbefaling til de gravide var mindre restriktiv og derfor måske selv har drukket en smule i vores graviditeter, så kan vi også blive i tvivl, om vi kan tillade os at spørge til det.

Hvordan spørge til alkohol?

Hvis sundhedsplejersker og andre professionelle vil hjælpe med til med at nedbringe antallet af uoprettelige alkoholskader på ufødte børn og være med til at mindske det store antal af børn, som vokser op i en familie med alkoholproblemer, er der ingen vej uden om at spørge til alkohol. Et pilotprojekt blandt sundhedsplejersker i et afgrænset område af Århus har medført, at de nu rutinemæssigt spørger til alkoholvaner i de familier, de er i kontakt med. Sundhedsplejerskerne er overraskede over, hvor positivt familierne reagerer på at blive spurgt. Erfaringerne fra pilotprojektet understøttes af forskellige undersøgelser, som peger på, at både gravide og danskere i al almindelighed finder det meget naturligt at blive spurgt af professionelle til både deres forbrug af tobak og alkohol. Som en gravid gav udtryk for, *"Jeg mener ikke, hverken min læge, jordemoder eller sundhedsplejerske har spurgt til alkohol. Hvis de havde spurgt, ville jeg have syntes, det var helt fint. Det ville da være meget naturligt "*

Når vi som professionelle skal spørge til alkohol, er det afgørende, at vi hver især finder en måde at spørge på, som passer til os. Desuden er det vigtigt, at vi i respekt for den gravide husker at spørge om lov til at spørge. Når vi vil spørge til alkoholvaner, er det tillige væsentligt, at vi stiller et åbent spørgsmål frem for et lukket. Spørger vi f.eks. *"Drikker du alkohol?"*, er det alt for let for den gravide kvinde blot at besvare spørgsmålet med et nej, og så er der lukket af for yderligere snak om emnet.

Mange professionelle tvivler måske på, om det virkelig ville gøre en forskel, hvis de rutinemæssigt spurgte til alkoholvaner. Ville en gravid kvinde med et for stort alkoholforbrug mon nogensinde besvare spørgsmålet ærligt? Det er ikke sikkert. Men måske er det også et forkert og urealistisk succeskriterium at opstille, fordi det let tager modet fra os professionelle i forhold til at spørge en anden gang. Måske er det ikke så vigtigt, at den gravide fortæller os sandheden. Vigtigere er det i stedet, at hun, jo flere gange hun

møder en professionel som rutinemæssigt sætter spot på alkohol, selv bliver mere og mere opmærksom på, hvad et alkoholforbrug under graviditeten kan medføre. Hvem ved? Måske vil den øgede opmærksomhed på et tidspunkt få hende til at beslutte at drikke mindre eller helt at stoppe?

En ting er i hvert fald helt sikkert; så længe der ikke bliver spurgt til alkoholvaner i graviditeten, kan vi hverken forbygge eller tilbyde hjælp, og problemstillingen vil fortsætte med at leve sit usynlige liv. Samtidigt vil en betydelig mængde børn få særdeles svære opvækstbetingelser som følge af en medfødt alkoholskade.

Er du interesseret i at høre mere, er du velkommen til at kontakte Gravid-projektet. Lisa lliv@aarhus.dk eller Pia epk@aarhus.dk

Gravid-projektet

Gravid-projektet er et århusiansk forsøgsprojekt, som har til formål at udvikle metoder til tidlig opsporing af gravide, der drikker for meget alkohol. Projektet tilbyder:

- faglig sparring, information og undervisning om alkohol og graviditet til professionelle
- information og rådgivning om alkohol til gravide kvinder og eventuelt familieorienteret alkoholbehandling.

Sundhedsstyrelsen koordinerer en landsdækkende og tværsektoriel indsats overfor gravide med et alkoholforbrug, hvor regionerne er i gang med at oprette familieambulatorier, mens Gravid-projektet er en del af den kommunale indsats på området.
Gravid-projektet finansieres af satspuljemidler.

- Kesmodel et al. Use of alcohol and illicit drugs among pregnant Danish women, 1998. Scand J Public Health. 2003.
- Strandberg-Larsen, Grønbæk. Notat vedrørende alkohol og graviditet. Statens Institut for Folkesundhed. 2006.
- Danmarks Statistik. Opgørelse over levendefødte i Danmark. 62.818 levendefødte i 2009.
- Nordvig et al.. Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner. Region Midtjylland. 2006. Center for Folkesundhed.
- ASI-data (Addiction Severity Index) fra 2008. Alkoholbehandlingen, Århus kommune
- Gravid-projektet har undersøgt sundhedspersonalets viden, holdninger og adfærd i forhold til graviditet og alkohol. Data er indhentet via strukturerede interviews med 56 århusianske jordemødre og spørgeskemabesvarelse fra 97 praktiserende læger i Århus.
- Hvis du er interesseret i at høre mere om pilotprojektet kan sundhedsplejerske Lone Caludan fra Sundhedsplejen, Nord-Risskov i Århus kontaktes. loca@aarhus.dk
- Spørg til alkoholvaner – diagnostik og behandling af alkoholproblemer. Dansk Selskab for Almen Medicin I samarbejde med Sundhedssstyrelsen. 2010. http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Alkohol/Raad%20til%20personale.aspx
- Kesmodel. Alkohol I graviditeten: forbrug, holdninger, information og opsporing. Ugeskrift for Læger 165/47. 2003.
- Gravid-projektet har lavet 10 kvalitative interviews med gravide om deres syn på alkohol i graviditeten.

På litteraturgruppens vegne,
Anette Sørensen

Litteraturanmeldelser

Titel: det´ fordi …
Forlag: Forlaget Tjele
Forfatter: Erik Nygaard
Sideantal: 143
ISBN: 87 –91- 471–20-6

Når vi spørger "Hvorfor drikker alkoholikeren – er svaret: Fordi alkoholikeren lider af sygdommen alkoholisme. Når vi spørger: "Hvad kan vi gøre ved det" – er svaret: Vedkommende kan tage ansvar for sit eget liv og har sandsynligvis brug for hjælp til at finde ud af hvordan man gør – fra andre alkoholikere.

Så enkelt er det og alligevel vældig komplekst.

"Det´ fordi"…. er en introduktion til sygdommen alkoholisme og minnesotabehandling. Den er skrevet af Erik, der er alkoholiker, familiefader, samfundsborger, Cand psyk. og centerpsykolog på behandlingscenter Tjele.

Erik Nygaard beskriver i denne bog sygdommen alkoholisme på fremragende vis. Hans udgangspunkt er, at alkoholisme skal opfattes som en kronisk progressiv sygdom med karakteristiske fysiologiske og psykiske træk med multisystemisk nedbrydning til følge. Sygdommen indeholder derudover flere karakteristika herunder at den syge ikke i stand til at kontrollere sit forbrug af alkohol og har massiv modstand mod at erkende sin sygdom. Der findes kun en behandlingsmulighed, nemlig total afholdenhed. Det er enten/eller.

Til forskel fra meget anden litteratur beskriver Erik Nygaard hvordan netværket rammes - alkoholismen bliver en familiesygdom, hvor alle skal behandles. Denne udvikling kan inddeles i tre stadier hvor sammenbrud, skilsmisse, alvorlige psykiske reaktioner er elementer i den sidste fase.

Erik Nygaards tænkning og Minnesota behandling er funderet i den eksistentialistisk / fænomenologiske tænkning. En tænkning, der harmonerer med det sundhedsfremmende perspektiv, sundhedsplejersker som oftest antager i interaktionen med et andet menneske. Begreber som ansvar, erkendelse, accept, håb og tro udgør centrale elementer i hele tænkningen og understøtter dermed det centrale perspektiv i den salutogenistiske tankegang og empowerment begrebet. Via erkendelse, selvforståelse og indsigt motiveres til selvhjælp . Målet er at opnå kontrol over de kritiske og afgørende faktorer, der holder mennesker fast i undertrykkelse eller afmagt, hvor de ikke har kontrollen. Alle mennesker har behov for at skabe sig et godt liv, og det gode livs fundament er at opleve en sammenhæng i tilværelsen, således at den opleves som begribelig, håndterbar og meningsfuld.

Bogen kan varmt anbefales til alle sundhedsplejersker, da den på en meget letfordøjelig, forståelig og lettilgængelig måde giver et fremragende indblik i mekanismerne bag alkoholafhængighed og konsekvenserne heraf. Teksten understøttes af autentiske beretninger, der gør bogen levende og nærværende.

Titel: Tag kampen op mod alkoholafhængighed
Forfatter: Anna Marie Aggerholm
Forlag: Forlaget Alchlogic
Sideantal: 96
ISBN: 978-87-993670-0-9

Tag kampen op mod alkoholafhængighed er skrevet af Anna Marie Aggerholm, ædru alkoholiker, foredragsholder og rådgiver / konsulent indenfor DAC – uddannelsen. Hun har i dag sin egen rådgivnings- og konsulentvirksomhed inden for behandling af alkoholisme.

Tag kampen op mod alkoholafhængighed giver et indblik i sygdomsbegrebet og gennem autentiske eksempler og få test er målet med bogen at den frem-

står som en praktisk vejledning i, hvordan læseren kan omsætte den faktuelle viden til reel handling. Den første del af bogen giver teoretisk viden om aspekter af alkoholisme, mens bogens sidste halvdel beskriver mekanismerne i interventionen og giver praktiske redskaber.

Den sidste del af bogen er særlig anvendelig for sundhedsplejersker. Her vil jeg fremhæve kapitlet om den svære samtale. Her gennemgås overvejelser forud for samtalen, afholdelse af samtale og intervention. Sidst i bogen findes en test samt Sundhedsstyrelsens vejledning til landets læger. Sidst afsluttes med en række relevante litteraturhenvisninger og gode links.

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: Jette Honoré, jettehonore@fs10.dk eller Charlotte Precht, charlotteprecht@fs10.dk

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

Så er jeg tilbage i min stol i Sundhedsstyrelsen, hvor jeg er i fuld gang med efterårets opgaver. Det har været 4 spændende måneder, hvor jeg har arbejdet med både spæd- og småbørn, udskolingsundersøgelser, konsulentfunktionen i daginstitutioner og meget andet, herunder bl.a. deltagelse i lægens forebyggende helbredsundersøgelser af børn i første leveår.

Skoliose

Sundhedsstyrelsen har gennemgået den videnskabelige dokumentation og internationale anbefalinger vedr. screening for idiopatisk skoliose og vurderer på den baggrund, at der ikke er belæg for at indføre generel screening for skoliose i skolesundhedstjenesten.
Dette skyldes

1. at undersøgelsesmetoden ved screening ikke er tilstrækkelig god til at udpege behandlingskrævende tilfælde. Idiopatisk skoliose forekommer hos 2-3 %, men i de fleste tilfælde progredierer skoliosen ikke og kun en mindre del kræver behandling. Man risikerer derfor at behandle nogle børn unødigt
2. at behandling med korset er omdiskuteret. Der er tvivl om behandling med korset påvirker det spontane forløb, og om det kan reducere behovet for operation.

I forhold til det enkelte barn skal sundhedsplejersken naturligvis som hidtil henvise til praktiserende læge, såfremt barnet eller dets forældre klager over rygproblemer og/eller rygsmerter.

Sundhedsplejerskeuddannelsen

Indenrigs- og sundhedsministeren har nu truffet beslutning om, at den nye sundhedsplejerske uddannelse skal varetages af Professionshøjskolerne. Uddannelsen føjer sig ind i rækken af specialuddannelser og bliver herefter kaldt "Specialuddannelse til sundhedsplejerske". Uddannelsen vil vare 1½ år, heraf de 6 måneder i lønnet praktik i en kommune.
Der bliver oprettet en uddannelsesråd i forbindelse med etablering af den nye uddannelse og Sundhedsstyrelsen har plads i rådet. Det forventes, at de første studerende optages 2. januar 2012.

De reviderede anbefalinger

Anbefalingerne er nu sendt til lay-out efter at høringssvarene er gennemgået, og vi forventer, de kommer til at træde i kraft fra 1. januar 2011. Såfremt dette ikke kan overholdes, vil jeg orientere om det i næste blad.

Husk

Catch-up vaccination mod HPV for piger født i 1993, 94 og 95 udløber med udgangen af 2010. Herefter kan pigerne ikke længere blive vaccineret gratis.

For piger født i 1996 gælder at gratis HPV-vaccination ophører, når de fylder 15 år. Det sker i 2011.

Dette er meldt meget tydeligt ud i alt informationsmateriale bl.a. til forældre; men alligevel kan der være piger, der ikke er færdigvaccineret med de i alt tre doser vaccine.
Skolesundhedstjenesten har mulighed for at nå årgang 1995 og årgang 1996 i henholdsvis 8. og 9. klasse og skal derfor opfordre til at sundhedsplejersker og kommunallæger er opmærksomme på pigernes vaccinationsstatus i forbindelse med udskolingsundersøgelsen, eller hvis man i øvrigt har kontakt med pigerne.
Sundhedsstyrelsen ser gerne så mange som muligt når at blive færdigvaccineret iht. tilbuddet.

Læs mere i EPI-NYT 37/2010

Get moving – før din far eller mor får syge ideer

Sundhedsstyrelsen gennemfører i år kampagnen Get moving målrettet 11 til 15-årige børn og unge i uge 41. Formålet er at øge børn og unges kendskab til anbefalingen om, at de skal være fysisk aktive 60 min om dagen og gerne mere. Det forsøger Sundhedsstyrelsen at gøre ved at bringe et TV spot i TV og biografer, sende plakater til skolerne, tilbyde fysiske aktiviteter til skolerne og endelig give børn og unge mulighed for at gøre brug af applikationen "The hamster show". The hamster Show forsøger på en sjov måde at gøre modtageren opmærksom på, at han/hun skal være fysisk aktiv 60 min om dagen. (Se og læs mere på www.getmoving.dk op til uge 41).

Udover en målrettet indsats for at øge de unges kendskab til anbefalingen, er der i år også fokus på at give kommunerne inspiration til hvordan de kan arbejde med fysisk aktivitet. Når kommunen tilmelder sig til kampagnen modtager de tre kampagnepakker med plakater, et inspirationshæfte med ideer og eksempel på hvordan kommunen kan arbejde med fysisk aktivitet, samt en indbydelse til en gratis konference i november. Overskriften på konferencen er: "Fysisk aktivitet for børn og unge - muligheder og udfordringer i en kommunal kontekst". Læs mere om konferencen på www.getmoving.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
20.november 2010

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

Udkommer
Sundhedsplejersken udkommer 6 gange årligt i lige måneder.

Annoncer
Stibo Zone
Jørgen Ostenfeld
Tlf. 8939 8840
Email: joos@stibo.com
Annonce-deadline 20. november

Layout og grafisk produktion
Stibo Zone
Njalsgade 19 D
2300 København S
Tlf. 89 39 88 33
www.stibozone.com

Oplag
1.719 eksemplarer
I perioden 1. januar – 30. juni 2010

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