



Sundhedsplejersken

FAGLIGT SELSKAB FOR SUNDHEDSPLEJERSKER

WWW.SUNDHEDSPLEJERSKEN.INFO


Nr. 2 | april 2011

TEMA: PRÆMATURE

- 5 Leder
- 6 Opslagstavle

Nyt fra bestyrelsen

- 8 Indstillinger til Årets shpl
- 8 Legater
- 9 Kandidater til bestyrelsen

Tema: Præmature

- 10 Krise og påvirkning af moderskabsindstilling ved for tidlig fødsel
- 24 Sansemotorik – om hjernens arbejde fra sansning til motorisk handling
- 32 Erfra Gruppen
- 36 Tidlig fødte i Danmark

Fag

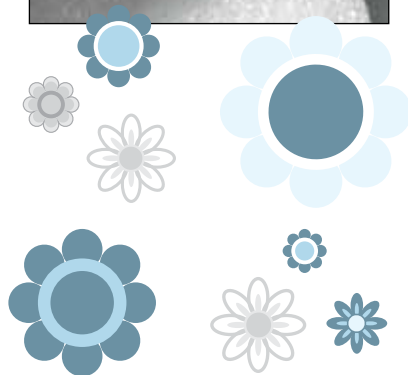
- 38 Nyt tiltag i sundhedsplejen i Hørsholm – forebyggelse af skilsmisser

Faglitteratur

- 40 Samtaler med børn, unge og familier.
- 41 "Kun for drenge – værd at vide om krop, følelser og sex"

Nyt fra Sundhedsstyrelsen

- 42 Sundhedsstyrelsens informerer
- 44 Mistrivsel blandt skolebørn



Af kunstmaleren, Werner Dresfeldt: Dresfeldts billeder illustrerer jord, himmel og uendeligheden og er elementer der inddrages når det er nødvendigt eller afsværger når det er behovet". Skabelse, genskabelse og livgivende lys er gennemgående elementer i hans værker.



Timing i barselstiden



Susanne Hede
Formand for Fagligt Selskab
for Sundhedsplejersker
Århus, d. 20. marts 2011

»Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker har erfaret, at vi ikke kan styre pressen, men vi kan stå til rådighed, når der er en god historie«

Denne historie blev født midt i marts. En journalist ringer til formanden for at stille spørgsmål – det tager ca. 45 minutter en søndag aften kl. 22. Det er den 10. journalist, der ringer i den pågældende uge. Interviewet handler om sultende babyer i Danmark.

Historiens omdrejningspunkt er nyfødte babyer og deres mødre, som sendes hjem fra fødestedet meget hurtigt efter fødslen. Nogle babyer sultner, og det kan ende med vægttab, dehydrering og genindlæggelse. Konsekvenser af stadig hurtigere udskrivelser, hvor amningen ikke er fuldt etableret, mælken ikke er løbet til, at babyen er ikke i trivsel, at mor kan være usikker på sin rolle og på babyens signaler. Mor og barn er endt i et gab mellem serviceydelser. Sundhedsaftaler på dette område findes, men er ikke obligatoriske. De har kun sparsom eller ringe konsekvens for praksis, da sparrekningen er taget i brug både i kommuner og regioner, og regeringen har smækket kassen i.

Region Syddanmark har i 2011 vedtaget, at også 1. gangs fødende mødre kan udskrives ambulant (4-6 timer efter en fødsel), en praksis som også findes i resten af landet. Fra Skejby Sygehus er det ca. 40 % af alle fødsler, der er ambulante.

Sundhedsstyrelsen har undersøgt praksis i både region og kommune. Tal (medio marts) viser, at antallet af babyer, der genindlægges er steget fra 2,6 % i 2005 til godt 6 % i 2009. Det er altså øget 3 gange i perioden. Sundhedsminister Bertel Haarder ud-

taler til TV2: "Det er ikke godt nok." (18. marts, se link på Facebook, gruppen "Sundhedsplejersken")

Det kan vi kun være enige i – der må gode fagfolk til. Flere liggedage lyder som utopi. Sundhedsplejerskens barselsbesøg er beskrevet i "Svangreomsorgen" (SST 2009) – men der må også ressourcer og prioritering til, for at hun kan løse denne opgave. Det er nu op til lokale ledere i kommunen, at bruge resultaterne i forhold til lokalpolitikkerne. Det er hér det næste slag skal slås så familier kan få den bedste løsning – et barselsbesøg af sundhedsplejersken – som er høj kvalitet i en Low Budget løsning i sammenligning med hospitalsindlæggelser.

Journalisten på 24 timer har taget udgangspunkt i nye tal fra Sundhedsstyrelsen, spurgt en række fagpersoner om emnet (bl.a. sundhedsplejerske, sundhedsøkonom), interviewet den aktuelle familie, som har oplevet sagen på egen krop, givet gode råd til bekymrede forældre. Det var en god historie og timingen var helt afgørende.

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker har erfaret, at vi ikke kan styre pressen, men vi kan stå til rådighed, når der er en god historie. Journalisterne ringer ofte igen til de samme fagpersoner, når de researcher, på denne måde kan man opbygge kontakter og blive lyttet til, når en god sag bliver til den rigtige historie. •

Opslagstavlen

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



Fra den 7. marts 2011 kan unge under 18 år ikke længere købe drikkevarer med mere end 16,5% alkohol i butikkerne.

Regeringen ser med stor alvor på unges druk. Og med de strammere regler sender vi et stærkt signal til alle – ikke mindst forældrene om, at unge under 18 år altså ikke skal drikke stærk spiritus. Alkoholgrænsen skal ses i sammenhæng med en øget oplysningsindsats om unge og alkohol og en højere afgift på alkoholsodavand og cider, siger indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder. Forbuddet bliver fulgt op med en oplysningskampagne – blandt andet på hjemmesiden www.18alkohol.dk. Desuden er der massiv skiltning i alle butikker, som sælger alkohol. Loven om salg af alkohol er skærpet for at beskytte unge og hjælpe dem med at udvikle bedre vaner i forbindelse med alkohol. Danske unge er blandt de unge i Europa, der drikker mest – og de drikker ofte meget på én gang. Hvert år kommer 3.000 unge på hospitalet med alkoholforgiftning.

23 kommuner skal i gang med fritidspas

Nye projekter om fritidspas skal hjælpe udsatte børn og unge til et aktivt fritids- og foreningsliv.

23 kommuner har nu fået økonomisk støtte via satspuljen til at gennemføre projekter om fritidspas

Målet med projekterne er at give udsatte børn og unge bedre muligheder for at deltage i det almindelige fritids- og foreningsliv som fx sport, spejder, musik mm.

Integration i almindelige fritidsaktiviteter sammen med andre børn kan medvirke til at nedbryde den negative sociale arv for udsatte børn og unge, herunder bidrage til nye sociale relationer, og på længere sigt øget livskvalitet. Fritidsaktiviteter kan endvidere bidrage til at styrke udsatte børn og unges sociale kompetencer og netværk ligesom det kan bidrage med positive oplevelser i dagligdagen. Der er derfor via satspuljemidlerne afsat 77 mio. til en ansøgningspulje, som kommunerne har kunnet søge om del i.

Det overordnede formål med puljen er at etablere ordninger for udsatte børn og unge, som omfatter fritidsvejledning og økonomisk støtte med henblik på at integrere børn og unge i almindelige fritidsaktiviteter sammen med andre børn og unge.

Målgruppen for projektet er udsatte børn og unge i alderen 6-18 år, der ikke har mulighed for at deltage i fritidsaktiviteter på lige vilkår med jævnaldrende. Læs mere om hvilke kommuner, der har fået bevilliget penge på Servicestyrelsens hjemmeside.

En god start på livet....

"En god start i livet" er en fond, hvis formål er at støtte aktiviteter, som styrker familiens egne ressourcer i forbindelse med graviditet, fødsel og barnets første leveår. Læs mere på: www.fonden-engodstartilivet.dk



Efter temadagen om hygiejne den 27/2 2011 i København har bestyrelsen modtaget faglige korrektioner fra sundhedsplejerske og hygiejnesygeplejerske Inge Nandrup-Bus. Læs Inge Nandrup-Bus korrektioner og H.B. Healthcares kommentar på hjemmesiden www.Sundhedsplejersken.info

Foreninger om præmature....

En forældrerettet forening: Dansk Præmatur Forening, se www.praematur.dk
En professionel forening: Landsforeningen Præmatures Vilkår, www.praematuresvilkar.dk



Test dine sukkervaner med sukkerspionen.

Hver fjerde af alle voksne og mere end halvdelen af alle børn får mere sukker end godt er. Dermed stiger risikoen for overvægt, fejlernæring og huller i tænderne markant. Derfor relanceres 'Sukkerspionen.dk', der tager temperaturen på dit daglige sukkerforbrug og bogstaveligt vurderer om det er på vej op i det røde felt. På baggrund af oplysninger om din vægt, din alder og dine motionsvaner kan det interaktive barometer præcist fortælle dig om du har plads til en sodavand. Læs mere på Fødevarestyrelsens hjemmeside.





INDSTILLINGER TIL ÅRETS SUNDHEDSPLEJERSKE 2011

Der er indkommet tre indstillinger til årets sundhedsplejerske 2011

- En gruppe sundhedsplejersker fra sundhedsplejen i Herning indstiller 6 sundhedsplejersker: Anni Jensen, Birthe Husum, Gunhild Christensen, Lisbeth Ellerbæk, Vibeke Andersen og Jenny Plauborg, der har arbejdet med et projekt: Tilbud til alle 8. klasser i Herning Kommune om seksualundervisning.

- Sundhedsplejerske Annette Talbro indstilles for at repræsentere vores fag med evidente faglige betragtninger.
- En gruppe af 3 sundhedsplejersker fra Fredericia kommune, Birte Harreby, Conny Damgård og Lene Palmelund indstilles for deres meget store indsats i mødregruppe for 15 – 21 årige i Fredericia.

Læs hele indstillingen på:
www.sundhedsplejersken.info

FØLGENDE HAR FÅET TILDELT LEGAT:

School Nurses International Konf. I
Juni – Juli 2011

- Linda Rainer, Bjørkop
- Brigitte Gaarde, Kolding
- Ina Borup, Rødovre
- Susanne Henriksen
- Ane W. Theuchler

Feltstudie

- Eva Lundberg, Odense
- Nordisk Ammekonference på Island
- Vibeke Bødker Thomsen
- Gitte Schwartz

Formidlingskursus ved DSR

- Anne Marie Lundhus, Kolding
- Anna- Birgitte Melsen, Lunderskov
- Rikke Christensen, Vejle
- Aino Rytter, Holbæk

Næste ansøgningsfrist er den
15. 8. 2011, læs mere på
[www. Sundhedsplejersken.info](http://www.Sundhedsplejersken.info)



DER ER MODTAGET TO KANDIDATER, DER OPSTILLER TIL BESTYRELSEN. VI FORHANDLER MED EN TREDJE KANDIDAT...

Hanne Sixhøj:

Jeg vil gerne opstille til bestyrelsen for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker.

Med en lang baggrund som ansat ved først Danmarks Sygeplejerskehøjskole, senere JCVU og nu VIA University College, hvor jeg har beskæftiget mig med Uddannelsen til sundhedsplejerske, har jeg en særlig interesse i uddannelsens samspil med samfundsudviklingen og vores faggruppes ansvar, opgaver, status og fremtid. Det er således især dette, jeg ønsker at arbejde med og for, hvis jeg vælges ind i bestyrelsen.

I forbindelse med mit arbejde, har jeg knyttet tæt forbindelse til uddannelsen i Tromsø og på det seneste også Bergen. Jeg mener, tætte relationer til vore skandinaviske kolleger er en styrke for den danske sundhedsplejerskeordning. Derfor vil jeg også gerne arbejde for dette i FS10's regi, såfremt jeg vælges til bestyrelsen.

Lene Jakobsen, Hørsholm

Jeg er 55 år og har arbejdet som sundhedsplejerske i tre forskellige kommuner og i kombinerede stillinger siden 1984.

Jeg har altid interesseret mig for at udvikle og iværksætte nye servicetilbud, som matcher brugernes behov.

Jeg mener vi skal være væsentlig mere opmærksomme på hvordan vi bliver uddannede til sundhedsplejersker, og hvordan vi er organiseret og repræsenteret i de forskellige sundhedspolitiske organisationer.

Jeg mener, vi skal arbejde for at kunne dokumentere og udvikle sundhedsplejen i fremtiden og ser gerne nogle interesserede sundhedsplejersker får mulighed for at få en videreuddannelse på Universitetsniveau som lever op til disse krav. Vi kunne godt bruge nogle udviklingssundhedsplejersker, som kunne ansættes på linje med embedslægerne.



Krise og påvirkning af moderskabsindstilling ved for tidlig fødsel

Forældre til for tidligt fødte børn rammes af krise. Samtidig griber den for tidlige fødsel ind i kvindens overgang til moderskabet og i opbygningen af tilknytning.

Af **Lisbeth M. Gath**, cand.psych., autoriseret psykolog, specialist i sundhedspsykologi.

Følgende er baseret på mit arbejde gennem 9 år på Hvidovre Hospitals børneafdeling, neonatalafsnittet samt mit arbejde som del af Dansk Præmatur Forenings Fagpanel. Artiklens primære fokus er moderskabet og det første barn (den første graviditet), men artiklen vil formentlig være vedkommende for flergangsmødre, ligesom store dele af de aspekter, der vedrører moderskabet, også vil gælde for fædre. Uanset variation i de præmature børns gestationsalder er der mange ligheder i de reaktioner, det medfører for forældrene. Forskelle i reaktion vil kunne ses i graden og intensiteten af de beskrevne følelser og oplevelser.

Krisereaktioner

Graviditeten indebærer ud over den fysiske forandring også en mental forandrings- og forberedelsesproces, der afbrydes med den for tidlige fødsel. Dette medfører for mange forældre en krise, hvor almindelige strategier ikke er tilstrækkelige og en sorg baseret på tab af graviditet, tab af drømmebarn, tab af forventninger til fødsel, til den første kontakt og den første tid med barnet. Normale reaktioner er uro, angst, psykosomatiske symptomer, følelse af uvirkelighed, søvnforstyrrelser, manglende appetit og ændret tidsopfattelse. Dette kan stå på i varierende grad og igennem længere tid. Der kan både være tale om reaktioner under barnets indlæggelse og efterfølgende, hvor bekymringen for barnet er aftaget, og der dermed er blevet mere plads til forældrenes

egne følelser (Nordström & Stjernquist, 2002; Kirkebæk m.fl., 1994).

Ny dansk undersøgelse (Elklit, Hartvig & Christensen, 2008) viser, at 30 % af mødre, der har født ekstremt for tidligt (før uge 28 og/eller med fødselsvægt under 1000 gr.), lider af PTSD eller subklinisk PTSD, dvs. der mangler kun et symptom for at opfylde kriteriet for PTSD. Undersøgelsen peger på, at graden af traumatisering bl.a. kan relateres til, om barnet har handicap, om der er oplevet vanskelighed i kontakt med personalet under indlæggelsen eller vanskeligheder i forbindelse med hjemkomst.

Psykologisk usmidig

I krisen oplever man sig ofte overvældet og fastlåst i kaos, i uforudsigelighed, i at være i det ukendte, i ikke at (gen)kende verden, ikke



at (gen)kende sig selv. Man føler sig skrøbelig, psykologisk usmidig og ufleksibel. Det bliver svært at forstå og rumme andre syn på tingene end ens egen lige her og nu. Det kan være svært at høre, hvad andre siger, herunder læger og plejepersonale, fordi egne tanker og følelser overvælder én. En del af krisebearbejdelsen handler derfor om en bestræbelse på at genvinde en øget grad af psykisk smidighed.

Man kan forstå psykisk forandring som en trussel mod ens eksistens, og man ved aldrig på forhånd, om man er i stand til at bære de nye erfaringselementer (Igra, 1990). Hvis alt går, som det helst skal, indebærer forandring, at personligheden/ identiteten udvides og udvikles, men når man står midt i svær forandring, er man usikker på, om man vil kunne finde tillid til og mening med livet igen.

Hospitalsmiljø

Når man som forældre får sit barn for tidligt, bliver situationen krise-relateret, sygdomsrelateret. Barnets indlæggelse på neonatalafsnittet kommer til at indebære en væren i og et kendskab til en særlig verden i verden, hvor man helt konkret mindes om, at selv helt små børn kan blive alvorligt syge, og at det er muligt, at de kan dø. Truslen mod barnet synes konkret og nærværende, både for de forældre, hvor barnet reelt har været livstruet og for dem, hvis barn efter omstændighederne klarer sig godt. Alle forældre kender angsten for at miste barnet, men for forældre til for tidligt fødte er der en mere konkret dimension. De har begyndt deres forældreskab og liv med barnet i et intensivt hospitalsmiljø.

Afhængighed af personalet

Forældrenes trang til at beskytte barnet kan ikke finde praktisk udtryk i handling ved indlæggelsens begyndelse. De føler sig ofte som udenforstående, og de oplever, de professionelle har taget over. Når kontrol og ansvar er overladt til personalet, medfører det ofte en oplevelse af utilstrækkelighed, hjælpeløshed, og afhængighed hos forældrene (Sylvest, 2000). Mange forældre fortæller om stærk længsel efter det normale liv og den normale måde at håndtere sit barn på, »





og de kan få lyst til at tage barnet og forlade afdelingen. Samtidig oplever de fleste også stor taknemmelighed over for personalet, som de oftest oplever har reddet deres barns liv. Der er tale om meget sammensatte og modsatrettede følelser, som det kan være svært at rumme og svært at pendulere imellem.

Uvished og usikkerhed

Usikkerheden kan være tung at bære for forældrene. Det er svært ikke at vide om, hvornår og i hvilken tilstand man får sit barn med hjem. Særlig for børn med BPD -forandringer kan det længe stå hen i det uvisse, hvornår og om barnet retter sig, og dette vækker stor angst. Barnets tilstand og forløb har naturligvis stor betydning for de reaktioner, det vækker hos forældrene, men også andre faktorer spiller ind: tidligere kriser/tab og bearbejdning, personligheds- mæssige forhold, sociale forhold, parforholdets styrke, om det er første barn, om det var svært at blive gravid, behov for kontrol osv. Generelt er det sådan, at jo større behov for kontrol man almindeligvis har, jo hårdere rammes man af krisen ved den for tidlige fødsel. Det betyder bla., at nogle forældre reagerer kraftigt, selv om deres barn efter omstændighederne klarer sig fint. I forvejen udfordrer det lille barn også behovet for kontrol, fordi barnets behov kommer

først og ikke altid lige kan planlægges. Forældrene konfronteres med, at kontrol er en bevægelig størrelse, at den kan vindes, mistes, genvindes og slippes, men ikke fastholdes for altid.

Eksistentielt vilkår: livet er foranderligt

Forældre til for tidligt fødte bliver eksistentielt ramt - de konfronteres med det grundlæggende vilkår, at livet er foranderligt. Den for tidlige fødsel kommer ikke sjældent uventet, og det er oftest uforklarligt hvorfor (Nordström & Stjernquist, 2002). Den for tidlige fødsel er en krisesituation, eller måske nærmere - som Karl Jaspers (1883-1969) betegner det - en grænsesituation; uundgåelige, virkelige situationer, som man må se i øjnene og som ikke kan ændres, men som må erkendes og bæres (Van Deurzen, 1999; Cooper, 2003).

Det vilkår at livet er foranderligt, som på andre tidspunkter i livet kan føles livsbekræftende og indeholde positive løfter, bliver her truende. At være i usikkerhed om ens barns overlevelse og tilstand er en ekstrem oplevelse af, at livet ikke har garantier for hvor længe eller hvordan, vi kommer til at leve. Almindeligvis kan man lægge en vis afstand til det, men ikke her. Nogle forældre beskriver det billedligt, f.eks. at man ikke længere kan holde det en

armslængde fra livet, at det er som et rullegardin, der ikke vil forblive nedrullet men hele tiden kører op. Man kan ikke slippe for at få det tæt på. Som forældre placeres man i en voldsom uvished og usikkerhed, og det rejser spørgsmålet om, hvad dette kommer til at betyde for vores barn, for os som familie. Får vi hovedet lov til at blive en familie, lov til at beholde barnet, lov til at få et sundt og raskt barn?

Man kan tale om, at man som forældre til et for tidligt født barn konfronteres med dødsangsten (Yalom, 1980) meget direkte ved at være bange for at miste barnet. Der sker også en påmindelse om døden som en del af livet via forandringer - det at noget slutter og noget andet fødes, sker der også en påmindelse om. Selv om forandring og tab kan opleves som unaturligt, når det sker, er selve det, at livet indeholder tab, afsked og forandring naturligt og iboende. Ens rummelighed sættes på prøve, evnen til at bære at livet både er lidelse og glæde, at livet kan være både meget smukt og meget hæsligt.

Angst for at miste

Angsten for at miste er stor, når man har født for tidligt. Mange oplever, at de vogter over deres barn, fordi de er bange for det dør (Kirkebæk mfl. , 1994). Selv når den første mest akutte tid er ovre,

Man kan tale om, at man som forældre til et for tidligt født barn konfronteres med dødsangsten



er det som en form for eksistentiel afgrund, man har set ud over, og dette er ikke sådan at ryste af sig. Mange fortæller om en form for tab af tillid til livet, der opstår i kølvandet på den for tidlige fødsel. De oplever, at de er blevet bange for, hvad det næste mon bliver, og at de ikke kan stole på, at livet bringer dem det gode. Det er en form for utryghed ved livet, som kan brede sig og komme til at omhandle også andre aspekter end det, der har med barnet at gøre. Nogle fortæller, at de bliver bekymrede for at bevæge sig i trafikken, andre mere generelt usikre på, om de kan lægge planer for fremtiden. Mange forældre fortæller, at angsten for at miste barnet, så at sige smitter over på andre, at de også ængstes voldsomt for at miste deres mand eller kone eller andre, de holder af. For en mor, som har haft en svær fødsel, kan angsten for selv at dø også blive stærk. For faren kan der opstå stor afmagt både i forhold til mor og barn, det at der er grænser for, hvor meget man kan hjælpe, og at man så at sige tvinges til at lægge sine kære i livets og lægernes hænder.

Overgangen til moderskabet

Den for tidlige fødsel griber ind i en meget fin naturlig proces i livet, der er igang i forvejen: overgangen til moderskabet og opbygning af tilknytning (Stern, 1997, 2000;

Brodén 1997, 2007). Den første graviditet er en vigtig overgangsperiode i livet. Det er både ydre og indre forandringer; et barn skal fødes, et forældrepar og en familie etableres (Brodén, 2007). Der er for moren tale om en forandring i identitet – spørgsmål som hvem er jeg, hvor kommer jeg fra, hvad vil jeg, dukker op – ligesom graviditeten aktualiserer eksistentielle tanker om liv og død, samt giver lettere adgang til tidligere erfaringer og følelser (Brodén, 1997, 2007). At blive mor er således en psykisk overgang, hvor man er meget modtagelig, og hvor man revurderer sig selv og sin verden. Brodén ser graviditeten som et grænseland mellem identiteter, mellem at være barn af egen mor og at skulle blive mor selv (2007); en væren undervejs.

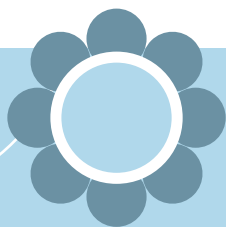
Moderskabsindstilling

Stern (1997, 2000) skriver, at der med moderskabet følger en såkaldt moderskabsindstilling. Dette skal forstås som en proces, hvor ens mentale indstilling forandres, og hvor ens indre oplevelsesverden bliver lavet om. Moderskabsindstillingen er en ny funktionsmåde, der kommer til at eksistere side om side med den hidtidige organisering (2000). Vores mentale indstillinger organiserer vores mentale liv og skaber sammenhæng for os. Med

moderskabet skubbes tidligere, allerede eksisterende indstillinger til side, og moderskabsindstillingen indtager den centrale placering (2000). Moderskabsindstillingen beskrives ikke som en sårbar periode, men som en tilstand, der kan vækkes til live (1997).

At blive mor betyder, at man står over for en oplevelse, der ikke ligner noget andet i ens liv. Moderskabet kommer i en periode til at bestemme meget over, hvad man tænker på, hvad man frygter, hvad man fantasierer om. Det kan ændre ens værdier, det kan virke ind på ens andre forhold, f.eks. til egne forældre eller søskende. Man får en ny rolle i livet. Der er tale om en form for reorganisering, hvor forældreskabet bliver det, man pejler og orienterer sig ud fra. Dette varer ved hele livet, men kan fylde mere eller mindre. Konstellationen bliver bestemmende for et helt nyt sæt handletendenser, en ny form for følsomhed, nye fantasier, nye bekymringer og ønsker (Stern, 1997).

Livsperspektivet ændres, når man bliver mor. Livet får en ny retning, og som nybagt mor føler man sig oftest sårbar og åben. Man tænker på livets gang og livets mening, og man fokuserer på det ufatteligt store i, at ens barn, et nyt lille særegent væsen, er kommet til verden. Dette er overvældende i en grad, at man i forbindelse med fød- »





sel og den første tid kan opleve sig i en anden bevidsthedstilstand. Det er almindeligt, at man oplever ikke helt at kunne genkende sig selv.

Tab af graviditet

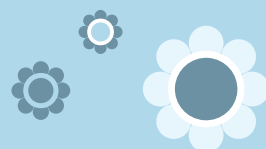
Den for tidlige fødsel afbryder graviditeten, og for mødre til et præmaturnt barn er der således tale om en krise, der falder sammen med nogle i forvejen meget stærke, fundamentale kræfter

og psykiske omvæltninger. Stort set alle nybagte mødre mangler mentale holdepunkter, og de skal finde ud af hvordan, det er at være forældre både praktisk og følelsesmæssigt. For de familier, der har fået barn for tidligt, kommer krisen og sorgen samtidig med disse væsentlige processer. Det bliver ekstra svært at orientere sig og foretage den mentale reorganisering.

Den mentale forberedelsesproces forstyrres, bliver ufuldstændig og føles som et tab. De fleste kvinder føler sig ramt på deres selvverd ved ikke at have gennemført graviditeten. De kan være skuffede over ikke at opleve den sidste tid af graviditeten med den opmærksomhed og omsorg, der forventeligt følger af den store mave.

Drømmebarnet

Under graviditeten er det normalt, at kvinden har et fantasi- eller drømmebarn, dvs. nogle forestillinger og repræsentationer af barnet. Dette bidrager til at udvikle det psykologiske forældreskab. Under graviditeten arbejder fantasien for fuld kraft for at forberede det nye liv med barnet. Stern (2000, p.34) betegner psyken under graviditeten som et "værksted", hvor fantasibarnet og det forestillede selv som mor skabes, ophæves, sammensættes igen og igen. Det kan forstås som en form for mental træning, en proces af gradvist voksende engagement i barnet. Winnicott (1996) beskriver den fremherskende egenskab hos moren som en velvilje fra morens side til at flytte interessen fra sig selv til barnet. Han betegner dette aspekt af morens indstilling "den primære moderlige optagethed" (p.25).



Fusion, differentiering, separation

I takt med at fosteret vokser, gen-nemløber morens repræsentation af barnet ligeledes en udvikling. Det første trimester betegnes som en tid præget af fusion med barnet (Brodén 2007). Barnet betragtes som en integreret del af morens krop, og moren er opfyldt af den ændrede fysiske tilstand. Langsomt vokser følelsen af samhørighed. Differentiering kendetegner andet trimester, mor og barn skiller sig ud fra hinanden. Dette begynder med fosterbevægelserne. Der sker et skift fra graviditet til barn, et skift, der udløser redebyggeri og planlægning. Moren befinder sig i et grænseland mellem to identiteter, hvor hun ikke længere alene er kvinde, men heller ikke er mor endnu (2007). Forestillingerne bliver i andet trimester mere konkrete, personlige og detaljerede. I tredje trimester sker en separation. Fokus går fra tanker og fantasier, til det barn, hun skal føde. Der opstår rastløshed, uro og utålmodighed. Tankerne bliver mere realistiske og jordnære, og moren forbereder sig på fødslen. Separation

tionen kan ses som en beskyttelse af en mulig afstand mellem det virkelige barn og drømmebarnet og øger paratheden til at tage imod det barn, der kommer. Almindeligvis dukker forestillingerne op igen efter fødslen, hvor de kan afpasses og udvikles for at passe til det virkelige barn.

Manglende nedbrydning af drømmebarn

Den for tidlige fødsel forstyrrer graviditetens forberedelsesforløb. Processen at mindske fantasibarnets betydning under separationsfasen har ikke eller kun delvist fundet sted. Det virkelige præmature barn kommer til verden, mens moren stadig er optaget af sit "drømmebarn". Samtidig er det virkelige barn mindre udviklet end normalt forventet, og moren skal nu, samtidig med at hun er i krise, afvikle fantasien om barnet og tage imod det virkelige præmature barn. Den for tidlige fødsel er et tab af graviditet og et tab af den nedbrydning af drømmebarnet, som skulle have fundet sted. Mange forældre beskriver, at de mister forestillingerne om barnets fremtid, fordi det hele

er så anderledes end forventet. De føler sig lammet og fanget i nuet.

Ansvar for barnets overlevelse

Stern (1997, 2000) fremhæver 4 temaer og opgaver, som centrale for moderskabsindstillingen: barnets overlevelse, primær relateren, støttende netværk og reorganisering af identiteten. Netop udførelsen af disse 4 opgaver rammes man på som mor til et for tidligt født barn, og derfor rammes man på selve moderskabet.

Den første opgave har et livsvæksttema: ansvaret for barnets overlevelse. Spørgsmålet for moren er, om hun er i stand til at holde barnet i live, om det vil lykkes hende som menneskeligt dyr at sikre sit barn. Det at sørge for barnets basale behov som mad og varme, og som kan aflæses i trivsel og vækst, kædes sammen med artens overlevelse.

Selve den skrøbelighed, der ligger i at få et for tidligt født barn, som er så lille og har så meget brug for hjælp, vækker angst for at miste og rammer dermed livsvæksttemaet og den opgave, som moren oplever, hun har: at stå til rådighed, at tage »



ansvar for barnet trivsel både praktisk og konkret samt følelsesmæssigt med al hendes kærlighed.

Som forældre til et for tidligt født barn kan man ikke selv påtage sig det fulde ansvar for barnet, som er afhængig af intensiv lægelig behandling ofte over en længere periode. Dette indebærer under indlæggelsen en vis adskillelse mellem barn og forældre, som oftest vækker en voldsom afmagt hos forældrene. Det kan medføre en følelse af, at det er hospitalets barn, og at det dermed er hospitalet, der har ansvaret for barnet. Mange forældre oplever en stærk forpinthed i forhold til dette. Det opleves som et tab og et afsavn ikke selv at formå at varetage opgaven omkring ansvaret for barnets overlevelse.

Primær relatering

Sterns (1997, 2000) andet tema omhandler den primære relateren, at turde lade sig involvere, at barnet får én at knytte sig til. Også dette tema aktualiseres, når barnet fødes for tidligt. Netop fordi forældrene ikke på almindelig vis kan varetage omsorgen og påtage sig ansvaret for barnets trivsel og vækst (jvf. første tema), bliver det sværere at opbygge en nærhed, og processen med at lære barnet at kende besværliggøres.

Mange forældre beskriver deres kærlighed til barnet som vanvittig

smertefuld og med en indbygget angst for at miste, der fylder meget. Andre beskriver, at de på grund af angsten ikke tør involvere sig for meget, og at de er nervøse for at gøre noget forkert, fordi barnet er så lille og skrøbeligt. Mange forældre bliver lidt forskrækkede over det præmature barns udseende. De beskriver det ofte i termer knyttet til dyreverdenen, at det ligner en fugleunge, et lille dyr - som nok vækker omsorg men også er helt anderledes end det barn, de havde forestillet sig, at de skulle have. Nogle forældre føler ubehag, dels fordi barnet ser anderledes ud end de havde forestillet sig, og dels fordi de ikke tør forpligte sig over for barnet, hvis overlevelse de oplever som usikker (Nordström & Stjernquist, 2002). Der er også forældre, som ængstes for om barnet vedbliver at se "præmatur" ud, og som samtidig skammer sig over at have disse tanker.

Mange mødre tynges af, at de føler sig ansvarlige for den for tidlige fødsel og mener, at de kunne/burde have gjort noget andet, der ville have forhindret eller forbedret situationen. De oplever skyld, føler sig triste og hjælpeløse (Brazelton, 1992; Nordström & Stjernquist, 2002). Ofte plages de ved tanker om konkrete episoder fra lige før fødslen, og der dvæles ved ting, de kunne have gjort anderledes; en

indkøbspose der ikke skulle være blevet båret op til 3. sal, en arbejdsindsats der skabte for meget stress og jag ... Skyldfølelsen kan være stærk og kan forstyrre eller forsinke moren i at være nærværende i forhold til barnet, fordi den har fokus rettet på fortiden. Skyldfølelsen kan også fungere som en måde at fastholde idéen om kontrol – "hvis jeg blot havde gjort det bedre så ... " - og bliver dermed en afvisning af skærmen sig mod afmagten.

Støttende netværk

Det tredje tema relateret til moderskabskonstellationen vedrører et støttende netværk, det at give barnet og sig selv både psykisk og fysisk spillerum. Her er kunsten både at kunne etablere og opretholde andre positive relationer til andre parallelt med relationen til barnet.

Netværket kommer relativt sent ind, når barnet er født for tidligt. Dette sker dels pga. indlæggelsen og dels pga. den efterfølgende ekstra beskyttelse mod såvel smitte som mod overstimulation. For nogle er det befriende og restituerende efter udskrivning bare at være sig selv, for andre bliver det hurtigere lidt ensomt og isoleret. Mange forældre oplever en afstand til andre, fordi de ikke føler sig forstået i deres specielle situation. I krisen rystes selvbilledet, men også selv et i fællesskabet, og der kan opstå op- »



Mange forældre bliver lidt forskrækkede over det præmature barns udseende





levelser af ikke at passe ind, ikke at kunne genkende sig selv sammen med andre. Ofte fortæller forældre om deres oplevelse af, at pårørende eller andre enten tager for let på det skete, eller at besøgende har det så svært med at være på afdelingen, at det skaber uro hos forældrene.

Mange forældre fortæller om en følelse af ikke at blive set, lyttet til, og at deres situation vækker så meget hos andre, der bliver for overvældede. Mange forældre vælger at have få besøgende i begyndelsen, fordi de ikke kan rumme at blive konfronteret med for mange andre mennesker. Mange fortæller, at det, de ønsker fra andre, dels er praktisk hjælp og dels en støtte, der kombinerer en indsigt i situationens alvor med håb for fremtiden.

Reorganisering af identiteten

Sterns (1997, 2000) fjerde tema centralt for moderskabsindstillingen vedrører en reorganisering af identiteten og udviklingen af psykologisk moderskab. Her skal kvinden acceptere forandringen fra at være barn af sine forældre til at være mor for sit barn. Det at få et barn ændrer definitionerne af egen rolle i egen familiehistorie (Stern 2000).

I og med barnets situation er sårbar, bliver det nye moderskab det også. Det er alt andet lige sværere at finde sig til rette i den nye rolle som forældre, når alt starter

i mere eller mindre kaos. Den afbrudte graviditet og det, at man i begyndelsen ikke kan gå ind og påtage sig det fulde ansvar over barnet, besværliggør bevægelsen frem mod det psykologiske forældreskab. Samtidig betyder de begrænsninger, som situationen sætter, at moren ikke får den bekræftelse i nærværet med barnet, som er med til at opbygge følelsen af kompe-

tence som mor. Især i begyndelsen kan det opleves diffust for moren hvilken opgave og betydning, hun har for sit barn. Reorganiseringen, det at se sig selv og finde sig til rette som mor, tager derfor som proces ofte længere tid. Der er en øget grad af usikkerhed, en skrøbelighed og sårbarhed både hos barnet og moren. Dette gør det sværere for moren at opfatte og mærke sig selv



som kompetent mor, og får betydning for om hun med en vis sikkerhed/autoritet formår at placere sig i egen familie nu også som mor.

Tilknytning og kontakt

Det er svært at begynde en opbygning af en sikker base for barnet (Bowlby, 1995), mens barnet er indlagt på neonatalafsnittet. Det er vanskeligt at placere sig som en modtagelig tilknytningsfigur for barnet, når ens rolle under indlæggelsen er uklar, og når barnet er så afhængig af den professionelle hjælp. Det, der føles mest naturligt som at røre ved og holde sit barn, kan/må man ikke gøre på den måde, som man umiddelbart har lyst til, og som føles mest naturligt. Også amningen foregår helt anderledes end forventet. I begyndelsen skal mælken pumpes ud ved en maskine, og senere kan selve amningen for nogle blive en besværlig proces, hvor det kan tage lang tid for barnet at lære at spise. Netop denne tid er særlig svær, fordi angsten for om det vil lykkes, samt følelsen af ikke slå til som mor, er overvældende. At se sit barn med sonde føles ofte som en påmindelse om hele forløbet, om smerten, om de bristede forventninger.

Sensitivitet og signalsvaghed

En sensitiv forælder er i stand til at se, hvad der sker ud fra barnets synsvinkel, at tolke signaler og

reagere hurtigt og adækvat. Formålet er at hjælpe barnet til at opnå gunstig psykisk tilstand eller nå sine mål (Smith, 2003). Via morens sensitivitet får barnet erfaring med at få støtte udefra til regulering af indre følelsesmæssige tilstande. Sensitiv forældreadfærd korrelerer med sikker tilknytning (Esbjørn, 2008). Tilknytningen har stor betydning for måden, barnet vil relatere sig til andre mennesker på fremover, idet barnet i sine første erfaringer med kontakt opbygger forventninger/ "indre arbejdsmodeller" for hvordan, samvær generelt fungerer.

For tidligt fødte børn er kendetegnet ved signalsvaghed, dvs. vanskeligheder ved at regulere vågenhedsgrad og umoden motorik (Nordström & Stjernquist, 2002). Disse forhold gør det ekstra svært for forældrene at tolke barnets signaler – at være sensitive forældre. For tidligt fødte har svært ved at udtrykke og dermed vejlede forældrene i det, de har brug for og vil, og deres signalsvaghed begrænser deres medvirken i den proces og det samspil, som fremmer tilknytningen. (Nordström & Stjernquist, 2002). Selve det, at der er tale om en begrænsning i den fysiske kontakt mellem forældre og barn, gør det også sværere som forældre at placere sig som tilgængelig, hvilket er en forudsætning for sensitiviteten. Smith (2003) påpeger, at det

pga. barnets tilstand oftere i de første par uger og måneder er sværere for forældre til præmature at afstemme samspillet i overensstemmelse med barnets signaler, end det er for forældre til mature børn. Forældrene kan let blive for insisterende og for aktive i begyndelsen. Heldigvis kan mange af børnene med tiden hjælpe forældrene i samspillet, fordi det bliver mere tydeligt, at barnet trives, og dette giver ro og en følelse af kompetence hos forældrene. "Når de reguleringsproblemer, der typisk opstår i det første halvår, er løst, synes de fleste af forældrene i lige så høj grad som andre omsorgspersoner at være i stand til at skabe forudsætninger for en tryk tilknytning", konkluderer Smith (2003, p. 166). Omvendt er de børn, hvor forældrene i forvejen har vanskeligt ved at være sensitive, ekstra udsatte.

Kængurumetoden

For mange forældre bliver det at sidde med deres barn et springende punkt. Der finder de ro og styrke midt i kaos og angst. Kængurumetoden² (Persson, 2001), det at en af forældrene sidder hud til hud med barnet, opleves ofte som noget af det eneste, der føles meningsfuldt. Kontakt og opbygning af tilknytningen, af båndene mellem mor og barn, bliver central, også i forhold til at udholde situationen »





og den indre uro og bekymring, der følger af, at barnet er født for tidligt. For de fleste mødre bliver det særdeles vigtigt, at de selv får lov at være den, der, f.eks. for første gang tager barnet med ud i en forældrestue, når barnet bliver klar til det. At forældrene kommer i centrum med barnet kan reparere på tabsfølelserne og de bristede forventninger. For nogle mødre kan alle de belastninger, der forbindes med den for tidlige fødsel, umiddelbart hæmme hende i at elske barnet frit og ubesværet. Men moderskabsindstillingen træder i de fleste tilfælde i forgrunden og overskygger det, der udfordrer kærligheden (Stern 2000). Tilknytningen foregår hele barnets opvækst igennem, og der kompenseres derved for den manglende eller hæmmede kontakt i begyndelsen af barnets liv (Nordström & Stjernquist, 2002).

NIDCAP

Den primære relateren vil med fordel kunne hente inspiration og støtte i den udviklingstilpassede neonatalpleje udviklet af psykologen Heidelse Als, Harvard University (Als & Gibes, 1986; Kleberg, 2001; Nordström & Stjernquist, 2002). Metoden kaldes NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Plejen tilpasses hvert barns individuelle behov og modenhed, og der er

strukturerede adfærdsobservationer og individuelle plejeplaner (Nordström & Stjernquist, 2002). Dette vil kunne danne solidt grundlag for den konkrete vejledning af forældrene og give dem de nødvendige forudsætninger for at forstå barnets signaler og for at kunne tilpasse stimuli barnets behov, dvs. øge sensitiviteten over for barnet. Netop forståelsen for det individuelle ved barnet kan være centralt for forældrene, og kan støtte opbygningen af sikker tilknytning. Der er behov for at sikre samstemthed i kontakten mellem forældrene og det for tidligt fødte barn. Jo bedre barnets signaler følges og tolkes, jo bedre kan man som forældre tilpasse sig i spillet og jo bedre bliver kontakten. (Kirkebæk m.fl., 1994). Undersøgelse af mødres oplevelser med NIDCAP peger på, at de tidligere knytter sig til deres børn (Kleberg, A., Hellström-Vestas, L. & Wodström, A-M., 2007). NIDCAP har medført øget forståelse for de præmatures behov for ro og fred, en ro der alt andet lige også må kunne afspejles i dets evne og overskud til at indgå i kontakt.

Far og mors forskellige reaktioner

Fædre til præmature børn er i en ganske særlig situation. Undersøgelsen fra 2002 af Nordström & Stjernquist viser, at fædre til præmature det første halvår deltager

mere i omsorgen for barnet end fædre til børn, der er født til tiden. Dette tager sin begyndelse allerede ved fødslen, hvor faren typisk tager imod barnet, følger barnet ned på neonatalafsnittet og har eneansvaret de første timer.

De fleste forældre oplever, at de er hinandens største støtte under indlæggelsen. Samtidig beskriver de indbyrdes forskellige reaktioner. Far bevarer ofte mere ro og håb under indlæggelsen, og mor bekymrer sig mere, græder mere og pines af de bristede forventninger, som hun også oftest har haft flest af, især af de forestillinger der er knyttet til den første tid. Far forventer, det er hans opgave at beskytte og trøste, at mobilisere styrke og håb, og det har betydning for mor, at far ikke tilslutter sig f.eks. hendes forestillinger om skyld. (Sylvest, 2000; Kirkebæk m.fl., 1994). Det er oftest faren, der indhenter informationer og sætter sig ind i den tekniske del af overvågningen, og i dette kan han finde styrke, kontrol og fornemmelse af at gøre noget godt for barnet. Oftest er den "arbejdsdeling", der er mellem mor og far hensigtsmæssig, men den kan blive problematisk, hvis faren føler sig for afmægtig over for morens bekymring, eller hvis moren presser faren til at reagere som hun selv. (Sylvest, 2000).

Stern (2000) mener, at forældrene skal genopfinde ægteskabet



Far bevarer ofte mere ro og håb under indlæggelsen og mor bekymrer sig mere, græder mere og pines af de bristede forventninger.



efter fødslen. Moren skal finde en måde at tilpasse moderskabsidentiteten til ægteskabet. Den nye faderskabsindstilling, dvs. farens ændrede perspektiv på livet og sine forpligtelser, herunder at skulle beskytte og sikre den nye familie både økonomisk og fysisk, betyder også en ændring for ham og hans måde at være i ægteskabet på.

Undersøgelse (Smith, 2003) viser, at forældre til børn i 4 måneders alderen har højere kvalitet i parforholdet betydning for morens tilfredshed med sin moderrolle. Dette medvirkede til øget grad af sensitivitet i samspillet med barnet og ved slutningen af barnets første leveår medførte det en mere sikker tilknytning.

Mødre der hjælper hinanden

Under indlæggelsen får nogle af forældrene - og særligt mødrene - så god kontakt til hinanden, at de både undervejs i indlæggelsen og efterfølgende har stor gavn af det. For mødrene kan det være en lettelse at høre, at andre har tilsvarende følelser og reaktioner både i relation til barnet og også ofte til faren. Genkendelsen virker beroligende og mindsker følelsen af at være forkert. Trods den gensidige støtte under indlæggelsen mister forældrene ofte kontakt med hinanden efter udskrivningen (Hoff & Mølholm Hansen, 2004). Men der,

hvor det gennem længere tid lykkes at fastholde forbindelsen, kan det være en stor hjælp, fordi mødrene så umiddelbart forstår hinandens tanker og følelser.

Hjælp og bearbejning

Når man er ramt af tab, er man yderst følsom over for omgivelsernes reaktion. Det er let at vække den tabsramtes irritation eller vrede, som han/hun kan have svært ved at beherske. Der kan også blive stillet urealistiske krav fra forældrenes side (Fyhr, 2000). Forældrene kan selv være forskrækkede over deres vrede og for mødrenes vedkommende til tider også over den jalousi, de kan føle over for højgravide eller andre mødre, der har født til tiden. Under indlæggelsen har forældrene derfor, ud over læge- og sygeplejefaglig indsats over for barnet, brug for omsorg og fintfølelse for at blive rummet med alle deres reaktioner, også når de til tider udviser tvivl om personalets kompetence. Der er endvidere brug for, at personalet tager højde for, at forældrene pga. deres krisetilstand ikke kognitivt fungerer, som de plejer, hvorfor gentagelser af vigtige beskeder er nødvendigt.

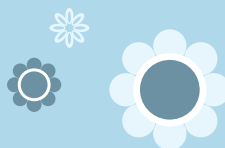
Under indlæggelsen må de professionelle være åbne over for det, som forældrene har brug for i deres krise. Den mestringsstrategi, der giver mening for den pågældende

forælder, kan udefra synes umulig. Der må tilbydes støtte i forhold til at etablere fokuspunkter som selvbeskyttelse, f.eks. at den enkelte forælder opfordres til at passe på sin krop og undgå total udmattelse. Moren har brug for med omsorg at blive mindet om og få sat struktur på at få sovet og spist, hun har både fysisk og psykisk brug for det for ikke at drukne i kaos. Det er en måde at få en form for kognitiv dimension ind i mestringen i en tid, hvor følelserne er så intense og overvældende.

Der er brug for vejledning både generelt i forhold til præmature som en form for psykoedukation, og især mere specifikt i forhold til det enkelte barn, jvf. NIDCAP (Als & Gibes, 1986; Kleberg, 2001; Nordstrøm & Stjernquist, 2002). Der kan være behov for hjælp til at tolke barnets signaler og støtte til at udholde uroen for barnet (Nordstrøm & Stjernquist, 2002). Forældrene kan støttes ved at spejle barnets personlige træk, svar og reaktioner på forældrenes omsorg (Brodén, 1991). Det kan også hjælpe forældrene, at personalet påpeger barnets kompetence, fordi det øger forældrenes engagement, hvis de støttes i at opfatte barnet som individ og ikke kun som et lille udsat væsen (Brodén, 1991).

Moren har brug for bekræftelse på de områder, hvor hun virkelig kan føle sig som mor uanset hvor

»





ubetydelige, de umiddelbart kan synes. (Stern, 2000). Der er brug for, at morens tålmodighed og væren omkring barnet valideres, at hun bekræftes i, at det har en særlig betydning for barnet, at hun er der. Hendes følelse af kompetence som mor er central for hendes måde at gå ind i opbygningen af tilknytning på.

Undersøgelse (Elklit, Hartvig & Christensen, 2008) peger på følgende interventioner for at forbygge belastning: bedre information og mere dialog med forældrene for at give dem en følelse af at bidrage, samtaler når barnet gennemlever kriser og omfattende psykologhjælp til forældrene også efter udskrivelsen.

Sorg

Jeg taler ofte med forældre, der et godt stykke tid efter fødslen synes, at de ikke burde sørge, nu hvor deres barn trives. Det at få anerkendt, hvad der er mistet – graviditet, drømmebarn, almindelig fødsel, første tid osv. – bliver centralt i helingsprocessen. Det bliver vigtigt, at sorgen ikke gemmes væk, men at den bliver anerkendt som en del af ens liv. De konkrete oplevelser, man har haft på neonatalafsnittet, forsvinder ikke, ligesom den konfrontation, der har været med livets til tider barske vilkår, heller ikke viskes ud. Forældre kan også efterfølgende have brug for at tale om forløbet - om skuffelsen og

forskrækkelsen - og om forskellen mellem det forestillede barn og det virkelige, om forskellen mellem den forestillede start på moderskabet på et barselsafsnit og det virkelige forløb på neonatalafsnittet. Fyhr (2000) påpeger, at det egentlige sorgarbejde består af at forlige sig med de gentagne skuffelser, der opstår, når drømmen kolliderer med virkeligheden, og når virkeligheden fortrænger den ønskede og værdsatte drøm.

Ejerskab af følelser

Det bliver vigtigt, at man kommer til at eje sine følelser omkring det hændte, at man får gjort sorgen og krisen til sin. Ikke sjældent medfører ejerskab, at nye og mere positive aspekter ved alt det, der er sket, dukker op, f.eks. en oplevelse af at have fået større indlevelse i andre mennesker. At tage det man oplever til sig med alle de nuancer, det rummer, kan skabe grobund for genskabelse af ny mening og tillid til livet på trods af den indbyggede usikkerhed og foranderlighed. I det terapeutiske arbejde bliver det centralt langsomt at folde den enkelte mors oplevelse ud, herunder de modsatrettede følelser og den afstand, der kan være mellem det forestillede og det virkelige. Ejerskabet af ens oplevelser kan gøre det nemmere at være tilstede og nærværende i nuet, fordi man ikke skal bruge psykiske kræfter på at holde

følelser/ oplevelser ude, eller ønske dem anderledes. Denne tilstedeværelse har børnene god gavn af.

At se sit barn

En af vores mest vitale opgaver som forældre er at se vores barn, som det er, så klart som muligt. Hvad er barnets svage og stærke sider, barnets talenter, hvad foretrækker barnet, hvad kan det lide og ikke lide osv. Ved at se dette, kan man hjælpe barnet til at følge en vej, der passer til dets indre design (Stern, 2000). Denne proces bliver ofte ekstra udfordrende for forældre til et for tidligt født barn. Mange forældre er nervøse for at pylre om deres barn, at komme til at fastholde barnet i den sårbarhed, de har oplevet hos barnet som spæd. Omvendt er de også bekymrede for at overse vanskeligheder og tegn på senfølger. Det, at barnet er født for tidligt, kan derfor besværliggøre den opdagelsesproces, man som forældre går ind i for at lære sit barn at kende, og som man løbende befinder sig i for at imødekomme barnets behov. Der er brug for tålmodighed og en optimistisk, følsom tilgang til barnet (Brazelton, 1992).

Tvivl om barnets trivsel

Hvis man som forældre senere kastes ud i tvivl om sit barns trivsel, er det en hjælp for de fleste at udforske, hvad man oplever, få identificeret det, man frygter, håber



på osv. Det bliver centralt at få skilt egne oplevelser fra det, man konkret ser hos barnet. Hvis arbejdet med at få afstand til drømmebarnet ikke er lykkedes tilstrækkeligt, vil det også senere i livet kunne stå i vejen for at se det virkelige barn i dets særgenhed og med dets eventuelle vanskeligheder. Hvis man evt. med hjælp og støtte får konkretiseret og nuanceret tvivlen om barnets trivsel, vil det som regel give én en fornemmelse af øget handlekraft, fordi tingene bliver mindre uoverskuelige og rodede, også selv om man er ked af det, hvis ens barn har vanskeligheder. Fokus rettes mod arten af barnets vanskeligheder og det, der kan gøres for at hjælpe, snarere end mod årsagsforklaringer.

Bekymring for senfølger

Det kan være svært for forældre at vælge, hvordan de skal omtale den for tidlige fødsel til professionelle senere hen, ikke mindst hvis der er opstået bekymring. På den ene side vil de gerne have forståelse for og opmærksomhed på, hvad det betyder/har betydet for barnet (og dem selv), på den anden side kan de være usikre på, om barnet vil blive stigmatiseret. En del af de vanskeligheder, præmature kan få, er såkaldte skjulte vanskeligheder (udtrætning, sanse-sårhed og øget behov for struktur), hvor det er nødvendigt i helhedsvurderingen af barnet, at barnets

funktionsniveau både hjemme og ude inddrages. Det er en problematik, der ikke bliver nemmere af, at der kan være vanskeligheder med at fagpersoner (f.eks. lærere, pædagoger, sundhedsplejersker...) undlader at medinddrage den for tidlige fødsel i forståelsen og barnet og familien. Hvis man som forældre oplever, at den for tidlige fødsel overses og ikke anerkendes, efterlades man ofte med følelsen af at blive alene med overvejelserne og bekymringerne om den for tidlige fødsels mulige betydning for barnets vanskeligheder. Dette kan være uheldigt, fordi børn har gavn af et godt og tillidsfuldt samarbejde mellem hjemmet og de professionelle. Omvendt har både barn og familie også brug for, at den for tidlige fødsel ikke automatisk bliver årsagsforklaring på ethvert problem, der måtte opstå, men at det inddrages og medtænkes relevant. Dette kræver de professionelles fintfølelse og forståelse for, at forældrene har været i en særlig krise i barnets første tid, samt at de kan have en mere eller mindre relevant bekymring og angst for senfølger. Den for tidlige fødsel er blevet en del af familiens psykologiske historie.

Opsummering

Den for tidlige fødsel har betydning for hvordan, det føles at blive mor. Der sker et sammenfald af

naturlige forandringsprocesser og krisereaktioner. Moren bliver eksistentielt ramt og den for tidlige fødsel griber ind i de særlige temaer og opgaver, som er knyttet til moderskabsindstillingen og påvirker denne. Graviditeten afbrydes mens morens forestillinger om barnet, drømmebarnet, står på sit højeste og kan forstyrre paratheden til at tage imod det virkelige barn. Der er tale om et tab af drømmebarn og en efterfølgende sorgproces.

Tilknytningen påvirkes af, at det præmature spædbarn ofte kendetegnes ved en signalsvagthed, som gør det vanskeligere for forældrene at være sensitive og samstemmende i kontakten med barnet. Den særlige sårbarhed, som den for tidlige fødsel medfører for moderskabsindstillingen og tilknytningsprocessen, kræver en særlig opmærksomhed og omsorg fra de professionelles side, både under barnets indlæggelse og senere i barnets liv. Den svære begyndelse bliver en del af familiens historie og må ikke mindst, hvis

der opstår bekymring for barnet senere hen, medtænkes for at fremme samarbejdet med familien. •

Litteraturliste – kan ses på www.sundhedsplejersken.info.

Artiklen stammer fra: MATRIX Volume 26, nummer 3, Dansk Psykologisk Forlag 2009.

Den særlige sårbarhed, (...) kræver en særlig opmærksomhed og omsorg fra de professionelle side





Sanse-Motorik

om hjernens arbejde fra sansning til motorisk handling

Af: **Peter Thybo**, Fysioterapeut, Master i Læreprocesser, PD. alm. pæd., Pt. Spc.



Barnets tidlige opvækst er generelt præget af en fantastisk udvikling på alle tænkelige områder. Udviklingen skubbes frem af mange forskellige mekanismer, hvoraf nogle er medfødte, f.eks. bevægereflekserne, men også barnets eget behov og lyst til at eksperimentere samt forældre og omsorgspersoners stimuli er vigtige igangsættere til udviklingen.

På trods af tidlige sanseerfaringer i fostertilværelsen er barnet ikke født med en veludviklet forståelse for den fysiske verden, men må selv - med omgivelsernes hjælp - gøre sine erfaringer. Det gør barnet ved at mærke verden igennem aktive handlinger. Interaktionen med omgivelserne udvikler hjernen, og barnet finder ud af, hvordan verden og det selv fungerer og ikke mindst, at det kan gøre en forskel. Når barnet handler ud i livet, handler det ganske enkelt livet tilbage i både krop og forstand. Barnets udvikling har derfor i de første år sanse-motorikken som omdrejningsakse, og først senere kommer muligheden for tænkning og refleksion.

Udviklingen er således betinget af stimulation og

især selvstændig aktivitet, og i den forbindelse kan for tidligt fødte børn have brug for ekstra hjælp. Det er vigtigt, at barnet får den nødvendige stimulation, for de tidlige sanse-motoriske oplevelser lagres i kroppen som handlingserfaringer, og det er et fundament som barnet bygger al anden viden og forståelse på resten af livet.

Således er sanse-motorikkens verden en både vigtig og spændende verden, for det drejer sig om langt mere end blot at sanse og bevæge sig. Det drejer sig dybest set om at blive et handlende og forstående menneske!

Hjernens to overordnede funktioner

I den tidlige udvikling efter fødslen er der især fokus på hjernens udvikling, både hos det fuldbårne og det for tidligt fødte barn. Hjernens har overordnet set to funktioner:

1. "Den Store Regulator" der regulerer talrige fysiologiske mekanismer i kroppen, f.eks. åndedræt, puls, vejtrækning, fordøjelse, urinudskillelse, temperaturregulering, tørstregulering m.v. således homeostasen (kroppens fysiologiske ligevægt) bevares.
2. Forbindelsesleddet mellem "Det Derude" (verden) og "Det Derinde" (mig), dvs. den omdrejnings-



akse, hvor sansestimuli bliver modtaget i hjernen, bearbejdet og fortolket for til sidst at medføre en motorisk idé, som hjernen via motoriske impulser sender ud til musklerne.

Dette kapitel belyser hjernens funktion som forbindelsesleddet mellem verden og krop, hvor krop og hjerne ikke alene opfattes som en genstand, men snarere en tilstand: En tilstand for liv og eksistens, der udvikles og formes i et situationsbestemt samspil med omgivelserne. Kapitlet inviterer på en rundtur i hjernen i en "Input - Output"-historie, dvs. lige fra sanseimpulserne træder ind i hjernen, til der sendes motorisk besked til musklerne om bevægelser. Udgangspunktet for denne fortælling om hjernens funktion er den normale hjerne, idet man må forstå afvigelser ud fra det normale. Hos barnet, der er for tidligt født, er der ofte flere områder i hjernen, som ikke er modnet aldersvarende, pga. af dels manglende myelinisering af nervevæv (fedtskeder som skal være omkring nerven for at den kan fungere), dels manglende udvikling af det neurale netværk mellem neuronerne (hjerneceller). Derfor kræves en mere målrettet ydre stimulation end ellers hos de for tidlige fødte børn.

Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, at man ikke nødvendigvis befinder sig i en "jo mere stimuli, jo bedre"-situation. Den umodne hjerne har ganske vist ekstra behov for ydre "kvalitetsstimulation" bl.a. via berøring og stimulation af vestibulærsansen, som har at gøre med balance og visse reflekser, men den har også brug for søvn for at få bearbejdet alle de mange sanseimpulser. Det er i forvejen et hårdt arbejde for hjernen at skulle lære verden at kende, og i dag ved man at hukommelsesmateriale, og dermed læreprocesser, konsolideres i søvnfasen.

Hjernens opbygning og funktion set i forhold til processen fra sansning til motorisk handling

Men hvor sker hvad i hjernen? Og hvorfor er det

egentlig vigtigt at vide? Når man arbejder med for tidligt fødte børn vil det være hensigtsmæssigt at man er orienteret om hjernens opbygning og funktion for bedre at kunne forstå de symptomer og den afvigende adfærd man registrerer hos barnet. F.eks. vil man ofte kunne støde på udtryk i førskolebørns journaler som lav arousal, sanseintegrationsproblemer, umodne frontallapper, hvilket med held kan tackles med neuropædagogik, som bygger på viden om hjernens funktion. Hermed vil man kunne målrette stimulation og træning i forhold til barnets behov. Desuden får man en fælles viden til dialogen med de mange faggrupper, der kan være involveret i arbejdet omkring det for tidligt fødte barn, f.eks. læge, syge- og sundhedsplejerske, fysio- og ergoterapeut, pædagog, talelærer m.v.

Lad os derfor danne et forenklet overblik over hjernens opbygning for derefter at gennemgå de overordnede funktioner fra sansning til motorisk handling. Den russiske neuropsykolog Alexander Romanovich Luria (1902 - 1977) opdelte hjernen i tre funktionelle blokke. Der er sket meget siden Lurias dage indenfor neuroscience, men modellen fungerer stadig godt som et pædagogisk udgangspunkt for en forståelse af hjernen:

Blok 1: Hjernestammen

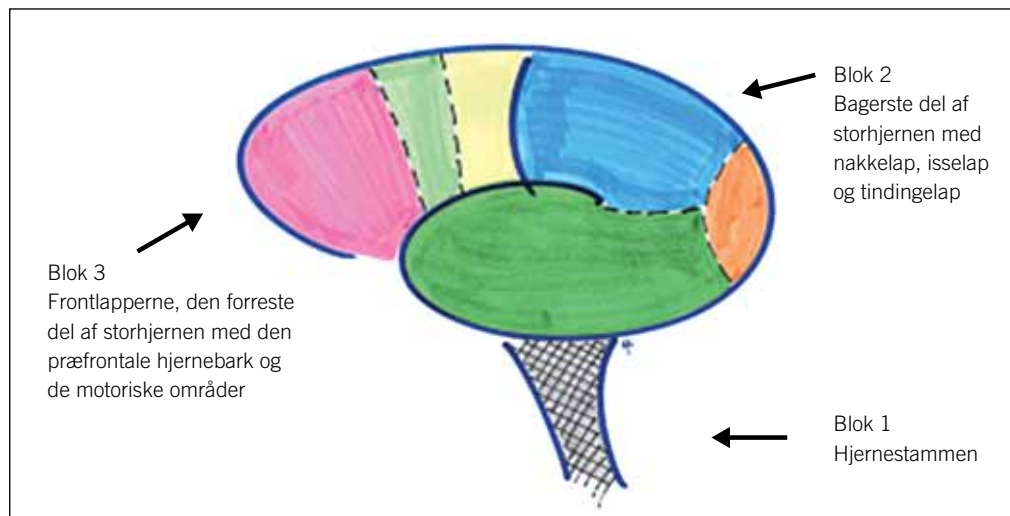
Blok 2: Den bagerste del af storhjernen

Blok 3: Den forreste del af storhjernen (frontallapperne).

Hvis du vil betragte en tredimensionel hjernemodel, kan man med lidt god vilje forestille sig hjernens anatomiske form som en champignon. Stilken vil da være hjernestammen (Blok 1), og toppen er storhjernen (Blok 2 + Blok 3). Hvis du tegner to øjne og en næse der, hvor toppen bukker rundt mod stilken, så ved du hvad retning hovedet vender. Fra punktet mellem øjnene trækker du en streg over toppen til den bagerste kant, altså til nakken. Du har nu fået »

Når barnet handler ud i livet, handler det ganske enkelt livet tilbage i både krop og forstand.



Fig. 1: Hjernens anatomiske opbygning.

delt hjernen i to hjernehemisfærer: en venstre og en højre.

Anatomisk ligner de to hjernehemisfærer til forveksling hinanden, men de arbejder på to vidt forskellige måder: Højre hemisfære arbejder hurtigt og har blikket for helheder, hvorimod venstre er væsentlig mere grundig og har blikket for detaljen. Derfor må du skrive et stort H på højre hemisfære for Højre og Helhed, og på venstre skriver du et stort V for Venstre og Veldetaljeret.

Tegn nu to ører på champignonen. Træk derefter en streg over toppen fra det ene øre til det andet. Nu har du fået lavet et kryds på toppen, og på den måde delt de to hjernehemisfærer i en bagerst og forrest halvdel. De to halvdele bagtil udgør samlet set Blok 2, og de to halvdele forrest udgør samlet Blok 3 (frontallapperne). Fig. 1 (side 26) viser hjernen illustreret med de tre blokke og inddeling af de vigtigste områder.

Blok 1: Hjernestammen

Hjernestammen regulerer vågenhed og reaktionsberedskab i hjernen, også kaldet arousal. Hos for tidligt fødte børn er arousal ofte nedsat pga. en umodenhed i hjernestammen, hvilket er grunden til, at de ligger slapt med benene ud til siden og der er mangel på interesse for stimuli (tilstanden kaldes hypoarousal). Med lav arousal er det svært at lære noget, for der er ganske enkelt ikke energi nok i hjernen til at drive læreprocesserne.

Forskellige sansereceptorer, kaldet intero- og exteroceptorer, sender impulser til Blok 1 fra henholdsvis kroppen selv og omverden. Nærmere bestemt går sanseimpulserne til hjernens største kerne, Thalamus, som sidder i toppen af hjernestammen (lugtesansen går dog direkte ind i hjernen). Herfra bliver sanseimpulserne sendt videre til modtagerområder i Blok 2.



Blok 2: Den bagerste del af storhjernen

I blok 2 foregår perceptionsprocessen, dvs. at signaler fra de bevidste sanser, syn-, føle-, høre-, lugte- og smagssans, modtages, bearbejdes og fortolkes. Eller med andre ord: Her bliver de indkomne sansestimuli gjort meningsfyldte. Således er slutproduktet af perceptionsprocessen oplevelsen af virkelighed.

Blok 2 er inddelt i tre lapper (nakkelap, isselap og tindingelap, se fig. 1) som hver især er sæde for de bevidste sanser. Størstedelen af blok 2 udgøres af et stort fælles område, hvor sanserne blander sig med hinanden. Man taler om sanseintegration.

Umodenhed eller funktionsnedsættelse i Blok 2 vil ofte kunne give det for tidligt fødte barn problemer med den krævende sanseintegration.

Blok 3: Den forreste del af storhjernen (frontallapperne)

Frontallapperne er helt specielle for mennesket, for der er ingen andre pattedyr der har så store og veludviklede frontallapper. Den forreste del af frontallapperne, den præfrontale hjernebark, varetager de højere kognitive funktioner. Kognition betyder at vurdere, tolke og forstå den information der er opstået gennem perceptionsprocessen. Kognition handler også om erhvervelse og anvendelse af viden og erfaringer gennem tænkning, hukommelse, problemløsning, læring og refleksivitet, og favner således alle de højere mentale funktioner i den menneskelige hjerne. Området er i øvrigt også sædet for personlighed og forestilling om fremtiden. Derfor er den præfrontale hjernebark området, der gør mennesket til menneske, og den del af hjernen, som færdigmodnes senest, nemlig omkring 25 års alderen.

Det præfrontale område varetager ligeledes den overordnede koordination af den øvrige hjernes funktion, og kan derfor sammenlignes med en dirigent for et vældigt stort orkester med mange medlemmer,

der spiller på mange forskellige instrumenter, og hvor hver har deres opgave.

I blok 3, lige bagved det præfrontale område, ligger også de motoriske områder, hvoraf den ene i et tæt samarbejde med lillehjernen forbereder motorik (man taler om at området komponerer bevægelsesmelodier, for nu at blive i det musiske udtryk), og det andet område igangsætter bevægelserne via motoriske impulser ud til skeletmuskulaturen.

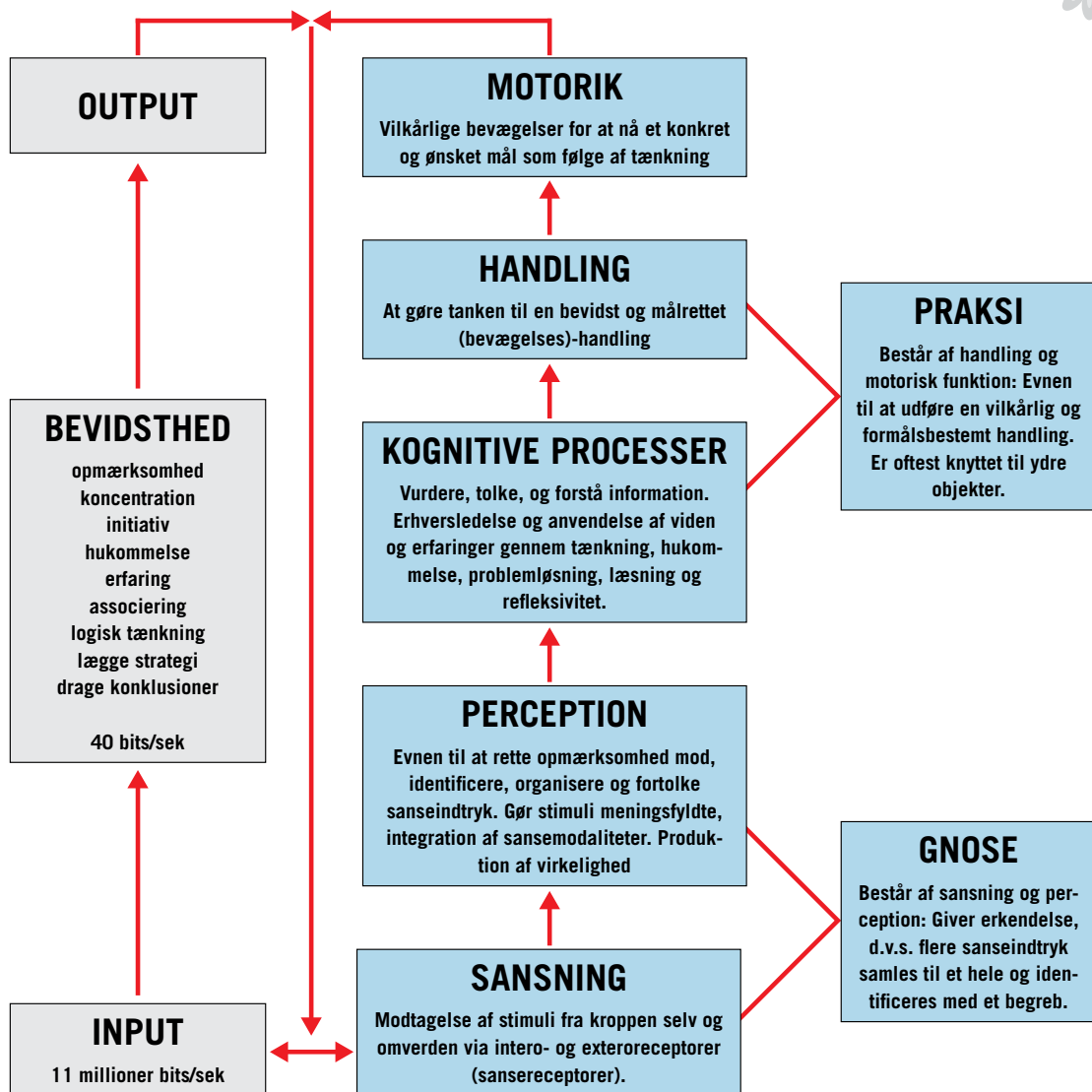
Mange voksnes dagligdagsbevægelser er så automatiserede, at det kan være svært at forestille sig, at man skal tænke over udførelsen af bevægelser, men prøv at forestille dig, at du vil lære at cykle på en éthjulet cykel, så skal du hurtigt komme til at tænke nøje over hver eneste bevægelse – indtil færdigheden er lært så godt, at den er automatiseret.

Umodenhed eller funktionsnedsættelse i Blok 3 er først og fremmest kendetegnet ved at hjernen kan få svært ved at magte koordination af sin egen funktion. »





Fig. 2. Processen fra sansning til motorisk handling



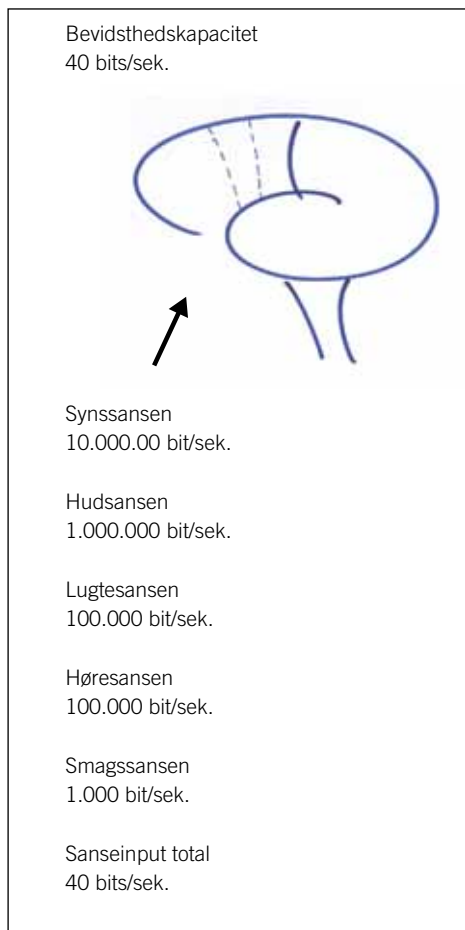
Umodne frontallapper vil kunne få indflydelse på de beskrevne kognitive funktioner, og vil i nogle tilfælde kunne komme til udtryk i adfærdsneurologiske vanskeligheder, f.eks. impulsstyret adfærd. I den normale hjernes udvikling dannes der nerveforbindelser i frontallapperne som kan hæmme impulser fra det limbiske system, et urgammelt system dybt i hjernen der har med stemninger, følelser og drifter at gøre, men også denne hjernemodning kan hos for tidligt fødte børn være forsinket.

For at danne et overblik over processen fra sansning til motorisk handling kan vi dele den op i fem led, som det vises i fig. 2 (side 28).

En oversigt over nøgleprocesser i hjernen fra sanseimpulser til motorisk handling, som igen udløser nye sanseimpulser (sanseorganerne er designet til at registrere forskelle i sanseimpulserne). Figuren antyder et hierarkisk forløb, men hjernen arbejder i virkeligheden heterarkisk, altså med simultane og indbyrdes afhængige processer (Thybo, 2007).

Selv om fig. 2 antyder en rækkefølge af processer, er det vigtigt at pointerer, at hjernen arbejder simultant, hvilket betyder at alle processer kører på én gang. Således er funktion og kvalitet af barnets hjernearbejde i ét område afhængig af, hvad der foregår i andre områder i hjernen. Endvidere skal illustrationen opfattes cirkulært, som en skrue uden ende, da det netop er bevægelser der udløser nye sanseimpulser som giver en vigtig feedback fra omgivelserne. Derfor omtaler man ofte "sanse-motorik" i ét sammenbundet ord, idet sansning og motorik er fuldt ud integreret og afhængig af hinanden. I den forbindelse er det vigtigt at huske, at menneskets sanseorganer udelukkende er designet til at registrerer forskelle i sansestimuli. Det er derfor ydre stimulation er så vigtig for det for tidligt fødte barn, fordi det ikke altid selv magter at søge denne stimulering pga. en hjernemæssig træghed. »



Fig. 3. Bevidsthedens kanalkapacitet.

I venstre side af fig. 2 ses et spor der indeholder bevidstheden og dens mange delelementer, bl.a. opmærksomhed og koncentration. Hvis barnets opmærksomhed retter sig mod et sansestimulus, f.eks. et ansigt, en rangle eller en lyd, er det ensbetydende med at barnet - hvis det magter det - stiller skarpt på netop det udvalgte stimulus. Det medfører at andre stimuli ikke bliver registreret, for bevidstheden

kan nemlig ikke bearbejde ret mange sansestimuli af gangen. Årsagen til dette er, at det koster meget energi at producere bevidsthed, og derfor har naturen lavet en spareanordning i hjernen der gør, at det neurologisk blot er muligt at være bevidst om ca. 40 ud af de over 11.200.000 sanseinformationsenheder som de samlede sanseorganer kan leverer til de fem bevidste sanser. Heraf leverer synet alene 10.000.000 informationsenheder (Zimmermann, 1989).

Spareanordningen giver også forklaring på, hvorfor nogle for tidlig fødte børn ofte har svært ved at gøre flere ting på én gang, f.eks. snakke og gå samtidig. De kan have svært ved at holde balancen pga. af nedsat kvalitet i sanse-motorikken, og bliver derfor nødt til at tænke bevidst over gangfunktionen med hele deres bevidsthedskapacitet. Med andre ord er gangen endnu ikke automatiseret, og derfor er der ikke "plads nok" til også at kunne formulere sætninger. Englænderne har et godt udtryk for dette fænomen: *"When talking stops walking"*.

Der er stor forskel på den mængde information der bliver leveret til hjernen, og hvad der er kapacitet til at blive bearbejdet af bevidstheden. Således er der rigtig mange sanseimpulser man aldrig bliver bevidst om.

Afslutning

Med baggrund i hjernens funktion må man være opmærksom på, at det for tidligt fødte barn får den sanse-motoriske stimulation, det måtte have brug for. Når barnet aktivt forsøger at bevæge sig efter stimuli, er der aktivitet i hele hjernen, og det stimulerer de forskellige beskrevne områder og funktioner til at samarbejde på kryds og tværs. Den sanse-motoriske udvikling er afgørende for barnets kognitive udvikling, deraf citatet "Grib og du kan begribe".

Sanse-motorisk stimulation påvirker dels den





vigtige myelinsering omkring nervetrådene, dels væksten i hjernens neurale netværk af dendritter og axoner (de "telefontråde" der forbinder de enkelte hjerneceller med hinanden), og dels antallet af kontakthflader, synapser, mellem hjernens ca. 125 milliarder neuroner. Sansemotorisk stimulation muliggør derfor en bedre kommunikation i hjernen. I sidste ende drejer det hele sig om læring; en læring der resulterer i, at verden bliver forståelig og meningsfuld for barnet, hvilket på sigt betyder, at barnet får bedre forudsætninger for at mestre sin tilværelse. •

Peter Thybo

Peter Thybo, sundhedsinnovator i Sundhedsfremmestaben, Ikast-Brande kommune. Har tidligere arbejdet 20 år som bl.a. ledende fysioterapeut. Er master i læreprocesser ved Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi, Aalborg Universitet og har en PD. i almen pædagogik. Blev i 2006 Danmarks første fysioterapeut med en specialistgodkendelse indenfor sundhedsfremme og forebyggelse. Peter Thybo er uddannet af Kommunernes Landsforening som udviklingskonsulent indenfor sundhedsområdet. Flittig brugt underviser og foredragsholder i Norden samt forfatter til flere lærebøger. Har skrevet talrige fagartikler om bl.a. pædagogik, neuropædagogik, læring, hjernen, motorik og sundhed til ind- og udenlandske fagblade. Der refereres i øvrigt til hjemmesiden: www.peterthybo.dk

Artiklen er skrevet til og første gang bragt i Bogen: Sundhedsplejersken som tovholder for familier med præmature børn, skrevet af Majbrit Hedegaard Benndsen, Skive Kommune

Litteratur

- Luria AR (1975). Hjernen. En introduktion til neuropsychologien. Nyt Nordisk Forlag.
- Christensen P, Thybo P (2007). Nervesystemet og hjernens funktion. i: Fysiologi & Anatomi – Det levende menneske. Munksgaard Danmark.
- Thybo P, Christensen P (2007). Bevægeapparatet & Motorik. i: Fysiologi & Anatomi – Det levende menneske. Munksgaard Danmark.
- Thybo P (2005). Neuropædagogik i terapeutisk og specialpædagogisk praksis - en introduktion. i: AGORA, Tema: Hjerne & Læring. CVU Storkøbenhavn, nr. 6, januar 2005.
- Thybo P (2004). When talking stops walking - om motorisk træning og bevidsthedens kapacitet. FOKUS, Videnscenter for hjerneskade, nr. 3. 11. årg.
- Thybo P (2004). Motorisk genoptræning efter en hjerneskade. Om motoriske læreprocesser med problemløsning som omdrejningspunkt. FOKUS, Videnscenter for hjerneskade, nr. 2, 11. årg.
- Thybo P (2000). Et fælles grundlag for neuropædagogik. Kognition & Pædagogik, 2000, nr. 37; 21 – 32.
- Thybo P (1996). Kroppen i livet og livet i kroppen. Danske Fysioterapeuter, nr. 21; 4 – 9.
- Zimmermann M (1989). The Nervous System in the Context of Information Theory. i: Schmidt RF & Thews G (eds.): Human Physiology, 2nd ed.,
- Springer-Verlag, Berlin.

ERFA-gruppe om præmature børn i – hvordan og hvorfor?

Af: **Anne Brødsgaard, Anne Kyhnæb, Margrete Overgaard, Laila Mortensen**

Ideen

Kimen blev lagt til en privat fødselsdags fest i Roklubens lokaler på Amager hvor Margrethe (sundhedsplejerske Næstved Kommune) og Anne (sundhedsplejerske Børneafdelingen, Hvidovre Hospital) fejrede fælles bekendte. Her fik vi i løbet af aftenen og den halve nat, akkompagneret af festmusikken, diskuteret vores interesse for præmature børn og deres familier samt adskillige aspekter og muligheder omkring disse. Ildsjælene holder aldrig fri og vi blev enige om, at det var et skib der var værd at forsøge at søsætte.

Baggrunden

Anne var på det tidspunkt ved at udvikle og implementere et præmatur projektet mellem Neonatalafdelingen på Hvidovre Hospital og Sundhedstjenesten i Københavns Kommune.

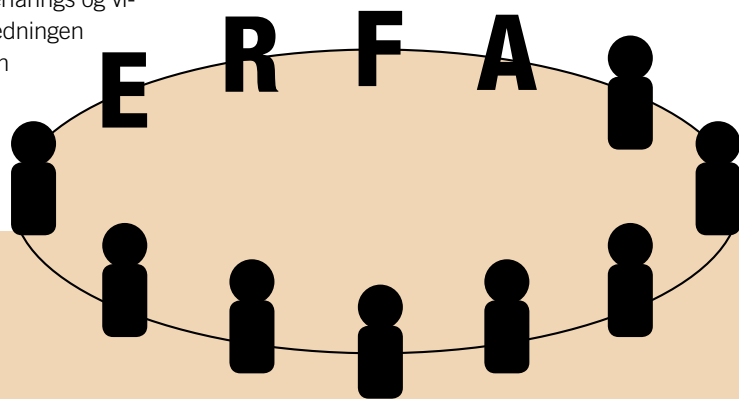
Margrete og hendes kollega Laila havde i nogle år arbejdet med præmature børn og deres familier i Næstved Kommune. De manglede inspiration til at forny sig i arbejdet, og ville gerne dygtiggøre sig til gavn for familierne. De havde hidtil brugt hinanden og de børneergoterapeuter som var deres samarbejdspartnere. Alligevel fornemmede de at erfarings og videns grundlaget ikke altid slog til i vejledningen i familierne. De søgte viden i litteraturen og på kurser, men sundhedsplejen målrettet de præmature børn og deres familier manglede de fort-

sat mere viden om. Den tilgængelige viden var mest baseret på beskrivelser af de præmatures vanskeligheder, og ikke formidlet i forhold til en sundhedsplejerske optik. Det var nærliggende, at der nok var flere sundhedsplejersker i den samme situation og at der uden tvivl var en stor viden rundt om i Kommunerne, som der kunne erfaringsudveksles med.

Samtidig var der røster i medierne om sundhedsprofessionelles (læger, sundhedsplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, pædagoger, socialrådgivere) manglede kompetencer. Foruden manglende støtte i kommunerne eller meget varierende støttetilbud afhængig af hvilken kommune familierne med de præmature børn boede i. På den baggrund var det også meget relevant at udveksle erfaringer på tværs af kommunerne.

Det første møde

Margrete, Laila og deres chef tilbød at lægge lokaler til et møde. Så var vi i gang. Vi inviterede bredt og åbent sundhedsplejersker i Øst-Danmark til et ERFA- møde i Næstved (26.01.2001). Der viste sig at være en meget stor interesse for at mødes og udveksle erfaringer. Der mødte 25 sundhedsplejersker og enkelte ergoterapeuter op til et møde uden dagsorden. Alle havde meget på hjertet i forhold til de præmature børn og deres



Øst-Danmark

familiers situation og vilkår. Vi erfaringsudvekslede omkring egne faglige kompetencer, kompetencer blandt kollegaer og ikke mindst holdninger til om præmature børn er en generalist eller specialist opgave. Der blev drøftet de forskellige tilbud fra kommune til kommune, sundhedstjenestens og den enkeltes sundhedsplejers rolle i dette. Fx var mødregrupper for mødre til præmature børn et hot emne. Da mødetiden var gået, var der stadig mange emner som fortjente mere tid, opmærksomhed og diskussion, og således var der lagt op til og enighed om, at gentage succesen med dagens ERFA-møde. Lige siden har ERFA-gruppen været en realitet og vokset sig større og større og haft et utal af relevante emner oppe til diskussion.

Koordinering

Anne blev naturligt koordinator for gruppen, da hun i forvejen var koordinator på præmatur projektet i Neonatalafdelingen. Hun opbyggede en adresse-database og påtog sig de administrative, koordinerende og modererende funktioner i ERFA-gruppen.

Videns deling

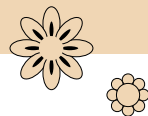
Der har altid været stor kreativitet i planlægningsgrupperne. Der har således i årenes løb været mange gode indlæg fra deltagerne. Efter nogle møder blev det relevant at udvide vores videns deling til at invitere såkaldte eksperter med til enkelte møder. Her følger et lille udsnit af emner på ERFA møderne:

Præmatures cerebrale udvikling, Sundhedsplejersken som tovholder til præmature,

Sanseintegration, Senfølger hos præmature børn, Særlig mødregruppe tilbud til præmature børn, Kost til præmature børn, Indlæg fra forskellige neonatalafdelinger, og meget mere.

»





Vi glæder os altid til møderne, hvor det er rigtig dejligt at møde en masse sundhedsplejersker, som brænder for de præmature, og vi kommer altid berigede og inspirerede derfra.

Økonomi

Vi følte det var lidt tamt ikke at kunne give eksperterne en lille anerkendelse eller refundere deres transportgodtgørelse, så en sundhedsplejerske gik ud og vaskede sin Tupperware madkasse og donerede den til pengekasse. Dem der ville lagde 5 kr. i Tupperware madkassen fra egen lomme. Dagsorden og referater var blevet indført, og sammen med disse opgaver og værtskabet fulgte Tupperware madkassen med rundt i de enkelte kommuner afhængig af hvem der nu skulle være værter næste gang. For at få økonomien til at hænge sammen, blev det senere besluttet, at betaling for deltagelse i møderne ikke må overstige 100 kr. Pengene bruges til at betale en evt. ekspert, leje af lokale eller frokost. Den kommune der arrangerer afgør, om det er nødvendigt med betaling, og de sørger for planlægning og sammensætning af program.

ERFA gruppen i dag

Gruppen mødes to gange årligt, og der er fortsat mange emner som venter på at blive belyst og drøftet. I dag er der omkring 80 sundhedsplejersker der er tilmeldt ERFA gruppen, og der møder omkring 30-50 sundhedsplejersker op til møderne. Indholdet på møderne er fortsat forskellige emner, som vi sammen har besluttet, at det ville være relevant at tage op.

ERFA mødet arrangeres på Hvidovre hospital hver 3-4 år, og til dette møde inviteres desuden personale fra alle øst- Danmarks neonatalafdelinger til at deltage. På denne måde bygges der bro mellem sundhedsplejen og hospitalsafdelingerne omkring de præmature børn og deres familier. Planlægning af relevante emner er altid et punkt på dagsorden, ligesom

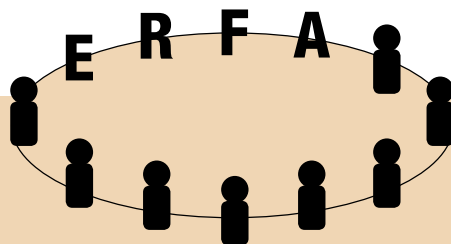
vi altid sørger for, at have planlagt hvem der holder de næste to møder. På den måde går møderækken aldrig i stå, og folk kender datoerne i god tid for de kommende møder. Der er stadig en fast koordinator (sundhedsplejerske Anne Kyhnæb) som udsender indbydelser og referater. Hun bruges ligeledes som koordinator hvis generelle spørgsmål skal mailles til hele ERFA-gruppen, og hvis nogle har brug for input i forhold til spørgsmål og sparing omkring de præmature børn og deres familier. På møderne har vi ofte faglige input fra en ekspert, men også altid afsat tid til en runde, hvor man erfaringsudveksler i forhold til hvordan det går i de enkelte kommuner. Denne erfaringsudveksling er meget givtig for alle parter, bl.a. er der kommuner der er langt fremme med vejledninger og besøgsprofiler for besøg hos præmature børn og deres familier. Erfaringer som er værdifuld for sundhedsplejersker i andre kommuner. Vi oplever at gruppen fortsat har sin berettigelse, ikke mindst fordi vi er helt sikre på, at vi er en rigtig god støtte til familierne med vores store viden om deres børn og deres behov, og fordi der fra forældrenes side bliver stillet større og større krav om en specifik viden fra os.

Jubilæum

Under udarbejdelse af denne artikel har vi erfaret, at det faktisk er 10 år siden, vi havde første møde! Der er adskillige sundhedsplejersker der har deltaget i alle årene.

Vil du deltage i ERFA-gruppe møderne

De kommende møder i ERFA-gruppen i Øst-Danmark afholdes den 08.03.11 i Ringsted Kommune og den 01.11.11 på Hvidovre Hospital. Dagsorden og tilmelding til begge møder kan ske via anne.kyhnaeb@hvh.regionh.dk.



Tidligt fødte i Danmark — anno 2011

Af: **Gorm Greisen**, professor og klinikchef, Neonatalklinikken, Rigshospitalet

Chancerne for de tidligt fødte børn bliver gradvist bedre. Det gælder både for overlevelse og med hensyn til senfølger. Stigningen i hyppigheden af tidlig fødsel ser ud til at være bremsset. Men tidlig fødsel er fortsat et stort problem, både for børnene, for familien, og for skole og samfund.

Mortaliteten

De sidste 30 år er mortaliteten indtil 1 års alder (spædbørnsdødeligheden) faldet jævnt. Nu er den ca. 1/3 af hvad den var i 1980. For børn født med gestationsalder 32 til 36 uger er den faldet fra knapt 3% til knapt 1%, for børn født med gestationsalder 28 til 31 uger fra godt 20% til ca. 5%, og for børn med gestationsalder under 28 uger fra 60% til 30%. Disse forbedringer er så store at det har bidraget væsentligt til at den samlede spædbørnedødelighed er faldet. Udviklingen er ikke speciel for Danmark og den danske spædbørnedødelighed er ikke specielt lav i Europæisk sammenhæng.

Handicap

Spastisk lammelse pga. hjerneskade og blindhed pga. præmaturitetsretinopati er de mest typiske senfølger hos tidligt fødte børn. Risikoen for spastisk lammelse hos tidligt fødte børn i Øst-danmark faldt fra 2.8% i

1983-86 til 1.3% i 1996-1999. I de sidste er kun 1-2 tidligt fødte børn blevet blinde hvert år i Danmark sammelignet med ca 10 børn om året i 1980'erne. Risikoen for handicap er selvfølgelig størst for de mindste børn og for de børn som har flest komplikationer før eller under fødslen eller i neonatalperioden.

De 'skjulte' senfølger

Der er foretaget mange systematiske efterundersøgelser af tidligt fødte børn, både i udlandet, men også i Danmark. Måske der det den patientgruppe overhovedet som er bedst undersøgt. Undersøgelserne har dækket før-skolealderen, skolealderen og ungdomsårene. De sidste år er der kommet flere resultater om de unge voksne. Helt overordnet kan man sige at tidligt fødte har flere problemer end børn født til tiden, problemet stiger med graden af tidlig fødsel. De ikke-handicappede børn kan vokse og udvikle sig upåfaldende i de første år og så kan der alligevel vise sig indlærings- eller adfærdsproblemer i skolen, eller koncentrationsbesvær. Derfor har man kaldt disse senfølger for 'skjulte'. Men hvis man tester det tidligt fødte barn i førskolealderen kan man i høj grad forudsige hvordan det kommer til at gå i skolen.

Mærkeligt nok ser det ud til at gå bedre efter skolen. Måske er samfundet mere rummeligt end skolen. Det store flertal af de mest tidligt fødte børn fra 1970'erne har fået uddannelse, er i arbejde og har stiftet familie ligesom andre. Men der er en ca. 5%





øget risiko for at det ikke sker. Vi ved også nu at der er en øget risiko for alvorlig psykiatrisk sygdom.

Den stigende hyppighed af tidlig fødsel

I Danmark (og det øvrige Skandinavien) har andelen af tidlige fødsler i mange år været ca 5%. Til sammenligning har det i USA været ca. 10%. Indtil 2006 så man en bekymrende stigning i Danmark - op til ca 7%. Der var formentlig flere årsager til dette, bl.a. højere fødealder, flere graviditeter efter kunstig befrugtning med tvillinger, og måske også en mere aktiv indstilling til igangsættelse af fødslen. Men en del af stigningen kunne man ikke forklare. De sidste år er fødealderen holdt op med at stige, der sættes nu normalt kun et æg op ved kunstig befrugtning.

Men tidligt fødte børn udgør fortsat størstedelen af de indlagte børn på landets neonatalafsnit, og for det enkelte barn og dets familie kan det være en stor belastning.

Den svære start

Tidligt fødte børn er ikke altid normale ved fødslen. Den tidlige fødsel skyldes ofte problemer i graviditeten og børnene er ofte væksthæmmede. Ofte skyldes den tidlige fødsel en infektion i livmoderen. Børn med alvorlige misdannelser fødes oftere for tidligt. Dertil kommer så de problemer som det tidligt fødte barns umodne organer medfører efter fødslen: lunger, hjerte, tarm, nyrer, lever. Behandlingen med respirator, CPAP, drop, parenteral ernæring kan medføre komplikationer. Akut infektion ('sepsis') er almindelig. På den baggrund må man sige at det er overraskende at det går så godt. Måske er en del af forklaringen at fødelægerne er blevet bedre til at få børnene født på det optimale tidspunkt, og neonatologer og neonatalsygeplejersker er blevet bedre til kun at gøre det som er nødvendigt og at forældrene er blevet mere inddraget.

Forældreinddragelse

I Danmark er vi særligt langt fremme med hensyn til at inddrage forældrene. Det viser sig ved at der er bedre muligheder for forældrene kan være hos deres barn døgnet rundt, at amning og lejrning hud-mod-hud bliver prioriteret højt, at forældrene deltager i eller ligefrem overtager den almindelige pleje, men også at de er medinddraget i beslutningerne som vedrører barnets behandling. Vi tror at forældrene bliver bedre til at se barnets behov og at tilpasse sig til dem. Vi tror også at det betyder at forældrene bliver mere trygge ved at stå alene med barnet når de kommer hjem og at de bliver bedre til senere at få den rette hjælp det rette sted.

Udfordringerne

Vi skal finde den rigtige balance i samarbejdet med forældrene. De skal støttes så de får overskud til at tage vare på deres eget barn. De skal hjælpes til selvhjælp, men samfundets drejning fra 'patient' til 'klient' skal ikke få os til at lade være med at tage ansvar.

Vi skal være åbne i grænselandet 'mellem abort og fødsel'. Det gælder også større børn med svære skader eller komplikationer. Vi skal vurdere barnet med alt det vi ved om det og om dets situation, og sammen med forældrene finde ud af hvad der er rigtigst at gøre. Vi skal gøre os den største umage med kommunikationen.

Vi skal finde nye behandlingsmæssige veje. Som det er nu kan vi ikke undgå at mange tidligt fødte børn får en længere periode hvor de ikke vokser. Vi ved at det sætter spor. Mange tidligt fødte børn får en grad af lungeskade under behandlingen. Mange tidligt fødte børn får en grad af hjerneskade.

Vi skal finde hensigtsmæssige måder at gøre det på. Sundhedsudgifternes stigning truer det offentlige sundhedsvæsen som er lige for alle. Vi skal fokusere indsatsen der hvor det gør en forskel. Vi skal beholde overskudet til at forbedre os.

Men tidligt fødte børn udgør fortsat størstedelen af de indlagte børn på landets neonatalafsnit

Nyt tiltag i sundhedsplejen i Hørsholm

– forebyggelse af skilsmisser

Af: Sundhedsplejerske, **Lene Jakobsen**,
lja@horsholm.dk

I begyndelsen af 2011 indførte sundhedsplejerskerne i Hørsholm et rutine screening af fødselsdepressioner hos mødrene samt tilbud om at deltage i Mødretræf for kvinder som har det psykisk svært efter fødslen. Dette tilbud er efterhånden fast rutine i mange sundhedsplejerske kredse, og kan i sig selv være med til at forebygge mange skilsmisser. I Hørsholm kommune er vi gået et skridt videre, og tilbydernu rutinemæssigt - samtidig med screeningen en Forældresamtale, hvor også mandens oplevelser og forventninger i forbindelse med et nyt barn kommer i fokus, og hvor sundhedsplejersken kan være med til at styrke forældrenes handlingskompetencer og forventninger til fremtiden. Forældresamtalen og screeningen tilbydes 6-8 uger efter fødslen, og tager ca. en time. I nogle få kommuner er sundhedsplejerskerne begyndt også at screene fædre for fødselsdepressioner, og det bliver måske også et fast tilbud i Hørsholm i fremtiden, da undersøgelser konkluderer at 8% af fædre også får en efterfødselsdepression.

Tilbuddet til forældrene om screening og Forældresamtale fremlægges og aftales om muligt, allerede ved det første hjemmebesøg. Selve screeningen og Forældresamtalen afholdes i vores konsultation med egen sundhedsplejerske i Børnesundhedshuset, hvor det er muligt uforstyrret, at have mere direkte fokus

på forældrene, samt gøre det naturligt at snakke om disse forhold med sundhedsplejersken udenfor hjemmet. Vi registrerer aflagte screeninger og Forældresamtaler, og håber selvfølgelig at dette tiltag kan være med til at få forældrene bedre fra start, så vi undgår de mange ulykkelige og omkostningskrævende skilsmisser. Ved Forældresamtalen kunne jeg forestille mig, at man i fremtiden også rutinemæssigt kunne drøfte forældrenes forbrug af alkohol og andre rusmidler, da disse emner også kan føre til mistrivsel i familien.

Tiden til ovennævnte tiltag, har vi i Hørsholm kommunes sundhedspleje fået ved at fødselstallet har været dalende igennem de sidste år, så vi på den baggrund har fået noget tid frigivet, og dels fordi vi længe har haft et ønske om at gøre noget aktivt for at forbedre familiernes trivsel, så vi i fremtiden kunne opleve færre skilsmisser.

På litteraturgruppens vegne,
Anette Sørensen

Litteraturanmeldelser

Titel: Samtaler med børn, unge og familier.

Forfatter: Gunnar Eide
 og Rolf Rohde
 Forlag: Akademisk forlag /
 Akademisk.dk
 ISBN: 978-87-500-4200-6
 Sider: 264 s

Anmelder: sundhedsplejerske
 Grethe Nilsson

OM BOGEN:



Bogens norske titel er "Sammen så det hjælper" og i kombination med bogens danske titel "Samtaler med børn, unge og familier" fortæller titlerne hvad bogen vil, nemlig at fortælle om noget af det, der er vigtigt i den mellem menneskelige relation, når vi vil være med til at fremme positiv udvikling, ændring eller læring i mødet med børnene, unge og familierne om deres samliv og i særdeleshed om deres samliv i livets vanskelige forhold.

Børneperspektivet er at forstå og formidle barnets vinkel, og målet er at hjælpe barnets stemme frem. Frem til de voksne der er omkring dem. At få barnets synspunkter, erfaringer, håb og bekymringer så direkte som muligt fra barnet selv. Bogen sidste kapitel

kaldes "Langtidsholdbar, sidste salgsdato og ferskvare" og lægger op til - at nogle grundværdier er langtidsholdbare bl.a. åbenhed, respekt og anerkendelse i de mange samværsmåder der findes - at tidligere individ og problemorienterede tænkning nærmer sig sidste salgsdato og - at øjeblikket er at betragte som ferskvare. Det er lige nu, det sker. Nu er øjeblikket for den gode samtale.

Bogen er en brugsbog - en metodebog, der giver inspiration til ens praksis, uden det dog derigennem bliver en manual. Der er knyttet teoretiske referencer og henvisninger både i de første kapitler og gennem hele bogen. Bagest i bogen er der litteraturliste og liste over nyttige netadresser.

Bogen har 10 kapitler og er fulde af inspiration og værktøjer. Helt konkrete og direkte anvendelige i hverdagen. "Livets elv er livet selv" i kapitel 2 (elv er oversat til flod i den danske udgave) er en måde hvorpå børn og voksne sammen kan fortælle familiens historie. Stil flere tænkespørgsmål, i kapitel 3 udfordrer til en spørgende og undrende holdning i mødet med andre mennesker. I kapitel 4 er beskrevet 22 metoder til at samtale på forskellige niveauer - netværk, gruppe, individuelle og familiesamtaler. Eksempler: "Orkemåler" er et samtaleværktøj som giver et synligt udtryk for kræfterne til at orke de daglige gøremål eller

opgaver og hvordan det påvirker de andre i familien. Metoden med "Ansigerne" skaber klarhed over de følelsesregister der findes og som kan komme til udtryk på forskellige måder. "Samtalebillede" viser forskellige situationer der kan anvendes som indgang til samtalen. "Livstræet" (tree of life) hvor formålet er at få de historier frem, som skaber sammenhæng, mening og håb. Blot for at nævne nogle. I kapitel 5 gennemgås Marta Meo, fordi Marta Meo indeholder så mange generelle holdninger og konkrete fremgangsmåder, som er grundlæggende for det at "være sammen så det hjælper". I kapitel 6 og 7 berøres legens og tegningens sprog og mulighed i samtalen. Kapitel 8 berettes om barnets seksuelle udtryk - om holdninger til et tema der ofte ikke bliver berørt når samtaler med børn og unge. Kapitel 9 har særlig fokus på børn af psykisk syge forældre. Fokus er, at det er vigtigt at forholde sig til de voksne som forældre og være optaget af børneperspektivet i familien. Ifølge tal fra Sundhedsstyrelsen skønnes at der er 120.000 børn der vokser op i familier med alkoholmisbrug og formentlig er der 100.000 børn der lever i familier med psykiske lidelser. D.v.s. børn i familier med risiko for sammenbrud af kommunikation og behov for at få sprog på noget, der har været umuligt at tale om. Der er

også eksempel på organisering af børnefokuserede samtaler indhold og metode i forbindelse med psykiatrisk afd.

FOR SUNDHEDSPLEJERSKER:

Der er måske ikke noget, der har større betydning for psykisk sundhed end en oplevelse af at være værdifuld og høre til i et fællesskab? Bogen er med sin tilgang til emnet og med sit indhold af nye og anderledes ideer til metoder der kan føre til gode samtaler om begivenheder, tanker og følelser et must for sundhedsplejersker - For sundhedsplejersker, der har lyst og mod til at kaste sig ud i gode samtaler med sårbare børn, unge og familier og få fornemmelsen af "at være sammen så det hjælper".

Jeg har selv prøvet at anvende nogle af de beskrevne værktøjer i mit arbejde med børn og familier fra andre kulturer og oplever det giver en anderledes og bedre måde at snakke om det, der er svært. Jeg opfatter at bogens indhold kan anvendes til alle børn og familier, uanset herkomst og problemtyngde.

Titel: "Kun for drenge – værd at vide om krop, følelser og sex"

Forfatter: Christian Graugaard

Forlag: Politikens Forlag

Sideantal: 144 sider

ISBN 978-87-567-9680-4

Anmelder: Lone Kjær Hein,
sundhedsplejerske og projektleder
Holstebro kommune



"Bogen enhver sundhedsplejerske bør læse!" Intet mindre!

Gen-nem mine snart mange

år som sundhedsplejerske har jeg ofte hørt kollegaer rundt om i landet sige "vi tager en pigesnak om menstruation og pubertet" eller at der mangler materiale til drengene. Bortset fra en håndfuld mænd er sundhedsplejersker jo kvinder, og vi ved en masse om menstruation, bryster, udflåd og pige/kvindekroppen. Men hvad ved vi egentlig om drenge?

Med bogen "kun for drenge" bliver vi lukket ind i et særligt drenge univers – en hyldet til drengekroppen. Forandringerne i kroppen gennem puberteten, identitetsudvikling, seksualitet, familie, kultur og samfund beskrives på en nænsom, kærlig og underholdende måde.

Bogen har et højt fagligt niveau – statistikker om sexsygdomme, over-

greb og meget andet er integreret i teksten, så det virker oplysende og underholdende frem for belærende.

Et særligt afsnit om piger – set fra et drengeperspektiv, vil være oplagt at finde inspiration i til pubertets- og seksualundervisning.

Illustrationerne i bogen er flotte og meget inspirerende – f.eks. ser man en dreng sidde med tøj på i omklædningsrummet og i baggrunden hans klassekammerater, der bader - her er det tydeligt at der er stort spring fra den mest udviklede til ham, der slet ikke er kommet i puberteten. Lige sådan en tegning, der kan bruges i enhver pubertetsundervisning.

Forfatteren Christian Graugaard, der både er læge og formand for Sex og Samfund har nok skrevet en bog "kun for drenge", men som han selv skriver i indledningen er piger, forældre, tanter og onkler, lærere og sundhedsplejersker velkomne til at læse med. Den opfordring er hermed givet videre med min varmeste anbefaling.

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

Vejledning til udarbejdelse af anmeldelser findes på hjemmesiden, hvor anmeldelserne fra Sundhedsplejersken bringes i sin fulde længde – se:

www.sundhedsplejersken.info
eller Kontakt:
christinalindhardt@fs10.dk

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



En virtuel skole

Astma-Allergi skolen.dk er bygget op som en virtuel skole, hvorfra man kan klikke sig ind i forskellige klasselokaler. I hvert lokale bliver der sat fokus på de steder, hvor der er brug for at være særlig opmærksom på faktorer, der kan forværre tilstanden for børn med astma og allergi. Samtidig er der gode råd om hvad man kan gøre – rettet til læreren,

til pedellen og kantinepersonalet og til sundhedsplejersken – og til eleverne selv. Hjemmesiden vil ligeledes komme til at indeholde en række *faktaark* om fx om førstehjælp og fysisk aktivitet og andre spørgsmål, der ofte rejses i relation til allergiske sygdomme, samt *tjeklister* over, hvad det vil være godt at tænke på i forskellige situationer. Hjemmesiden henvender sig først og fremmest til personalet i kommunens

folkeskoler og privatskoler, til SFO'er og fritidsinstitutioner og til den kommunale sundhedstjeneste. Men også kommunens skoleforvaltning, forældre og børn og unge, der selv har en allergisk sygdom, kan have glæde af at anvende siden. Evt. spørgsmål om hjemmesiden og pjecerne kan rettes til læge Jette Blands, Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S, tlf. nr 7222 7750, mailadresse jbl@sst.dk

Rapport om sundhedspersonalets behov for ny viden om kemikalier

Den nye vejledning er nu trådt i kraft og jeg har været rundt i det meste af landet og holde oplæg om den. Det har været spændende og interessant at møde så mange af jer og høre jeres refleksioner om vejledningen, så tak for jeres aktive medvirken ved disse møder.

kemikalier og deres helbredseffekter. I workshopen deltog repræsentanter for relevante grupper af sundhedspersonale, foruden patientforeninger, repræsentanter for kommuner og regioner samt Miljøstyrelsen og en række andre interessenter. Også FS 10 var inviteret.

I en række faglige indlæg illustreredes bl.a. kompleksiteten i at vurdere sammenhænge mellem kemikalier og helbredseffekter og de udfordringer sundhedspersonale kan blive stillet over for, når sammenhænge mellem sygdom og kemikalieeksponering skal vurderes. Der var også fokus på effekter af en række svært nedbrydelige kemiske stoffer. Indsats over for forgiftninger med kemikalier blev gennemgået, og indlæg om kemikalier og huden (kontaktseksem) og luftvejene

gav eksempler på mere eller mindre velkendte helbredseffekter af kemikalier. Der blev givet en status for viden om duft- og kemikalieoverfølsomhed, og endelig blev regulering af kemikalier ridset op.

Repræsentanter for forskellige grupper af sundhedspersonale opridsede i korte indlæg deres mere specifikke behov for viden om kemikalier og sundhed. Afslutningsvist var der nogle engagerede og frugtbare drøftelser i tværfagligt sammensatte grupper om, hvilke former for informationer om kemikalier, forskellige grupper af sundhedspersonale kan have behov for.

Rapporten kan hentes på dette link: <http://www.sst.dk/publ/Publ2011/CFF/Kemikalier/KemikalierOgSundhedWS.pdf>



Sundhedsstyrelsen holdt i november 2010 en workshop om sundhedspersonales behov for ny viden om



Ny hjemmeside sætter fokus på at give børn med astma og allergi en god skoledag

Nu er der nye muligheder for at få viden om, hvordan man på skolerne kan arbejde med forebyggelse af astma og allergi.

Astma-Allergi skolen.dk er en ny hjemmeside, der giver information om skolens hverdag i relation til allergiske sygdomme og giver gode råd om hvordan skoledagen for elever (og lærere) med astma allergi kan gøres lettere. Den er åbnet i marts 2011 i forbindelse med at skoleavisen, der er en gratisavis, der sendes ud til alle landets skoler, har astma og allergi som tema. Det er Astma-Allergi Danmark der forestår dette initiativ.

Astma-Allergi skolen.dk er udviklet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Astma-Allergi Danmark. I

samarbejdet indgår også udarbejdelsen af en række pjecer på området.

I første omgang er den tidligere pjec om erhvervsvalg ved allergisk sygdom blevet revideret. Og "Dit job, dit valg, dine muligheder - hvis du har astma - hvis du har høfeber - hvis du har eksem - eller har haft" udsendes her i marts måned til den kommunale sundhedstjeneste i alle landets kommuner sammen med nogle eksemplarer af skoleavisen. I støbeskeen for resten af året er pjecer om forebyggelse af kontakteksem, om astma og fysisk aktivitet, om indeklimaet i skoler og en pjec om indskolingen for børn med allergiske sygdomme.

Nyt om mistrivsel blandt skolebørn

Af Anna Paldam Folker & Lotte Bælum Mortensen

De fleste 11-15-årige skolebørn har det godt, men ca. en ud af fem har tre eller flere tegn på mistrivsel i deres daglige liv. De er kede af det, nervøse, har svært ved at falde i søvn, føler sig underfor eller er presset af skolearbejdet. Det viser en omfattende undersøgelse af psykisk mistrivsel, som netop er gennemført blandt elever i 5., 7. og 9. klasse. Undersøgelsen er udført for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed.

Skolebørns livstilfredshed falder i takt med antal tegn på mistrivsel

Undersøgelsen viser, at der er en klar sammenhæng mellem antal tegn på psykisk mistrivsel og lav livstilfredshed. To ud af tre elever med fem eller flere tegn på mistrivsel rapporterer lav livstilfredshed (69 % af pigerne og 66 % af drengene). Blandt elever med tre tegn på dårlig trivsel er der knap en tredjedel af pigerne (31 %) og en fjerdedel af drengene (24 %), der har lav livstilfredshed, mens der blandt elever uden tegn på mistrivsel er betydeligt færre, der rapporterer lav livstilfredshed (7 % af pigerne og 4 % af drengene).

Sådan er mistrivsel målt

Undersøgelsen måler i alt 12 indikatorer på psykisk mistrivsel:

- Emotionel mistrivsel: at være ked af det, i dårligt humør, nervøs eller at have svært ved at falde i

søvn næsten hver dag eller mere end en gang om ugen.

- Relationel mistrivsel: altid eller for det meste at føle sig udenfor, hjælpeløs, ensom og ikke-accepteret af andre elever.
- Mistrivsel i skolen: ikke at kunne lide at gå i skole, aldrig eller sjældent at føle sig tryk i skolen, at føle sig meget eller noget presset af skolearbejdet.
- Lav livstilfredshed (at svare 0-5 på en skala over livstilfredshed på 1-10).

Særlig stigning i emotionel mistrivsel

Ifølge undersøgelsen har hver femte pige (21 %) og hver sjette dreng (16 %) mindst ét tegn på emotionel mistrivsel hver dag: at være ked af det, i dårligt humør, nervøs eller at have svært ved at falde i søvn. Denne andel har været stigende i perioden 1991-2010. Blandt 13-årige piger er der sket en stigning fra 10 % til 23 %, mens stigningen blandt drengene er fra 9 % til 15 %.

Mindre utryghed men mere pres fra skolearbejdet

Det ser også ud til, at der er sket et skift i de udfordringer, som skolebørn oplever i deres dagligdag. Mens andelen af elever, der ikke føler sig trygge i skolen, er faldet fra omkring 12 % i 1991 til omkring 7 % i 2010, er der sket en stigning i andelen, der ikke kan lide at gå i skole i de sidste 19 år, især blandt drengene.

Undersøgelsen viser, at 15 % af pigerne og 19 % af drengene ikke kan lide at gå i skole. I 1991 var de tilsvarende andele 13 % af pigerne og 10 % af drengene. Andelen, der føler sig presset af skolearbejdet,

er også steget. Næsten hver tredje skoleelev (30 %) i 5., 7. og 9. klasse føler sig presset af skolearbejdet i 2010 mod en ud af seks i 1994 (17 %).

Mental sundhed beskytter

Der er efterhånden god dokumentation for, at mental sundhed ikke blot er en forudsætning for udvikling og læring, men også er en beskyttende faktor for risikoadfærd og udvikling af sygdom senere i livet. Det er derfor vigtigt, at forældre, lærere og fagfolk er opmærksomme på betydningen af god trivsel blandt børn og unge, og reagerer på tegn på psykisk mistrivsel. Som skolesundhedsplejerske har du mulighed for at påvirke elevernes trivsel ved at hjælpe dem med at tackle deres problemer, ikke mindst hvis eleverne kommer fra ressourcefattige hjem, eller hvis de har været udsat for mobning.

Samtidig viser rapporten, at der er en lang række dokumenterede tiltag, som skolen kan gøre for at forbedre trivslen på skolen. Det er blandt andet at lave en indsats, som involverer alle på skolen, og som sætter fokus på trivsel og mental sundhed, snarere end mistrivsel og psykisk sygdom.

Om undersøgelsen

Undersøgelsen bygger på data fra Skolebørnsundersøgelsen, som omfatter alle elever i 5., 7. og 9. klasse i et tilfældigt udsnit af landets skoler. Deltagelsen var 83,6 % i 2010 svarende til 4.922 elever. Skolebørnsundersøgelsen gennemføres på samme tid hvert fjerde år i Danmark og en lang række lande i Europa og Nordamerika. Det gør det muligt at sammenligne over tid og mellem lande (www.hbsc.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 21 86 08 70
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

Elmelunden 44
9260 Gistrup
Telefon 53 38 65 99,
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 68
2700 Brønshøj
Telefon: 42 70 72 57
E-mail: jettehonore@fs10.dk



Udgiver

Fagligt Selskab for
Sundhedsplejersker

Ansvarshavende redaktør

Anette Sørensen

Næste deadline

16. maj 2011

Aflevering

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

Udkommer

Sundhedsplejersken udkommer
6 gange årligt i lige måneder.

Annoncer Stibo Zone

Næste deadline 16. maj

Forretningsannoncer:

Hanne Kjærgaard Rasmussen
Tlf: 89 39 89 04, hakj@stibo.com

Stillingsannoncer

Birthe Juul Holm
Tlf: 89 39 89 04, bjho@stibo.com

Layout og grafisk produktion

Stibo Zone
Njalsgade 19 D, 2300 Kbh S
Tlf. 89 39 88 33
www.stibozone.com

Oplag

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

ISSN nr.

09069577



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

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



POST

B

PP

DANMARK

Afsender: FS for Sundhedsspijlerker7
Kasserer: Lisbet Nissen7 · H P Hanssens vej 17 · 6100 Haderslev

