

TEMA
Sundhedspleje
og uddannelse

God Jul

*“Jeg har aldrig bevidst planlagt
karrieren. Men jeg har altid
været optaget af nytænkning,
hvor der kunne være
samarbejde med andre i
interessante fællesskaber.”*

ELSE GULDAGER

LÆS OGSÅ

- Sårbare børn
- Om bækkenbundstræning
- Børn og spiseproblemer

Sundhedsplejersken

Nr. 06 | december 2014 | årgang 36

Inspireret af videnskaben

En modermælkserstatning beriget med MFGM*

Naturen vil altid være uovertruffen, når det gælder modermælken og alle dens finesser.

Ny, nordisk forskning giver os dog nu en større viden om spædbørns vækst. Forskerne viste, at der ikke længere er forskel på væksten hos børn, som henholdsvis ammes og får modermælks-erstatning. Desuden viste studiet, at de børn som fik modermælkserstatning beriget med MFGM havde en kognitiv udvikling svarende til de ammede børns¹.

Inspireret af resultaterne er den nye Allomin, som den første modermælkserstatning, beriget med MFGM. Børn som får vores nye modermælkserstatning har dermed forudsætningerne for at vokse og udvikles i lighed med de børn som ammes. Og med en naturlig beskyttelse mod øreinfektion som sandsynlig bonus¹.

Vi kommer aldrig til at kunne erstatte originalen, men i forhold til effekterne, er vi nærmere end nogensinde.



Vil du vide mere om TUMME studiet, kan du scanne QR-koden eller læse mere på <http://www.semperbornemad.dk/sundhedspersonale>. Du er også altid velkommen til at kontakte os på info@semper.dk eller tlf. 80 60 74 00.

* Mælkefedtkuglemembran.

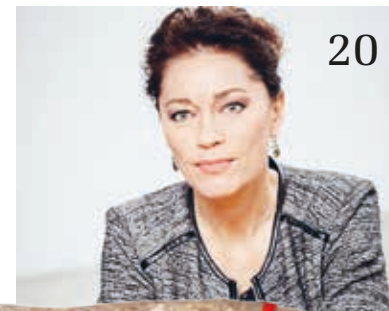
Reference: 1. Timby N, Domellöf E, Hernell O, Lönnardal B, Domellöf M. Neurodevelopment, nutrition, and growth until 12 months of age in infants fed a low-energy, low-protein formula supplemented with bovine milk fat globule membranes: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr* (2014) doi: 10.3945/ajcn.113.064295.



8



20



34



Indhold

- 4 Leder
- 6 Sundhedsstyrelsen orienterer
- 8 Skal, skal ikke?
- 14 Mangel på unge sundhedsplejersker, der kan forske
- 18 Opslagstavlen
- 20 Sårbare børn – vanskelige relationer?
- 24 Bækkenbund og træning
- 32 Nyt fra bestyrelsen
- 34 Observation af tidligt samspil
- 42 Sansemotoriske spiseproblemer hos spædbørn
- 50 Circle of Security Parenting (COS-P) "Tryghedscirklen"
- 54 Bestyrelsen

· "MANGE SUNDHEDSPLEJERSKER HAR ALLEREDE EN LILLE FORSKERSPIRE I MAVEN, NÅR DE AFSLUTTER DERES SUNDHEDSPLEJERSKE UDDANNELSE. ANDRE BLIVER NYSGERRIGE OG INSPIRERET UDE I SUNDHEDSPLEJEN GENNEM DERES DAGLIGE ARBEJDE MED BØRN, FAMILIER OG SAMARBEJDSPARTNERE"



"Studietiden byder på tid til fordybelse, udlandsophold, sparring med de ypperste eksperter indenfor dit felt og startskuddet til en karriere som forsker. Du får tilmed løn undervejs..."

Ingeborg Hedegaard Kristensen



SUSANNE HEDE
Formand for Fagligt Selskab
for Sundhedsplejersker

Glædelig jul og godt nytår



Efteråret skiftes ud med vinter og mørket sænker sig over landet mange timer i døgnet. I december har vi mange traditioner som retter sig mod børnene. Voksne og børn kan hygge sig sammen med julemånedens mange gøremål. Meget er som det plejer, men alligevel er 2014 gået på sin helt særlige måde.

I 2014 er sundhedsplejerskers rolle både forankret i fagets tradition, og på samme tid er der nye elementer.

- 4. eller 5. dags barselsbesøg har betydet, at sundhedsplejersker arbejder om lørdagen. I kommuner landet over er barselsbesøget implementeret, og hvis man spørger forældrene, så er de glade for muligheden for professionel hjælp, når babyen er helt nyfødt. Selv ved tredje barn siger en mor: "Det var meget godt, da hun var helt anderledes end de to første. Vi havde virkelig brug for sundhedsplejersken denne gang." Den faglighed og erfaring, som kommer i spil her, er en god støtte i forhold til amning, og barnets trivsel tidligt i livet.

- De mange forældrekurser betyder, at sundhedsplejersker arbejder med store forældregrupper, hvor rollen som underviser og procesansvarlig tages i brug. Kurserne afholdes ofte sidst på eftermiddagen og strækker arbejdstiden helt hen til aftens begyndelse. Fædrene er i et vist omfang deltagende, og det er måske en gevinst – men endnu ikke rigtigt evalueret.

- De nye studerende, som er 2 gange 3 måneder i praktik trækker på nye måder at være praktikvejleder på. De studerende kommer for nogles vedkommende med bedre forudsætninger i form af en bachelorsygeplejerskes pensum, men for andre med ringere forudsætninger, som f.eks. mindre kendskab til børn og erfaringer fra pædiatrien. Det stiller store krav til praktikvejlederne, som er udfordret på flere punkter. Ikke kun vidensniveauet, men også de studerendes private baggrund kan være en udfordring, som sundhedsplejen skal håndtere, så nyuddannede sundhedsplejersker både har nødvendig viden om faget, administrative og sociale kompetencer.

I 2015 er der en række udfordringer, som skal klares. En vigtig vej til løsninger kan være erfaringsudveksling mellem kommunerne, da nogen har "knækket koden" og løftet kvaliteten i ydelser til børn og unge og deres familier, samtidig med at arbejdsglæden er intakt. Nogle steder har erfarne sundhedsplejersker og de nyuddannede fundet hinanden til gensidig gavn for børnene. Nogen steder er der skabt balance mellem traditionerne og innovationen, så sundhedsplejerskerne med de gode erfaringer i hånden forstår at tage nye udfordringer op og bruge moderne teknologi og nye metoder – til gavn for børn og unge.

Bestyrelsen ønsker alle medlemmer
GLÆDELIG JUL OG GODT NYTÅR. ♥

Susanne Hede

**"I 2014 ER SUNDHEDS-
PLEJERSKERS ROLLE BÅDE
FORANKRET I FAGETS
TRADITION, OG PÅ SAMME
TID ER DER NYE
ELEMENTER."**



NOVAX byder
velkommen til
Aalborg & Samsø
Nu bruger
81 kommuner
NOVAX!

Nyt design og endnu bedre borgerkommunikation

NOVAX har udviklet en helt ny version af borgerportalen Sundhedsvejen, hvor tusindvis af familier følger deres børns udvikling og kommunikerer med sundhedsplejen. Designet er blevet opdateret og tilpasset mobile enheder som tablets og smartphones.

På den nye Sundhedsvejen kan sundhedsplejersken også sende digital post direkte til borgerne, ligesom der er adgang til skolejournaler. Det gør det endnu lettere at have en tæt dialog med familierne.

Den nye Sundhedsvejen er del af den NOVAX-opdatering, der bliver installeret i kommunerne over de næste par måneder.

SUNDHEDSSTYRELSEN ORIENTERER

NY HÅNDBOG OM SPÆD- OG SMÅBARNETS ERNÆRING

I januar 2015 udkommer ny håndbog om anbefalinger for spæd- og småbarnets ernæring. Bogen er udarbejdet sammen med en baggrundsgruppe bestående af sundhedsplejerske (udpeget af FS 10), en pædiater, en praktiserende læge, repræsentanter fra Fødevarestyrelsen og DTU, Fødevareinstituttet samt Sundhedsstyrelsens særlige sagkyndige i

spædbørnsernæring. Desuden har en lang række specialister bidraget til bogen med deres særlige ekspertise.

Der vil blive udsendt to eksemplarer til hver kommune, som efterfølgende kan købe bogen i Komiteen for Sundhedsoplysning. Bogen vil også kunne hentes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

10 nye projekter skal arbejde med sårbare gravide

I alt 17 kommuner har fået midler til at arbejde med den tidlige indsats for sårbare gravide. Puljen er udmøntet bl.a. med henblik på at udarbejde pakker til sårbare gravide, der gennem en koordineret tværfaglig og tværsektoriel indsats skal styrkes til forældreskabet gennem graviditeten. Indsatsen retter sig mod svangreomsorgens niveau 3 og starter allerede ved den første kontakt med praktiserende læge.

De 10 kommuner er: Fredericia, Haderslev, Horsens (sammen med Odder, Skanderborg og Hedensted), Kalundborg, Næstved, Ringsted, Silkeborg, Svendborg (sammen med Ærø, Langeland, Faaborg-Midtfyn og Nyborg), Sønderborg, Århus.

Vejledning om monitorering af børns vækst

I januar 2015 udkommer en vejledning om monitorering af børns vækst. Vejledningen redegør for baggrunden for valg af WHO's kurver til monitorering af væksten i alderen 0-5 år og indeholder en række flow-diagrammer, der viser hvornår sundhedsplejersken skal henvise til praktiserende læge og hvornår lægen skal henvise til pædiatrisk vurdering. Vejledningen har især fokus på børn med dårlig trivsel og indeholder desuden et kapitel om tidlig opsporing af overvægt og om vurdering af præmatures vækst. Bogen er illustreret med en lang række kurver, der eksemplificerer hvorledes forskellige kurveforløb kan se ud, både når det gælder raske børn og børn med trivselsproblemer, der kræver nærmere udredning.

Bogen udkommer kun som netpublikation og vil kunne hentes på www.sst.dk



Annette Poulsen

Sundhedsplejerske, MSP, IBCLC
7222 7597, anp@sst.dk

Den 1-årige efteruddannelse til Småbørnskonstulent

Unikt tilbud

1-årigt uddannelsesforløb med Kari Killén som gennemgående underviser (4x2 dage + 2x1 dag).

Margareta Brodén og May Olofsson er gæsteundervisere.

Hold 8 med opstart marts 2015.
Bemærk kun 20 pladser pr. hold.
Læs mere på vores hjemmeside.



Kontakt:

Toftemosegaard Aps
CEO aut. psykolog
Flemming Christiansen

Manderupvej 3

4050 Skibby

Tlf. 4752 8360

Mobil. 2040 8370

post@toftemosegaard.dk

www.toftemosegaard.dk



Psykologselskabet

Toftemosegaard
Aps

Center for udvikling og forandring

Skal, skal ikke?



CHRISTINA LOUISE LINDHARDT, SUNDHEDSPLEJERSKE OG PH.D. STUDERENDE (TEKST)
LENA RØNSHOLDT (FOTO)

Et markant fokus på elevernes trivsel og nye mål for skolens undervisning om sundhed, seksualitet og familieliv giver sundhedsplejen en styrket platform for arbejdet med fremme af børn og unges sundhed og trivsel i skolen.

Mange sundhedsplejersker har allerede en lille forskerspire i maven, når de afslutter deres sundhedsplejerske uddannelse. Andre bliver nysgerrige og inspireret ude i sundhedsplejen gennem deres daglige arbejde med børn, familier og samarbejdspartnere. Sundhedsplejersker har efterhånden fået foden indenfor på master og kandidat uddannelserne og man oplever, at

kommunerne er anerkendende overfor de kompetencer en sundhedsplejerske kommer med, når hun har bygget ovenpå uddannelsen. Nogle kommuner har ansat sundhedsplejersker med master/ kandidat til projekt opgaver i kommunen – eller tovholder. Mulighederne er mange og lidt populært sagt, er markedet stort i forhold til master/ kandidat uddannelserne. Man er med en sygeplejerske og sundhedsple-

jerske baggrund ikke længere fastlåst til at læse sygeplejevidenskab for at få en master eller kandidatgrad. Dette ses som et udtryk for, at interessen er blevet større og mulighederne for at skræddersy lige den videreuddannelse man brænder for er næsten opnåelig for alle. Et dusin sundhedsplejersker i Danmark har efterhånden fået erhvervet en ph.d. grad – som i grove træk kvalificerer til, at man kan udfører grundforskning.

Flere af de sundhedsplejersker med ph.d. grad arbejder som undervisere på uddannelses-institutioner samtidig med, at de forsker. Senere i artiklen fortæller tre sundhedsplejersker, hvordan de har brugt deres kandidat og deres forskeruddannelse. Et dilemma, som mange af de nyuddannede kandidater/master oplever, er, at lønnen samt muligheden for at anvende de nyerhvervede kompetencer ikke altid følger med ved endt uddannelse. Mange steder blandt andet inden for sygehusvæsenet har man ikke kunnet placere de nyuddannede forskere hverken i forhold til løn eller kompetencer. Lægerne har en anden tilgang og tradition til forskningen. Forskning ligger som en del af deres arbejde og en master eller ph.d. kvalificerer dem til et videre karrierespring i systemet. Dansk Sygeplejeråd er med på banen i forhold til at opbygge et attraktivt arbejds- og forskningsliv for sygeplejersker efter videreuddannelse. Igennem de sidste år, er der kommet nye uddannelser, som er målrettet behovet for sundhedsfremme og forebyggelse indenfor primær- og sekundærsektoren. I det følgende vil den nye kandidatuddannelse i klinisk sygepleje blive præsenteret. Uddannelsen lægger blandet op til, at den er målrettet sygeplejersker i primærsektor.
.....

Klinisk sygepleje (kandidatuddannelsen i klinisk sygepleje) Syddansk Universitet, Odense
På kandidatuddannelsen i klinisk sygepleje får man gennem faglig fordybelse og aktiv læring indsigt i de patientnære, samfundsmæssige og økonomiske vilkår, som danner rammerne for sygeplejedisciplinens fagområde. Uddannelsen giver desuden bred viden om sundhedsteknologi og deri-

gennem får man kompetencer til via en kritisk og reflekterende tilgang at forholde sig til, udvikle og anvende relevant telemedicin inden for sygeplejens praksis. Uddannelsen har en meget stærkt tværfaglig profil, idet 2/3 af uddannelsen har fællesfag med kandidatuddannelsen i Ergoterapi og Jordemodervidenskab. Dette vil give den studerende mulighed for spændende tværfaglig tænkning og netværksdannelse. Kandidatuddannelsen i klinisk sygepleje kombinerer alt dette med en stærk akademisk profil inden for forskellige videnskabelige metoder. Samtidig opnår man konkret viden, nye færdigheder og kompetencer til at anvende og implementere ny og forskningsbaseret viden i klinisk praksis. Som færdiguddannet vil man have jobmuligheder inden for bl.a. hospitalsvæsenet, psykiatriske institutioner og sundhedsplejen. Man vil også kunne arbejde som konsulent i den offentlige sektor, patientforeninger og andre interesseorganisationer.
.....

Master of Public Health (MPH-uddannelsen) i København
Dette er en akademisk masteruddannelse i folkesundhedsvidenskab med særlig fokus på forebyggelse, sundhedsplanlægning og ledelse. Uddannelsen varer to år, hvis første år tages som fuldtidsstudium. Hele uddannelsen kan også gennemføres på deltid og varer i så fald 3 år eller længere. Folkesundhedsvidenskab bidrager til at skabe et videnskabeligt fundament for arbejdet med at forbedre befolkningens sundhed og for øget indsigt i sammenhængen mellem sundhed og samfund. Folkesundhedsvidenskab er en tværfaglig disciplin, der bygger på den seneste forskning inden for blandt andet forebyggelse, sundhedsfremme, epide- ➤

miologi, sociologi, psykologi, politologi, organisation, sundhedsøkonomi og evaluering. Det tværfaglige aspekt bidrager til, at sundhedsvæsnet kan udvikles og drives bedst muligt.

Master of Public Health-uddannelsen i København henvender sig til veludannede personer med flere års relevant erhvervserfaring, som ønsker at forbedre sine kvalifikationer til at varetage opgaver i relation til folkesundhedsvidenskab og forebyggelse. Adgangskravet er en professionsbacheloruddannelse.

Den sundhedsfaglige kandidatuddannelse ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, (cand.scient.san)

Den sundhedsfaglige kandidatuddannelse ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet i Odense søger at imødekomme disse behov ved at præsentere nye vinkler på sundhed og sygdom til brug for udviklingen af den sundhedsmæssige velfærd i Danmark. Kriteriet for optagelse er en bacheloruddannelse eller en videregående uddannelse med supplering.

Master i Sundhedsantropologi (MSA)

Formålet med Masteruddannelsen i sundhedsantropologi er, at give især personale fra sundhedssektoren en kompetencegivende videregående uddannelse inden for et veletableret tværfagligt forskningsfelt, der belyser de sociale, kulturelle, organisatoriske, strukturelle og etiske dimensioner af sygdom og sundhed i en global verden. Uddannelsen kvalificerer til at man efter uddannelsen kan varetage højt kvalificerede funktioner i virksomheder, institutioner m.v.

I det følgende fortæller tre sundhedsplejersker om deres karriereforløb og tanker om uddannelse.



Else Guldager

Jeg var indskrevet som licentiatstuderende ved det Sundhedsvidenskabelige Universitet i København i perioden 1988-91. Jeg blev Ph.d., som licentiatstudiet var blevet omdøbt til i mellemtiden, den 20.6.1991. Min afhandling omhandler et historisk eksperiment – to geografiske områder på Amager, som jeg sammenlignede (med interviews og kvalitative analyser, samt en spørgeskemaundersøgelse med kvantitative analyser). Det ene område havde haft sundhedsplejerskemangel og det andet normal sundhedspleje (i midten af 1980-erne). Undersøgelsen er udkommet som bog ”Sundhedsplejen på vægten”, Munksgaard 1992 og som artikel i Ugeskrift For Læger.

Det var udviklende for mig at være Ph.d.-studerende. Studiet var et uddannelsesforløb med lærerige kurser i epidemiologi og statistik, kvalitative forskningsmetoder og meget, meget mere. Og frem for alt var det tre år, hvor jeg dygtiggjorde mig som forsker ved at arbejde med et projekt på videnskabeligt grundlag. Og hvor jeg var sammen med indsigtfulde vejledere, der lærte mig utrolig meget.

Som færdig Ph.d. og med praktiske erfaringer fra virkelighedens verden og med rod i sundhedsplejen, har uddannelsen været et solidt grundlag i de godt 20 år, der er gået siden. Jeg har især arbejdet med faglig og administrativ ledelse og med mange udviklingsarbejder. Jeg har været medlem af adskillige Råd, Nævn og Udvalg (fx var jeg medlem af Børnerådet i perioden 2001 – 2010). Siden 2004 som selvstændig konsulent fx med hygiejneprojekter (for Sundhedsstyrelsen), Evaluering og nytænkning af reservebedsteordning (i Københavns Kommune), hjemmesiden sundhedsplejersken.dk og siden 2005 ved udviklingsprojekter, med kurser for forældre (”En god start – sammen” (Sundhedsstyrelsen), ”Klar til barn” (Socialstyrelsen)).

Jeg har aldrig bevidst planlagt karrieren. Men jeg har altid været optaget af nytænkning, hvor der kunne være samarbejde med andre i interessante fællesskaber. Især med bidrag til at familier – og især sårbare familier – får bedre muligheder for at give deres børn en sund og god opvækst.

”Jeg har altid været optaget af nytænkning, hvor der kunne være samarbejde med andre i interessante fællesskaber.”

Ina Borup

Jeg vidste allerede, da jeg var sygeplejeelev, at jeg ville være sundhedsplejerske. Jeg blev sundhedsplejerske i 1976, og var i Københavns kommunale skolesundhedspleje i 1970erne og 3 år i Hvidovre kombinerede sundhedspleje frem til jeg i 1980erne blev ledende sundhedsplejerske i Albertslund kommune. Det var i den periode, at det blev helt tydeligt for mig, at jeg måtte have mere uddannelse både i ledelse og organisation, men også i kundskab om og forståelsen for børns sundhed og ikke mindst kontakten med sundhedsplejersken. Interessen for skolebørns sundhed var blevet vakt og cementeret i skolearbejdet i København.

I 1980erne var Merkonom uddannelser populære blandt sygeplejersker og jeg så det også som min mulighed for at få nye kompetencer indenfor ledelse og organisation. Anden del på Sygeplejerskehøjskolen oplevede jeg var for snæver til mig og et job i primær sundhedstjeneste. Det var på den tid, at jeg så muligheden for en Master i Folkesundhedsvidenskab på NHV. (Videreuddannelse på ’Nordic School of Public Health NHV)

Mit første kursus fandt sted i 1991. Jeg vidste vel ikke rigtig, hvad en master i folkesundhedsvidenskab (MPH) var for noget, men allerede på første kursus var jeg ’hooked’ på stedet, på uddannelsen og på det nordiske, tværfaglige miljø. Fordelen ved NHV var blandt andet at uddannelsen var

organiseret som månedskurser, så man kunne passe sit arbejde ind i mellem. Jeg blev MPH i 1995. Titlen på min MPH er: Sundhedssamtaler med skolebørn. Arbejdet med afhandlingen havde givet svar på mange spørgsmål, men uddannelsen og afhandlingen havde også rejst mange nye spørgsmål, som pirrede min nysgerrighed. Jeg ville fortsætte som doktorand og blive endnu klogere på skolebørns nytte af kontakten til sundhedsplejersken. Titlen på min doctor afhandling er: Learning about Health: The Pupils’ and the School Health Nurses’ Assessment of the health Dialogue. Jeg forsvarede den 24. november 1999.

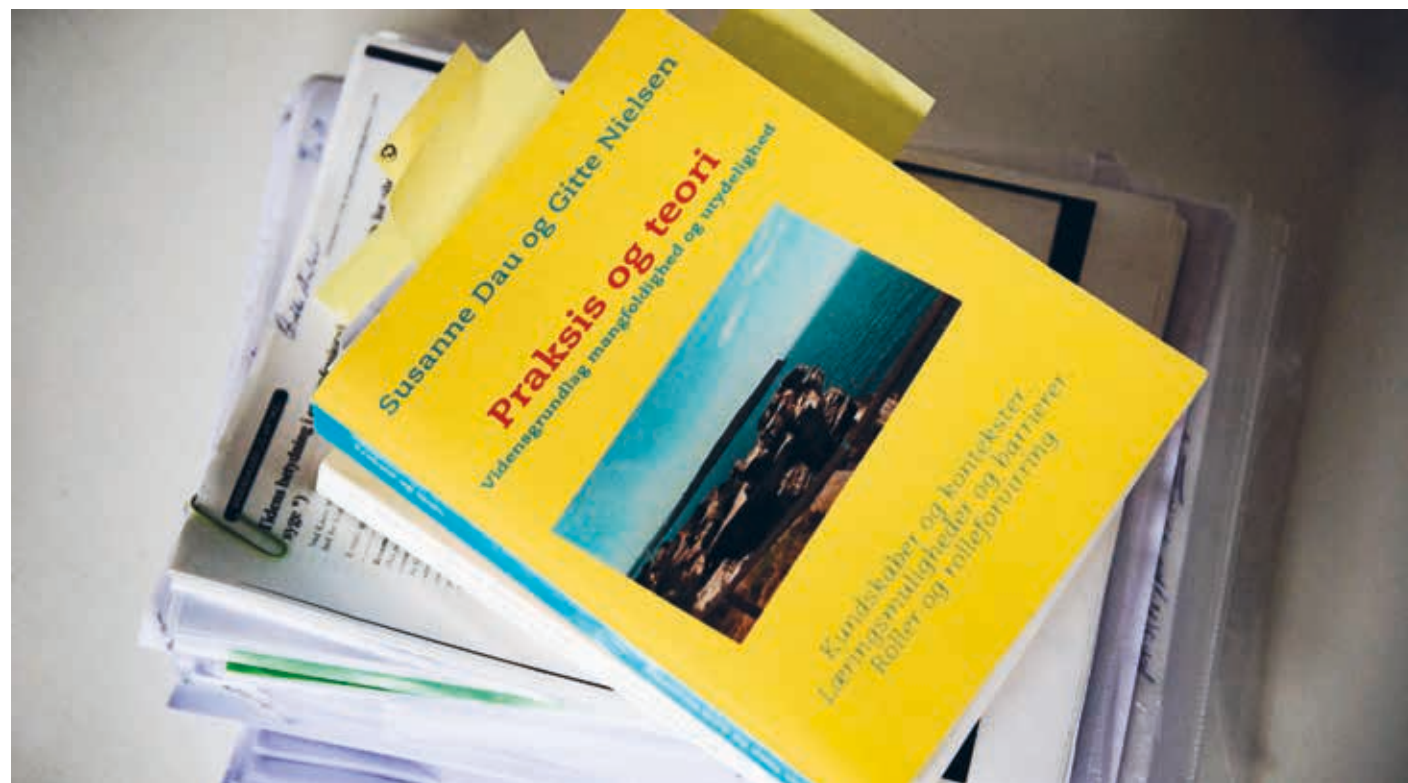
Her bliver det svært! Hvad laver man med en doktorgrad/Ph.d. i folkesundhedsvidenskab? Jeg var en periode på Københavns universitet, hvor jeg kunne fortsætte min forskning og undervise på MPH uddannelsen, som i mellemtiden var etableret i Danmark. En universitetsstilling indebærer at man sponsorerer sig selv med fondsmidler i konkurrence med alle andre og mine midler slap op.

Derfor var jeg utrolig heldig, at Sundhedsministeriet var engageret i et projekt ’Rygeforebyggelse blandt skolebørn’ i Estland. Jeg fik jobbet som advisor. Jeg havde lært af mine nordiske kolleger, at man godt kunne pendle mellem arbejde og hjem, og det blev en stor oplevelse at bo i Tallinn, Estlands hovedstad et år. Samarbejdet

med min estiske kollega gik utrolig godt. Vi har stadig kontakt, og projektet blev siden hen udvidet i de estiske skoler.

Tre stillinger som lektorer blev ledige på NHV og jeg søgte. Jeg havde lært at være hjemmefra, når jeg var på arbejde og blev ansat som lektor. En fast stilling de næste fire år og derefter fire til, hvor jeg kunne koncentrere mig om min forskning om skolebørns sundhed og kontakt til sundhedsplejersken, som nu blev udvidet til at omhandle flere sundhedsfremmende emner. Altid har børn og sundhedsfremme været i fokus for min forskning. Otte år var maksimum tid man kunne være ansat på NHV. Jeg har vejledt 20 MPH’er, 4 doktorander, eksamineret et utal af afhandlinger og undervist og været ansvarlig for mange kurser blandt andet i sundhedsfremme på både master- og doktorniveau. Otte forrygende år, som sluttede med at jeg gik på efterløn. Opgaverne sluttede dog ikke af den grund. Jeg har siden været opponert i både Danmark, Norge og Sverige, når temaerne var inden for mit område. Der er faktisk en del sundhedsplejersker i Sverige og Norge, som går hele vejen til en Ph.d. og viser stor interesse for skolesundhedspleje og skolebørns sundhed. I blandt er det både svært og ensomt at være Ph.d.-studerende, men det er hele indsatsen værd og mere til. ➤





Helle Feddersen

Jeg hedder Helle Feddersen, er uddannet sygeplejerske i 1987, sundhedsplejerske i 1993, og har en kandidatuddannelse i pædagogisk sociologi fra 2008. Som sygeplejerske vil jeg især fremhæve mit arbejde som pædiatrisk sygeplejerske og som sundhedsplejerske. I begge funktioner oplevede jeg, hvor stor indflydelse sociale og kulturelle faktorer spiller i forhold til, hvorledes forældre udøver forældrerollen. Disse oplevelser, samt det faktum at mit arbejde, som underviser på sygeplejerskeuddannelsen, krævede at jeg skulle have en uddannelse på master eller kandidatniveau, var

medvirkende til at valget af kandidatuddannelse faldt på kandidatuddannelsen i pædagogisk sociologi. Efter at have undervist sygeplejestuderende i en årrække, drives jeg af en faglig nysgerrighed. Samtidig stilles der krav til Professionshøjskolerne, som bl.a. uddanner sygeplejersker, om i højere grad at kunne udføre forskning i egne professioners arbejdsområde. På den baggrund har jeg nu fået mit ønske om at blive Ph.d.-studerende opfyldt.

Jeg er indskrevet som Ph.d.-studerende ved det sundhedsfaglige fakultet på SDU pr. 1. februar 2014, og er

tilknyttet forskeruddannelsesprogrammet i humanistisk sundhedsforskning. Titlen på mit Ph.d.-projekt er: "Hvordan håndterer kvinder med leddegigt hensynet til sygdommen, moderskab og arbejdsliv? Et kvalitativt studie med fokus på sociale relationer"

Jeg håber, at mit projekt medvirker til at målrette behovet for støtte til kvinder med leddegigt og andre kroniske sygdomme, således at flere kvinder får det bedre i forhold til moderskabet, til gavn for sig selv, børn, evt. ægtefælle, familie og deres øvrige sociale liv. ♥

zendium er en mild og effektiv tandpasta

zendium
Junior
Tandbørste
6-12 år

zendium
Første Børste
0-5 år



Begge tandbørster leveres
med sugekop

zendium Første Tand og zendium Junior er specielt udviklet til børn:
Mild smag, mildt skummemiddel samt 1000 PPM natriumfluorid

Giv dit barn
gode tandbørste-
vaner fra start

Dit barn har brug for din hjælp
med tandbørstning de
første 10 - 12 år

Tekniske spørgsmål rettes til Careline: Tlf.: 7027 7784, kl. 9-13
Email: forbrugerkontakt.dk@unilever.com

zendium har en række gratis pjecer til både forældre og sundhedspersonale.
Yderligere information kan findes på www.zendium.dk/fagfolk

zendium
Styrker mundens eget forsvar

MANGEL PÅ UNGE SUNDHEDS- PLEJERSKER, DER KAN FORSKE

INGEBORG HEDEGAARD KRISTENSEN, SUNDHEDSPLEJERSKE, MPH, PH.D.-STUDERENDE SEKTION FOR SYGEPLEJE, INSTITUT FOR FOLKESUNDHED, AARHUS UNIVERSITET (TEKST)
COLOURBOX (FOTO)

Sundhedsplejen mangler uddannede forskere, der kan forske i eget praksisfelt. Ph.d.-graden er en uddannelse, som giver forskningskompetence. I løbet af de tre år, som uddannelsen varer, arbejder du med dit eget forskningsprojekt under kyndig vejledning af eksperter indenfor feltet. Hvis der er et område indenfor sundhedsplejen, som mangler at blive udforsket, og du har lyst til at gå i dybden, så er ph.d.-studiet måske noget for dig?

Hvordan bliver man ph.d.-studerende? Hvis du gerne vil være ph.d.-studerende, skal du ikke vente på, at nogen opdager dig. Tag selv kontakt til forskningsmiljøet – det kan f.eks. være på Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed, under Aarhus Universitet.

Studietiden byder på tid til fordybelse, udlandsophold, sparring med de ypperste eksperter indenfor dit felt og startskuddet



til en karriere som forsker. Du får tilmed løn undervejs.

Lyder det tillokkende? Det er du ikke ene om at synes. Ph.d.-studiet er eftertragtet på langt de fleste fag. Adgangen er forskellig fra område til område, men alligevel er der nogle gode råd, som alle kan have glæde af.

Saml 120 ECTS-points

For at blive optaget kræver det 120 ECTS-points, men din ansøgning er også vigtig. Den skal indeholde alt det, som viser, at du har de akademiske kompetencer, der skal til for at gennemføre uddannelsen.

”Jeg har ikke lavet karriereplanlægning, men havde tidligere en MPH-uddannelse som giver 90 ECTS-points, og så har jeg studeret u-landsspørgsmål ved Uppsala Universitet og det gav mig de sidste 30 points.”

Tag kontakt til forskningsmiljøet

I de tre år, som Ph.d.-studiet tager, arbejder du med dit eget projekt. Professor Mogens Nielsen peger på, at du selv bør tage kontakt til flere af de grupper, der kunne være interessante for dit ph.d.-studium. Lektor Bernard E. Jensen supplerer med, at du kun bør skrive om et emne, som virkelig interesserer dig. Når du skal arbejde med et projekt i tre år, skal det være noget, du brænder for. Dernæst skal du spørge dig selv, hvad der allerede er lavet på feltet: bedømmerne vil vurdere, om projektet tilføjer noget nyt og vigtigt ift. den allerede eksisterende forskning og viden.

”Jeg overvejede, om jeg skulle studere ved Folkesundhed i København, men da ”mit” projekt skulle handle om sundhedsplejen, var det nærliggende at opsøge Sektion for Sygepleje på Aarhus Universitet, hvor Hanne Kronborg blev min hovedvejleder. Her blev min ide om at forske i Marte Meo-metoden godkendt.”

Projektbeskrivelse

Inden optagelsen til studiet skal der skrives en projektbeskrivelse, som danner plan for det treårige studie. Projektbeskrivelsen skrives i samarbejde med den valgte hovedvejleder, og der skal beregnes tre måneders fuldtidsarbejde inkl. en litteraturundersøgelse til denne fase.

”Jeg brugte fuldt ud disse måneder til at beskrive ph.d.-protokollen, og fik undervejs en del vejledning. Titlen på projektet er: ’Relationsdannelse mellem barn og sårbare førstegangsmødre, fremmer videovejledning med Marte Meo-metoden processen? Interventionsstudie i sundhedsplejens praksis’.”

Finansiering

Finansiering af projektet inkl. egen løn (stipendiat) skal være på plads inden optagelse. Finansieringen bygger især på en god protokol. Selvom det godt kan tage tid, så får gode projekter og protokoller finansieringen på plads.

”Forskningsfonden Sundhed i Midten gav mig tre måneders løn til at udarbejde protokollen, ligesom de også finansierer interventionen. Novo Nordisk Fonden finansierer uddannelsen af sundheds-

plejerskerne i projektet. Ph.d.-stipendiaten finansieres af RECIEV på Aarhus Universitet i samarbejde mellem Sektion for Sygepleje og Institut for Økonomi.”

Ph.d.-studiet

Studiet varer 3 år, og der skal udarbejdes 3-4 originale artikler samt en afhandling, som skal afleveres på dato. Desuden skal forskningen præsenteres på internationale konferencer.

”Jeg er næsten færdig med første artikel, som jeg regner med at få oversat til dansk. Jeg har præsenteret mine første resultater på WAIMH konferencen i Edinburgh. Afhandlingen afleveres den 31. august 2015 og forsvars indenfor tre måneder derefter, så jeg regner med at se jer om et år!”

Uddannelse og undervisning

Der er krav om, at man tager relevante kurser svarende til 30 ECTS-point under studiet, og at man studerer i udlandet. Der er krav om, at man skal levere 150 timers undervisning og vejledning under studiet.

”Ud over en hel del kurser på Aarhus Universitet har jeg taget ’Intervention Mapping’-kurset på Maastricht University i Holland, der handler om at planlægge interventioner, samt ’Infant CARE-Index’ på Travi i London, der handler om at vurdere forælder-barn interaktionen. Jeg har været vejleder på masteruddannelsen i sygepleje og undervist på master- og kandidatuddannelsen i sygepleje, begge ved Aarhus Universitet.

Deltagelse i forskningsgruppe

Der er krav om deltagelse i en forskningsgruppe, og på Sektion for Sygepleje er der en forskningsgruppe, ”Child, maternal and family health” hvor andre ph.d.-studerende og lektorer deltager, og som har interesse i tidlig indsats.

”Jeg deltager i ovennævnte forskningsgruppe, og forsøger at styrke netværket med andre, der også har forskningskompetencer.”

Der er mange involverede

Projektet har utrolig mange medvirkende: Flere end 900 nye familier har svaret på spørgeskemaundersøgelserne to og seks måneder efter fødslen

- 69 nye familier får intervention med Marte Meo-metoden
- 6 kommuner og deres ledere
- 121 sundhedsplejersker
- Referencegruppe
- Projektgruppe
- Projektsekretærgruppe
- Video-optagningsgruppe
- Video-kodningsgruppe

- Vejledningsgruppe
- Studentermedhjælper

”Et interventionsstudie i sundhedsplejen kræver ud over organiseringssevner også samarbejdsevner for at få sundhedsplejersker til at lade deres arbejde ”undersøge”.

Der er mangel

Et ph.d.-studie er jo en forskningsuddannelse, og idet der er rigtig mange uudforskede felter i sundhedsplejens praksis, er der et stort behov for, at sundhedsplejersker også uddanner sig i at forske.

”Hvis det skal være dig, der skal være den næste forsker i sundhedspleje, så tag kontakt til et af forskningsmiljøerne, og undersøg de forskellige universiteters muligheder”. ♥



dermicin® til behandling af arp

- Behandler arp uden brug af hydrokortison eller antimykotiske midler
- Indeholder ikke parfume, allergener, farvestoffer eller parabener

Dermicin Serum:

- Opløser limen i tør sebum
- Genopretter hudens barriere funktion
- Reducerer transepidermalt væsketab
- Blødgør huden
- Er effektiv (100% effekt i in-vivo studier)
- Nedbrydes ikke af Malazzesia svamp

TEKNISKE DATA – Produktnavn: Dermicin®. Produkt: Dermicin® består af en 30 ml-serumspray, en børste/svamp til engangsbrug og en genanvendelig kam. Ingredienser (INCI): Borago Officinalis Seed Oil, Squalane, Helianthus Annuus Seed oil, Tocopheryl Acetate, Rosmarinus Officinalis Leaf Extract. Tilsiget anvendelse: Behandling af arp. Indhold: Serumspray indeholdende 30 ml, eller ca. 220 spray applikationer. Registrering: Dermicin® er klassificeret som medicinsk udstyr, klasse I, i henhold til 93/42/ EØF om medicinske anordninger. Opbevaring: Opbevares utilgængeligt for børn ved 2-30°C i den lukkede originale pakning og uden for direkte sollys sammen med denne indlægsseddel. Må ikke anvendes efter udløbsdatoen. Producent: Unigroup ApS, Diplomvej 373, DK-2800 Lyngby, Danmark. www.dermicin.com. Informationer opdateret: 07-2014.

14-ÅRIGES BEHOV FOR VIDEN OM MEDIER

Unge har ikke kontrol over deres online-liv

Næsten en tredjedel af alle unge i 7. klasse er på nettet mere end fire timer om dagen. Når de er online, er de unge alt for dårlige til at beskytte sig selv. Samtidig interesserer deres forældre sig meget lidt for de unges netliv. Viser et analysenotat fra Børnerådet i BØRNEINDBLIK NR. 7/2014 · 1. ÅRGANG · 8. OKTOBER 2014

Læs mere på: www.boerneraadet.dk

18TH BIENNIAL SCHOOL NURSES INTERNATIONAL CONFERENCE

JULY 27th-31st, 2015
University of Greenwich
Old Royal Naval College
London, England

We are delighted to announce that conference booking and submission of abstracts for this exciting and dynamic biennial global event is now open. If you have any questions about the event, please send an email to events@pne.gov.uk. More information on the program and venue are available by selecting the links below

www.schoolnursesinternational.com/SNI_Conferences.html

Pilotundersøgelse – trivsel i folkeskolen

Et specifikt mål i folkeskolereformen er at styrke trivslen i skolen, da læring hænger sammen med god trivsel. Derfor er der brug for en national trivselsmåling, som kan give et retvisende billede af elevtrivsel i de danske skoler. Selvom der foretages et stigende antal undersøgelser af skoleelevers trivsel, findes der kun meget sparsom viden om validiteten af de spørgeskemaer, der anvendes. På baggrund af en pilotundersøgelse har SFI udviklet, testet og valideret et udvalg af spørgsmål, der kan danne grundlag for et spørgeskema til obligatoriske nationale trivselsmålinger i folkeskolen. Pilotundersøgelsen er udført på en stikprøve bestående af 1.500 skoleelever.

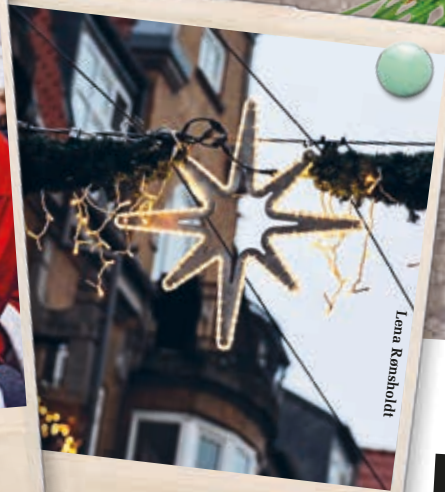
På baggrund af pilotundersøgelsen er forskerne nået frem til 15 spørgsmål, der opfattes og besvares efter samme forståelse hos alle elever, uanset alder, køn og etnicitet. Dette er afgørende for at få et retvisende billede af danske skoleelevers trivsel. Trivselsmålingen kan give et øjebliksbillede af elevers aktuelle trivsel i de danske folkeskoler og være med til at påpege eventuelle trivselsproblemer. Målingen kan ikke give svaret på, hvordan trivslen kan forbedres.

Pilotundersøgelsen er iværksat og finansieret af Undervisningsministeriet – læs mere på: www.sfi.dk

NÆSTE DEADLINE FOR
MATERIALE TIL
SUNDHEDSPLEJERSKEN:
25/1 2015

SKriv til redaktor@fsio.dk eller
anettebilde@fsio.dk

FAGLIGT SELSKAB FOR
SUNDHEDSPLEJERSKER
ØNSKER ALLE EN GLÆDELIG
JUL SÅMT ET GODT NYTÅR



Lena Rasmussen

INTERNETSNAK – OM AT SØGE LEGATER

Vidste du, at man kan søge legater fra Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker via vores Hjemmeside www.sundhedsplejersken.nu? Du finder legatansøgningsskemaet på siden Legater, som findes under Medlemsservice. Husk, at du skal være logget ind på hjemmesiden for at kunne se den information, der findes under Medlemsservice.

Der er ansøgningsfrist for legatansøgninger 2 gange om året henholdsvis 15. januar og 15. august. og når din ansøgning er gået igennem, modtager du en automatisk svarmail.

Læs mere om betingelserne for legatansøgninger på vores hjemmeside – samme sted som du finder ansøgningsskemaet.

Succesfuld behandling af overvægtige børn i Hedensted

Ift. artikel bragt i sidste nummer "Succesfuld behandling af overvægtige børn i Hedensted" af Rikke Haugsted Christensen, er der efterfølgende fremkommet nedenstående forskningsresultat:

"Pernille Møllerup offentliggjorde i august 2014 de foreløbige resultater, som viser at mere end 80 % af børnene i projektet har mindsket deres grad af overvægt under behandlingen, og for Hedensted kommune er det hele 91,4 % af børnene, der har opnået disse positive resultater".

Sårbare børn – vanskelige relationer?

ANN E. KNUDSEN (TEKST)
ANNE KRING (FOTO)

Arv eller miljø? – Meget tyder på, at vi endelig kan lægge den gamle diskussion om, hvad der er mest betydningsfuldt bag os. I dag véd vi, at sammenhængen mellem arv og miljø er tæt, hvilket betyder at udviklings- og kognitionspsykologien ikke længere kan tænkes uafhængigt af den levende hjerne fra neuropsykologien.

Til gengæld opstår der helt nye muligheder for en sammenhængende forståelse af, hvordan børns hjerner udvikler sig og åbner tilsvarende for nye pædagogiske handlemuligheder.

Ingen, som arbejder med hjerneforskning og neurologi, tror, at hjerner er skæbne – tværtimod. En meget væsentlig del af arbejdet med og forskning i hjerner over hele verden handler om genoptræning efter hjerneskadet, hvilket burde gøre det helt åbenbart, at hjerner er formbare og påvirkes af det omgivende miljø, ellers ville enhver genoptræningsindsats være absurd eller omsonst.

Børns hjerner er påvirkelige og plastiske allerede i fostertilstand, men alligevel har vi et vist ansvar for ikke at kræve ekstrem tilpasningsevne af et barn – der er grænser. Et supplerende fokus kan også være på at ændre læringsprocesser og samfundsforhold, så de passer bedre til børns hjerner i stedet for, at tvinge det enkelte barns hjerne til at klare og tilpasse sig en uoverskuelig og fragmenteret hverdag?

Mange lidelser har et genetisk element

Altså: Arv, i form af gener, spiller en vigtig rolle for det enkelte barns udviklingsmuligheder, men at samme gener i høj grad spiller sammen med det omgivende miljø.

Gener er ikke i sig selv uforanderlige, der opstår hele tiden mutationer, som kan få afgørende betydning for barnets udvikling. Disse mutationer kan både opstå spontant og som en genetisk kodefejl, som vi ikke altid kender årsagen til.

Foredragsholder, forfatter, cand. mag. og lektor i dansk og psykologi, Ann E. Knudsen.



”GENER ER IKKE I SIG SELV UFORANDERLIGE, DER OPSTÅR HELE TIDEN MUTATIONER, SOM KAN FÅ AFGØRENDE BETYDNING FOR BARNETS UDVIKLING.”

Miljømæssige forhold kan udløse en genetisk sårbarhed, og omvendt – omsorg og relevant pædagogik kan indvirke på, hvordan gener kommer til udtryk – af og til i en sådan grad, at en negativ udvikling hindres.

Et barns gener fra mor og far danner så at sige rammerne for dets mulige udvikling, mens miljøfaktorer som kost, omsorg, relationer til kammerater, familiens generelle trivsel og andre udefrakommende påvirkninger bestemmer, hvordan generne vil kunne udtrykke sig.

Diagnoser som f.eks. Tourettes, ADHD og Aspergers mener forskningen i dag har et stærkt genetisk element, selvom graden af, hvor hårdt barnet er ramt, kan variere meget i forhold til det omgivende miljø og barnets medfødte sårbarhed. Det er også en af grundene til, at når et barn f.eks. får stillet diagnosen Aspergers, så vil man ofte kunne se nogle af Aspergers karaktertrækkene ved andre familiemedlemmer blot i varierende sværhedsgrad. ➤

Det ”store” arbejde for den professionelle voksne består derfor i – efter evne og bevillinger – at skabe det bedst mulige miljø, som kan give flest mulige børn udviklingsmuligheder.

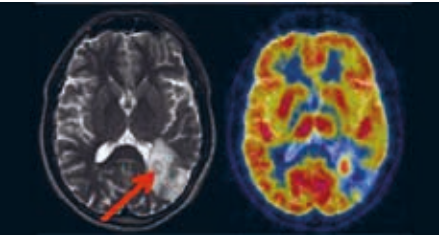
Målet med det pædagogiske arbejde er ikke, at kunne gøre alle børn gennemsnitlige – målet er, at alle børn rykker udviklingsmæssigt i forhold til deres udgangspunkt. Barnets genotype eller genetiske disponering er arbejdsgrundlaget, mens barnets fænotype – altså hvordan generne udtrykker sig efter samspil med omgivelserne – er der, hvor dygtige professionelt voksne kan gøre en forskel.

Et kig ind i hjernen

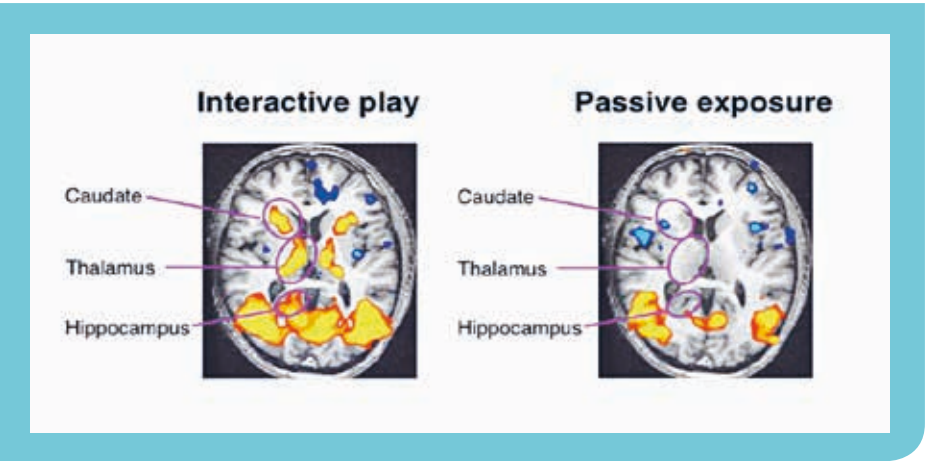
Vi råder i dag over en række redskaber til at studere hjernen. Elektrofysiologiske metoder indebærer, at man måler på enkelte neuroner i en dyrehjerne, mens dyret udfører en given opgave. Denne teknik giver en direkte måling af neuronal aktivitet, som, når man foretager det hos mennesker, er både vanskelig og ekstrem sjælden. Men det kan lade sig gøre f.eks. under åben hjernekirurgi, og disse studier giver et forbløffende detaljeret indblik i, hvordan erindringer og handlinger kan aktiveres blot gennem aktivering af enkelte bittesmå områder af hjernens overflade.

Heldigvis er der mange måder at måle den elektriske aktivitet i den menneskelige hjerne på, uden at skulle igennem et kirurgisk indgreb.

På de næste to billeder kan man se først en MR scanning, som viser en afvigelse (det kan være resultatet af en hjerneblødning eller andet) og på billede nr. 2 vises at blodgennemstrømningen bagerst i venstre hjernehalvdel er dårlig (blå).



På samme måde kan vi også i dag ved hjælp af den nyeste scanneteknologi påvise, hvad de fleste professionelle voksne ved i kraft af deres uddannelse og erfaring, nemlig at relationer er utroligt vigtige. Det, at børn leger med andre, indgår i relationer til voksne, kommunikerer på den ene eller anden måde, har direkte indvirkning på hjerneaktiviteten. Der er – om end ikke entydigt så dog påfaldende – sammenhæng mellem et passivt barn og en passiv hjerne. Mens et aktivt, motiveret og glad barn aktiverer mange flere hjerneområder – mere hjerneaktivitet.



Alle hjerner kan påvirkes, men ikke alle hjerner er organiseret på samme måde. Det betyder i praksis, at den samme type pædagogik opfattes forskelligt af forskellige børn. Derfor er viden om et barns normaludvikling stadigvæk et uvurderligt værktøj for pædagogen, ellers er man helt uden forudsætning for, at kunne afgøre om et barn er normaludviklet, lidt umodent eller forsinket i udvikling eller om der er tale om en decideret dysfunktion.

I en pædagogisk hverdag skal der hele tiden tages stilling til, om et barn der foretrækker at lege alene, som ikke forstår legekoder, hvis ikke de er formidlet sprogligt og som ikke kan finde ud af

”ET AKTIVT, MOTIVERET OG GLAD BARN AKTIVERER MANGE FLERE HJERNEOMRÅDER – MERE HJERNE-AKTIVITET”

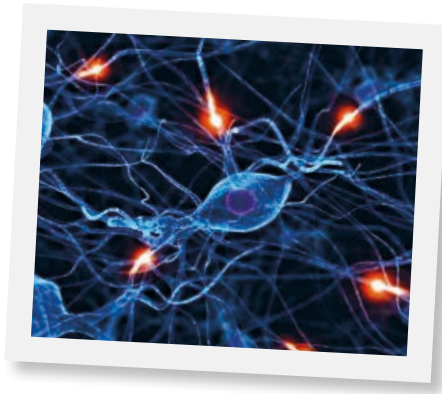
andre børns signaler – er det en umoden 5 årig eller et barn med Aspergers syndrom. Eller er et præmatur barn hypersensibelt fordi dets forældre har taget særlige hensyn fra fødslen, fordi angsten for at miste har været overvældende eller er der tale om et umodent centralnervesystem og forsinket myelindannelse?

Har knægten som lige har raseret stuen ADHD med for høj hjernestammeaktivitet, eller er det blot en frustreret 4 årig, hvis forældre skal skilles?

Generelt er det at kunne skelne mellem børn som har opvækstrelaterede problemer og børn som har hjernedysfunktioner en stor mundfuld for de fleste professionelle. Deres adfærd kan for det blotte øje

forekomme den samme, men den pædagogik, som virker, vil være meget forskellig afhængig af den grundlæggende problemstilling.

Endelig er det til enhver tid vigtigt at huske på, at børn udvikler sig i spring, også selvom der er lovgivet om, at det skal være en langsomt fremadskridende proces! Når børn bliver testet, uanset om det er via børnepsykiatrien, PPR eller en scanning, så er resultatet et øjebliksbillede, som kan forandre sig over tid i kraft af hjernens fortsatte modning. Børns udviklingstempo kan være meget forskelligt, men kan forandres både positivt og negativt. Selv den svageste hjerne kan udvikles i hænderne på dygtige professionelt voksne og selv den bedste hjerne udvikler sig ikke under håbløse betingelser. ♥



FORSLAG TIL VIDERE LÆSNING:

Sarah-Jayne Blakemore og Uta Frith: Den lærende hjerne.

Elkhonon Goldberg: Hjernens dirigent.

Helle Kjærgård, Bente Stovring og Aase Tromborg: Barnets lærende hjerne.

Stefan Hansen: Fra neuron til neurose.

Anders Gade: Hjerneprocesser.

Anne Vibeke Fleischer, Lise Merrild: Indsigt og adfærd I børnehøjde

Ann-Elisabeth Knudsen: Pæne piger og dumme drenge, hvorfor er der ingen børn, der opfører sig som de har hjerne til?

Ann-Elisabeth Knudsen: Seje drenge og superseje piger, hjerne og hjerte hos de 10-18 årige.

Ann-Elisabeth Knudsen: Hallo! Er der hul igennem?



Aftamed®

Naturlig og effektiv lindring af smertefulde tilstande i munden som fx blister

NYHED! Aftamed Junior

- Umiddelbar smertelindring
- Også til rifter og småsår i munden
- Fremskynder healing
- Hæfter til mundens slimhinde
- Med mild smag af tyggegummi



Navamedic
www.navamedic.com

Indeholder ingen farvestoffer, konserveringsmidler og alkohol

BÆKKEN- BUNDEN OG TRÆNING

BIRTE BONDE, FYSIOTERAPEUT, UROTERAPEUT OG SEXOLOG (TEKST)
BIRTE BONDE, COLOURBOX (FOTO) COLORPLAST (ILLUSTRATIONER)

Bækkenbunden

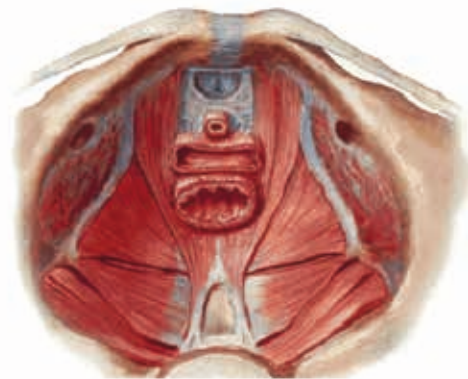
Den største hindring, der får kvinder til at stoppe træning og sport, er urininkontinens og nedsynkning af underlivsorganerne. Det er et af de helt store tabuer. Ingen taler om det og det nævnes næsten aldrig i forbindelse med fysisk aktivitet.

Hovedårsagen til at det er vanskeligt at holde på urin, luft og afføring er en svag bækkenbund, eller fejlkoordination af bækkenbunden. Det vil sige, at man ikke spænder i sin bækkenbund, når man har brug for det. Årsager til en svag bækkenbund er fødsler, forstoppelser

og manglende træning af bækkenbunden.

Bækkenbunden lukker kroppen nedadtil. Den ligger 3-5 cm inde i vagina. Den består af muskler, bindevæv, nerver og blodkar. Bækkenbundsmusklerne er de eneste muskler, som kan lukke for urinrør, skede og endetarmsåbning. Musklerne er ikke meget tykkere end én finger, når de vel og mærke er i god form.

Bækkenbunden er en halebensmuskulatur, der trækker halen mellem benene og derved knækker alle åbningerne, der ligger klods op af hinanden.



Bækkenbunden set indefra kroppen

Det er kun ude i huden, at der er større afstand mellem urinrør, skede og tarm.

Bækkenbunden lukker åbningerne ved at knække dem. Der er IKKE tale om noget løft og sug op i kroppen. Alt kommer bagfra og man skal derfor ikke træne, der hvor urinen render ud eller forsøge kun at lukke skeden. Man skal gøre noget bag endetarmen og i endetarmen – så lukker alt!

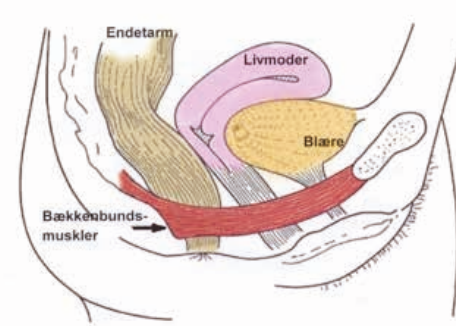
Det er derfor at alle pattedyr trækker halen mellem benene, når de er på flugt. Så taber de ikke noget duftspor efter sig – vi mennesker er også pattedyr! Vi skal gøre det samme for at holde tæt.

Musklerne i bækkenbunden er altid på arbejde, men skal yde en ekstra indsats hver gang trykket stiger inde i maven. Man kan sige at musklerne, sammen med bindevævet skal sørge for at vores åbninger holdes lukkede og åbnes ved passende lejligheder - såsom tissing, samlejer og afføring. De skal sørge for at underlivet ikke presses nedad, når der kommer et tryk oven fra f.eks. under host, nys, løft og fysisk anstrengelse.

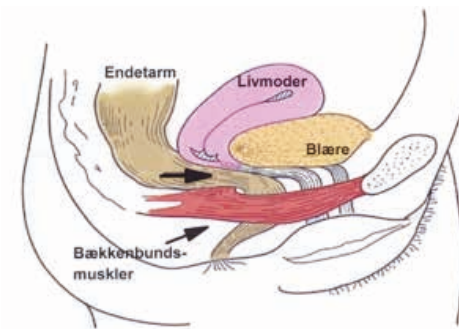
Måler man de tryk kroppen belastes med under løb svarer det til 3-4 gange ens kropsvægt ved hver landing. Ved hop kommer tallet op på 5-12 gange ens kropsvægt, og ved landing efter en dobbelt baglæns saltomortale er det 14 gange ens kropsvægt, ved længdespring er det 16 gange ens kropsvægt. Der er således næppe tvivl om at alene en for kraftig belastning af bækkenbunden og underliv kan medføre urininkontinens. Man kan desværre ikke regne med at en veltrænet krop også medfører en veltrænet bækkenbund.

Der er ingen tvivl om, at man skal have en stærk krop, hvis man skal kunne slå en saltomortale, men mon der en nogen, der husker at tænke på, at bækkenbunden skal være lige så stærk. Hvis man bare tænker på hvor tynd bækkenbunden er, kan man måske begynde at forstå, hvorfor man ikke altid får lukket godt nok omkring det urinrør i pressede situationer

BÆKKENBUNDSMUSKLER



Slap og afspændt bækkenbund



Spændt og lukket bækkenbund

”OMKRING HALVDELEN AF DE URININKONTINENTE ER ”STRESSINKONTINENTE”. DET VIL SIGE AT MAN LÆKKER URIN, NÅR MAN ANSTRENGER SIG, SÅSOM VED NYS, HOST, LØFT OG HOP.”

Urininkontinens

Urininkontinens har hver 3. kvinde i de første 3 måneder efter en fødsel. Så skulle man helst være helt optrænet og tør. Faktisk drejer det sig om hver 8. kvinde generelt og hver 3. kvinde efter overgangsalderen, der er utætte.

Omkring halvdelen af de urininkontinente er ”stressinkontinente”. Det vil sige at man lækker urin, når man anstrænger sig, såsom ved nys, host, løft og hop. Af den resterende halvdel er en fjerdedel ”urgeinkontinente”, det vil sige, at de har en blære, som gerne vil tømme sig, selvom der kun er en lille mængde urin i den. Den sidste fjerdedel har en blanding af stress og urgeinkontinens.

Endvidere kan urininkontinens også skyldes at man drikker alt for meget og tisser for sjældent.

Det kaldes overløbsinkontinens og har ikke noget med bækkenbunden at gøre, men skyldes rigtig dårlige væske/vandladningsvaner.

Urininkontinens opstår, når bækkenbunden er for dårlig til at understøtte urinrør og blære.





Birthe Bonde

Jeg er fysioterapeut, uddannet i 1980, uroterapeut fra Göteborgs universitet i 1994, godkendt specialist i musculoskeletal fysioterapi i 2003 og færdiguddannet sexolog i 2004 med autorisation fra NACS. 2010 fik jeg autorisation som klinisk sexolog.

Gennem 34 år har jeg arbejdet med behandling af kvinder med alle former for inkontinens og kvinder med kroniske underlivssmerter og seksuelle problemer af fysisk art.

De seneste 10 år har også mænd med inkontinens problemer og mænd med underlivssmerter og dyspareuni fået behandling på min klinik.

De første 14 år var jeg knyttet til Hvidovre Universitetshospitals gynækologiske og urologiske afdeling og de sidste 21 år har jeg haft min egen klinik for gynækologisk, obstetrisk, urologisk og gastroenterologisk fysioterapi, uroterapi samt seksualrådgivning og terapi. Det er den første og eneste af sin art i Danmark. Der færdigbehandles omkring 2000 patienter årligt og der er 3 specialuddannede fysioterapeuter udover mig på klinikken. 2 af os er sexologer.

Derudover har jeg udgivet en del pjecer (I form før/efter fødslen) og er medforfatter/ konsulent på en del bøger om underlivet.

Jeg underviser alle behandlergrupper i sundhedsvæsenet og holder en del foredrag både herhjemme og i udlandet om underlivsproblematikker, diagnostik og behandling.

Jeg har endvidere tidligere været formand for fagforum for Gynækologisk og obstetrisk fysioterapi i 10 år, været bestyrelsesmedlem i 4 år i Uroterapi foreningen, været næstformand i Kontinensforeningen i 4 år og er nu protektor for Kontinensforeningen. 2012 blev jeg bestyrelsesmedlem i Dansk Selskab for Vulvalidelser(DSVL).

Birthe Bonde
tlf 35383465
www.birthebonde.dk

Nedsynkning af underlivsorganerne

33 % af de 40 årige kvinder, der har født vaginalt, har en bagvæg i skeden, der er faldet ned – et rectocele. Heldigvis har 80 % ingen gener af dette. Underlivet hænger bare ikke, hvor det kom fra.

Andre har problemer med tyngdefornemmelser og smerter i underlivet af disse nedsynkninger. Der kan være problemer med at komme af med afføringen og man får let en forstoppelse, da tarmen er udvidet lige før ringmuskelen. Her kan den normale afføring ligge i flere dage og blive hård og udtørret, før mængden er stor nok til at give afføringstrang. Dette kan mærkes som en stor bule i skedens bagvæg. Det kan også give hæmorider og mariske rundt om endetarmen.

Disse gener kan gøre det yderst vanskeligt at holde sig ren rundt om tarmen.

Blæren kan også falde ned og give en bule i forvæggen af skeden – et cystocele. Her kan det være vanskeligt at tømme blæren og derved kommer der til at stå resturin i blæren. Det kan give hyppige blærebetændelser.

Livmoderen kan falde ned – en uterus prolaps og give problem med både at tømme tarm og blære.

Det samme kan tyndtarmen, der kan falde ned og give en bule i skeden – et enterocele. Faktisk kan alt falde ned – både urinrør, blære, livmoder, endetarm og tarmene oppefra, hvis bækkenbunden ikke er veltrænet og lukket, når behovet er der.

Nedsynkningerne er ikke konstante. Man kan let trykke de nedsunkne organer op. Der kan være perioder, hvor generne er væk og nedsynkningerne mindre. Samlejer kan have en rigtig god effekt, da underlivsorganerne ledes op på plads. Men bækkenbundstræning er bedre. Her forsvinder generne hos 1/3.

Operationer

Den hyppigste operation en kvinde kan få i den vestlige verden er opsyning af underlivsorganerne, der er faldet ned. Som 80 årige er hver 9. kvinde syet op i underlivet. 20 % af disse kvinder får efterfølgende smerter ved samleje. 30-40 % af operationerne falder ned igen. Man regner med, at der laves omkring 5000 operationer årligt i Danmark. Gennemsnitsalderen ligger omkring de 55 år.

En inkontinensoperation, hvor man sætter et bånd ind under urinrøret, er en noget mere vellykket operation (TVT eller TOT operation) og her er der kun 3 %, der har gener i form af afstødning af båndet eller gener med manglende orgasme eller smerter ved løb. Der laves omkring 1800 operationer pr. år

Det er rigtig ærgerligt, at dette ikke forebygges med øvelser for bækkenbunden - såkaldte knibeøvelser. For i masser

af undersøgelser har det vist god effekt på både inkontinens og nedsynkning, når man træner sin bækkenbund op.

Endvidere er det et faktum, at kvinder bliver ældre og ældre. Kvinder føder også 1. barn senere og senere i livet, hvor man ikke heler nær så godt op igen, som hvis man fødte i 26 års alderen, hvor der er færrest komplikationer efter fødslerne.

Graviditet, fødsel og sport

Graviditet og fødsel skader altid bækkenbunden. Men også hyppig forstoppelse er roden til en del skader på nervevæv, muskelvæv og sener i underlivet

Det kan også skyldes, at belastningen mod bækkenbunden er for voldsom, såsom høje hop og spring samt tunge løft og al for megen squat øvelser.

Kronisk hoste, allergi med mange nys og fedme kan også give urininkontinens og nedsynkning af underlivsorganerne.

For elitesportskvinder er det ikke et ukendt fænomen at være utæt under udøvelsen af deres sportsgren. Det er faktisk en velbevaret hemmelighed. Ved golf er der ingen rapporteret inkontinens og ved svømning 4-6 %. Springgymnastik og trampolinspringere har den højeste forekomst af inkontinens nemlig 67 % - 80 %, men også i tennis er der en risiko på 50 % og basketball på 44 %.

Årsagen er, at bækkenbunden simpelt hen ikke er stærk nok hverken i udholdenhed eller hurtighed til at kunne klare det, man kræver af den. En anden årsag er, at visse sportsgrene er så hårde, at de overbelaster og overstrækker vævet i underlivet – både muskler, nerver og blodkar svækkes. Fuldstændig det samme sker også i forbindelse med graviditet og fødsel.

Der er adskillige studier, der viser at bækkenbundstræning kan kurere eller ➤

Forspring gennem forskning
behagelig og skånsom pumpning

Brystpumper med 2-Phase teknologien giver dig mere mælk på kortere tid. Med Calma, den unikke sut til brystmælk, har det aldrig været lettere at skifte fra bryst til flaske og tilbage til brystet igen. Læs mere på www.medela.dk.



Calma™
den unikke sut
til brystmælk



Harmony™
let - behagelig - smart



Swing™
behagelig - stille -
effektiv



Swing maxi™
alt-i-et - innovativ -
effektiv



Freestyle™
alt-i-et - innovativ -
effektiv

www.medela.dk



Pumpning og madning.
Gør det let med medelaMe.
Gratis app til iPhones.

medela

mindske urininkontinens hos op mod 70 %. Flere af studierne viser at regelmæssig bækkenbundstræning kan fjerne eller mindske nedsynkningen i op til 33 %.

Både eliteidrætsudøvere og motionister kan komme ud for skader på deres krop, som gør at de ikke kan fortsætte med at udøve den sportsgren, de plejer at udøve. Er det knæet den er gal med, kan de fleste acceptere, at de må vælge en alternativ motionsform, hvis de vil undgå yderligere skader eller forværring af problemet. Det samme bør gælde, når der er tale om en skadet eller svækket bækkenbund!



Nogle kvinder kan ikke optræne deres bækkenbundsmuskler til at kunne klare den motionsform, de gerne vil udøve. I stedet for helt at opgive at motionere, er det vigtigt, at de vælger en anden motionsform eller bruger et hjælpemiddel, mens de træner. En mindre ”bækkenbundsbelastende” motionsform kunne være cykling frem for løb. Poweryoga i stedet for boksetræning eller svømning i stedet for zumba. Der er så mange fordele ved at motionere, at selv ikke en svag bækkenbund skal afholde én fra det.

Find din Bækkenbund

Det kan være uhyre svært at finde sin bækkenbund. Selv efter korrekt engangsinstruktion hos fysioterapeut eller læge kan 30 % ikke aktivere bækkenbunden. Kun 25 % af alle kvinder har en korrekt spænding i bækkenbunden under belastninger. Lige efter en fødsel har 80 % nedsat sensibilitet og innervation i det perianaleområde. En del har skadet muskulaturen ved fødslen. Mellem 3-5 % har fået en total sphincter ruptur.

Hver gang man laver et knib, træner man sin bækkenbund, men skal man have optimal effekt af træningen, skal man både holde knibene længere tid ad gangen, og man skal ende med at kunne finde sine bækkenbundsmuskler ”på kommando”. Er den for langsom, kan man ikke nå at lukke for sine åbninger, når man f.eks. hopper og trykket stiger inde i maven. Så kommer man til at tisse i bukserne i stedet for. Som resten af kroppen skal musklerne i bækkenbunden trænes og holdes i form for at kunne klare at spænde sig mange gange, og i længere tid ad gangen.

Skal man begynde at træne, er det vigtigt at man tænker på, at vi alle er forskellige. Nogle kan lave få knib ad gangen andre mange.

Man skal kun knibe med bækkenbundsmusklerne! Er det balder, lår og mave, man kniber med arbejder man for hårdt. Så er der risiko for, at man spiller sin tid, fordi det måske slet ikke er bækkenbundsmusklerne, man får trænet op. Det er også vigtigt at holde pauser mellem knibene. Er man nybegynder, skal pauserne mellem hvert knib være lige så lange eller længere end knibene varer. Senere kan man gøre pauserne kortere.

Hvordan kniber man?

Det kan være rigtig svært at finde ud af, om man kniber korrekt. Det vigtigste er at tænke simpelt! Der er kun én kommando, man behøver at sende til sine bækkenbundsmuskler og det er at lukke/ snøre sammen om endetarmsåbningen (hold på er prut). Gør man det har man lukket hele sin bækkenbund.

Er det helt umuligt, eller er man i tvivl kan man få en uroterapeut/specialuddannet fysioterapeut til at undersøge ens knibefunktion, så man ved, at man er på rette vej. Terapeuten har ofte flere muligheder for at få hjælpe bækkenbundsmusklerne igang, hvis de er meget svage. Det kan være, at man prøver at fremme sammentrækninger i bækkenbundsmusklerne ved vibration, el-stimulation eller biofeedback.

Det er desværre kun få fysioterapeuter, der har lært at undersøge bækkenbunden. Dem, der kan dette ses på Danske Fysioterapeuters hjemmeside: www.fysio.dk under Dansk selskab for urologisk, gynækologisk og obstetrisk fysioterapi. Uroterapeuterne ses hos Lægeforeningen under Dansk selskab for urogynækologi www.dugs.dk

Hvordan tester man selv bækkenbunden



Lig på siden med bøjede ben.

Placer et par fingre mellem haleben og endetarm.

Pres fingrene lidt opad og knib sammen. Føl at området bliver stift og noget hårdere.

Slap af igen og føl at området bliver blødt igen.

Lig på siden med bøjede ben.

Placer en finger evt. med en fingertut på ind i endetarmen (som et termometer).

Knib og føl yderst en ring, der snører sammen hele vejen rundt om fingeren og lidt dybere mærkes en slynge, der fører fingeren fremad mod kønsbenet (skamben).

Slap af igen og føl at området bliver blødt igen.

Træningsprogrammer

Man kan træne sine bækkenbundsmuskler på mange måder, og ser man på de utallige studier, der er lavet på effekten af bækkenbundstræning, har de fleste haft god effekt, men med vidt forskellige træningsprogrammer.

Hvordan man træner afhænger både af, hvor godt man har styr på sin bækkenbund og hvad man skal lave af sport/motion. Men det er helt sikkert, at man skal træne regelmæssigt lige som med resten af kroppen, hvis man skal blive bedre.

Kan man finde sin bækkenbund og er den god – vedligeholdes den med 20 knib á 6-8 sec varighed i træk med lige lange pauser i mellem 2-3 gange om ugen helst i siddende eller stående stilling.



Træning med vaginalvægte

Træn din bækkenbund med vægte

Vaginalvægte kan være en rigtig god løsning til at træne din bækkenbund optimalt!

De kan bruges af alle kvinder, der kan sætte en tampon op i skeden, da vægtene har en størrelse som en tampon.

Vægtene kan ikke bruges af kvinder med en meget dårlig og åbenstående bækkenbund og kvinder hvor underlivsorganerne er sunket meget ned.

Vægtene sælges enkeltvis eller i sæt med 4 vægte. De vejer fra 20-90 g.

Man starter selvfølgelig med den letteste og tykkeste. Den sættes op i skeden, som man sætter en tampon op. Efter opsætningen kniber man sammen i bækkenbunden og trækker ned i snoren.

Man trækker så langt ned som muligt, uden at vægten passerer bækkenbunden. Derved kommer vægten til at ligge lige over bækkenbunden. Man tager underbukserne på, før træningen.

Hvis man ikke magter at holde vægten, falder den ud i trussen og det kan man tydelig mærke.

Det gælder ikke om at holde vægten oppe, når man bare står stille over lang tid. Man skal derimod være fysisk aktiv, samtidig med at vægten bliver liggende lige over bækkenbunden.

Man starter med at stå med vægten inde i skeden. Dernæst går man rundt. Forsøg at løbe let på stedet. Lykkes alt dette, kan man forsøge at hoppe, lave knæbøjninger eller man at lave englehop/sprællemandshop. Forsøg også at hoste kraftige mellem 5-10 host i træk og evt. kan man forsøge at nyse (brug peber).

Falder vægten ud sættes den op igen og man forsøger med samme aktivitet igen.

3. gang vægten falder ud ved samme aktivitet, stoppes træningen.

Man kan træne dagligt eller mindst 2-3 gange ugentlig.

Er ens bækkenbund velfungerende, kan man af og til lige teste om man stadig er stærk og velkoordineret med en vægttest. En meget stærk bækkenbund kan holde den tungeste vægt inde i skeden under alle aktiviteter.

En god og veltrænet bækkenbund kan holde den letteste vægt inde i skeden under alle aktiviteter Man ved jo bedst selv i hvilke situationer, det er svært at holde tæt, så træn i disse situationer med vægten inde.

Prøv at teste: f.eks. danse med vægten inde? Kan man løfte sit barn op uden vægten falder ud? Kan man løfte tunge ting? Kan man gå på trapper? Kan man grine? Kan man løbe en tur med vægten inde?

Der er mange situationer i dagligdagen, hvor man kan teste, om man får lukket i bækkenbunden før trykket stiger inde i maven. Faktisk skal man kunne holde vægten inde i skeden mellem to vandladninger – lige meget hvad man laver.

Man starter vægttræningen, når bækkenbunden er allermest frisk og udhvilet f.eks. om morgenen. Senere i optræningsforløbet skal man også kunne udføre disse test med en træt bækkenbund f.eks. sidst på dagen.

Op til menstruation og i de første dage af menstruationen bruges vægtene ikke, da man er lidt hævet i skeden og det kan være vanskeligt at holde vægten inde.

Vægtene rengøres med almindeligt sæbe, skylles og aftørres. Så er de klar til næste gang.

Hjælpemidler

Kan man ikke træne sin bækkenbund så meget op, at man kan holde helt ”tæt”, når man motionerer, findes der specielle hjælpemidler i form af tamponer og støt-tepessarer, som holder urinrøret lukket ved at løfte skedevæggen op. Hjælpemidlet sættes op i skeden inden man begynder sin motion, og kan tages ud igen efter man har motioneret.

Det er bedst af få afprøvet størrelsen hos en gynækolog/uroterapeut eller specialuddannet fysioterapeut, hvor man kan teste disse hjælpemidler under udføring af ens sportsaktivitet.



Billedet her viser de forskellige støtte-pessarer

Der findes i dag et stort udvalg af bind og bleer, der har så stor sugeevne, at man kan holde sig tør. Det vil for nogle være den mest oplagte og praktiske løsning.

Men disse hjælpemidler er først nødvendige, når bækkenbundstræning ikke er nok.

Advarsel mod squatøvelser

Nogle steder på nettet er der desværre uvidende fysioterapeuter og journalister, der anbefaler at kvinder skal squatte for at optræne bækkenbunden. Det kan ikke være mere forkert. En squat øvelse åbner bækkenet og slapper bækkenbunden af.

”EN MEGET STÆRK BÆKKENBUND KAN HOLDE DEN TUNGESTE VÆGT INDE I SKEDEN UNDER ALLE AKTIVITETER.”



Her de forskellige tamponer – Contrelle til højre

Derved øges chancen for at få en ned-synkning af underlivsorganerne. www.gynzone er et godt sted at downloade bækkenbundsøvelser. Forskellige træningsprogrammer kan også downloades på min hjemmeside www.birthebonde.dk under pjecer.

Når man drikker for meget

En del kvinder har desværre en helt anden årsag til urininkontinens og det er et alt for stort væske indtag. De har fået overløbsinkontinens. Der er gået mode i vand. Der er en tendens til, at det er sundt og udrensende at drikke meget vand. Det er det ikke!

En almindelig dansker, der ikke fejler noget og ikke dyrker overdreven sport såsom maratonløb og triatlon har brug for 1 ½l væske i døgnet – alt tæller med i

væskeregnskabet også kaffe og the, øl og vin. Ammer man, drikkes noget mere, svarende til hvad barnet tager – ca. omkring ¾ - 1 l mere.

Blæren har det allerbedst med at tømme sig regelmæssigt. Om morgenen med 5-6 dl i sig og resten af dagen med 2,5-3 dl i sig. Drikker man 1 ½ -2 l om dagen, skal man lade vandet 5-6 gange i løbet af et døgn, ca. hver 3.-5. vågen time og måske en gang om natten, når man er lidt ældre.

Gør man dette, løber blæren ikke over og man er kontinent – bare ved at drikke mindre.

Ud fra ovenstående kan man se, at der er en del faktorer, der er afgørende for kontinens og et velfungerende underliv og bækkenbunden er en af dem – men ikke altid den, der er årsagen til generne. ♥

KILDER

Kari Bø et al: Evidence-based physical therapy for the pelvic floor,Elsevier 2007

Birthe Bonde:Den forbudte bækkenbund. Fysioterapeuten nr.4, 2003

Birthe Bonde:Bækkenmyoser. Fysioterapeuten nr. 10, 2003

Birthe Bonde:Vibration. Fysioterapeuten nr. 7, 2005

Birthe Bonde: Bækkenbunden, Månedskrift for almen Praksis, nr. 10, okt 11, årgang 89, s803

Birthe Bonde: Bækkenbunden og sexualitet: Best Practice dec,2011(gynækologi/urologi)

MAM Manuel Brystpumpe

Enkel, bekvem og individuelt tilpasset

MAM Manuel Brystpumpe er let at anvende og rengøre, idet den kun består af fire dele. Tragten har indbyggede puder, og kan drejes 360°. Det gør det muligt altid at kunne pumpe mælk ud, hvilket bidrager til, at risikoen for mælkeophobning mindskes, og at mælkeproduktionen holdes i gang.

Brystpumpen passer til MAM's populære sutteflaske MAM Anti-Colic, som takket være den ventilerede bund giver en ideel mælkestrøm og mindsker kolik hos 8 ud af 10 børn*. Flasken har desuden en silkeblød sut, som gør det let at skifte mellem amning og flaske.

Brystpumpen fås hos udvalgte apoteker og butikker med babyudstyr samt i Bilka.

Bestil en brystpumpe gratis på bvc@bambino-mam.se. Har du spørgsmål, er du velkommen til at ringe til vores sygeplejerske Carina Gunnarsson på telefon +800 545 180 70.

Bestil en gratis prøve!

*Medicinsk studie 2011/markedsundersøgelse 2010, testet af 204 mødre.

REGULERBAR PUMPESTYRKE

Indstillingshjulet gør det nemt at indstille sugestyren på pumpen fra svag til kraftig. Med regulerbar pumpestyrke er det lettere at finde en bekvem måde at pumpe på.

BLØD OG BEHAGELIG

Der er puder indbygget i tragten, som giver en behagelig følelse, og som gør, at tragten sidder bedre fast på brystet.

LET AT BRUGE OG MONTERE

Brystpumpen monteres og adskilles i fire enkle trin. Den er let at håndtere og rengøre, idet den kun består af fire dele – forbindelsesrør, pumpe og håndtag (lén del), silikoneventil og tragt.

BPA FREE

MAM

mambaby.com



ÅRETS SUNDHEDSPEJERSKE 2015

Indstilling af kandidater til prisen som årets sundhedsplejerske 2015

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

Kriterier for at få prisen Årets Sundhedsplejerske er:

- At arbejde som ikke ledende sundhedsplejerske i Danmark
- At arbejde for faglig udvikling eller faglige forhold
- At være medlem af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
- At være til stede ved overrækkelsen af prisen på

Landskonferencen for Sundhedsplejersker på Nyborg Strand den 4. - 5. maj 2015.

Hvem kan få prisen?

- En enkelt sundhedsplejerske.
- En gruppe af sundhedsplejersker.

Hvorfor gives prisen?

For en ekstra og speciel indsats i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde til gavn for børn og unge i Danmark.

En indsats, som dokumenteret kan eller har givet større trivsel og/eller flere oplevelser til en gruppe børn og/eller unge, samt deres familier. Det vil sige, det skal være en indsats, der er realistisk planlagt og ønskes gennemprøvet eller en indsats, der er gennemført.

Prisen er 10.000 kr. (skattepligtig) samt et diplom.

Hvordan fås prisen?

En kort beskrivelse (max en A4 side) af den ekstra og specielle indsats. Beskrivelsen indsendes til nedenstående bestyrelsesmedlem for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker inden deadline.

Forslagene vil blive annonceret i Sundhedsplejersken forår 2015.

Bedømmelseskomiteen er en repræsentant fra Sundhedsstyrelsen, Formanden for DSR og bestyrelsen for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker.

Send et brev eller e-mail med indstillingen til Christina Louise Lindhardt, Sadolinsgade 78, 5230 Odense M. eller mail til christinalindhardt@fs10.dk
Inden den 1. februar 2015.

Se prisens historie og tidligere års vindere på www.sundhedsplejersken.nu under indlæg om Årets Sundhedsplejerske.

Landskonference 2015 for sundhedsplejersker

Dato: 4. og 5. maj 2015

Sted: Hotel Nyborg Strand

Titel: Fra overvægt til ligevægt

I 2 hele dage følger vi overvægtens konsekvenser og udfordringer gennem foredrag og workshop om barnet og den unge med overvægt. Vi starter ved moderens graviditet, og fortsætter til det lille barn 0-6 år, skolebarnet i indskoling, mellemtrinnene og den unge i udskoling.

- Hvordan er billedet af overvægt hos børn i 2014?
- Hvordan ser oplægsholderne udfordringer og muligheder for indsatser mod overvægt hos børn og unge?
- Hvordan påvirkes forstret/barnet af overvægt hos mor?
- Hvad ved vi om tidlig indsats og forebyggelse på dette område?
- Hvordan er barnets liv i en familie med overvægt?

Der er lagt vægt på en introduktion med videnskabelig tilgang, oplæg i plenum, involvering af deltagerne, workshop med sundhedsplejerskers erfaringer fra praksis i kommunerne begge dage. Mødet med kollegaer fra hele landet og en god snak over frokosten.

Foredragsholdere, der er fastlagt indtil videre

- Epidemiologien i overvægt v/ Professor Carsten Obel, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.
- Overvægt i første leveår v/ Kim Fleicher Michelsen, Professor i Human ernæring, Landbohøjskolen
- Familekulturer – måltidet v/ Antropolog og læge Anders Lindelof
- Overvægt og graviditet v/ Christina Vinter, Cand. med., obstetrik
- Københavns kommunes arbejde med svært overvægtige børn og unge. Børnevægtscenteret.

Workshop mandag og tirsdag: tre parallelle sessioner, 6 emner i alt

- Livsstilsbesøget, Familien på vægten v/shpl. fra Roskilde kommune (Sundhedsplejerske Susanne Jeppesen m.fl.)
- Julemærkehjemmenes arbejde med børn og unge v/Leder fra et Julemærkehjem.
- Mad til babyer – tidlig forebyggelse af overvægt? (Baby-Led Weaning) v/Jannie Bolther Brøste, sundhedsplejerske.

- Motivation til vægttab hos overvægtige gravide v/ Christina Lindhardt, phd. og sundhedsplejerske
- ... og et par stykker mere.

PRIS 2795 KR.
For to hele dages
konference: (eks.
festmiddag mandag
aften)

Observation af tidligt samspil

– et vindue til spædbarnets relationelle miljø

Observation af samspil imellem børn og deres omsorgsgivere, er et vigtigt værktøj, når vi vil identificere de børn, hvis sociale og emotionelle udvikling er i fare.

JOHANNE SMITH-NIELSEN OG LOUISE ANKER MUNCK (TEKST)
LENA RØNSHOLDT (FOTO)

Vi har længe vidst, at sund spædbarnsudvikling er afhængig af relationen til de primære omsorgsgivere. Årtiers forskning har igen og igen demonstreret, at den tidlige tilknytningsrelation har stor betydning for, om barnet senere i livet kan etablere sunde relationer til andre, opleve, udtrykke og regulere sine følelser samt udforske og lære. Når barnet er omkring et år, kan man gennem observation få indtryk af kvaliteten af den relation, som er udviklet mellem barn og forælder – er den tryk eller utryk? Er den organiseret eller desorganiseret? Det vil sige: Har barnet en grundlæggende tillid til at dets mor eller far er tilgængelige og sensitive, når det har behov for det? Er barnet generelt usikkert på om det kan få hjælp, trøst og omsorg, når der opstår situationer, eller det får følelser, som det ikke kan (eller bør) håndtere alene? Kan barnet tryk lege og udforske, når dets far eller mor er i nærheden, og bliver det støttet i sin

leg og i at udvikle selvstændighed? Eller er det konstant opmærksomt på sin mors eller fars sindstilstand eller tilgængelighed (eller måske ligefrem på vagt?), så det ikke har energi til leg og udforskning? Det er sådanne aspekter, som er afgørende for kvaliteten af det, vi kalder tilknytningsrelationen eller barnets tilknytningsmønster.

Kvaliteten af tilknytningsrelationen (tryk eller utryk) er resultatet af alle de konkrete samspilserfaringer barnet får med sine omsorgsgivere helt fra fødslen. Ny forskning peger på, at bestemte mønstre i samspillet, som kan observeres allerede omkring firemåneders-alderen, kan indikere om barnet er i risiko for at udvikle et utrygt tilknytningsmønster efter det første leveår. Derfor er opmærksomhed på, hvordan relationen imellem spædbørn og deres omsorgsgivere udvikler sig helt fra de første måneder af allerstørste betydning for og andre professionelle der arbejder i dette felt.

”Kvaliteten af tilknytningsrelationen (tryk eller utryk) er resultatet af alle de konkrete samspilserfaringer barnet får med sine omsorgsgivere helt fra fødslen.”

Samspil og samspilsmønstre

Ethvert samspil er en øjeblik-til-øjeblik interaktiv ikke-sproglig proces, hvor de to parter påvirker hinanden, samtidig med at de påvirker sig selv. Både forælder og barn veksler mellem selvregulering og fælles regulering af samspillet. Denne ikke-sproglige interaktive regulering og selvregulering finder sted i alle typer samspil mellem mennesker som et lag ”under” eller ”ved siden af” den almindelige sproglige kommunikation. I en samtale holder vi typisk øjenkontakt med den, vi taler med, men hvis der ikke er pauser i ”kigge-perioderne”, vil vi ofte føle at kontakten bliver for intens, og vi vil få trang til at kigge væk et øjeblik (selvregulering). Når vi så har vendt blikket væk, vil det i en almindelig samtale føles forkert, hvis vi ikke efter lidt tid – ofte blot få sekunder – genoptager øjenkontakten (fælles regulering). Tilsvarende regulerer vi samspil med andre mennesker inden for en række andre ikke-sproglige ’modi’, fx ved hjælp af fysisk afstand til den anden, kroppens og hovedets retning i forhold til den anden, samt ved hjælp af stemmeføring og rytme i taleperioder og pauser, hvor man ikke taler, så den anden kan tale. Når det gælder de samspil som helt spæde børn indgår i, så foregår al kommunikationen på dette ikke-sproglige plan. ↘



Et godt eksempel på, hvordan denne interaktive reguleringsproces foregår, er når mor eller far har øjenkontakt med barnet, og snakker med det og måske rører det. Til at begynde med er barnet interesseret og opmærksomt, det fastholder øjenkontakten, det ligger roligt, og det svarer måske med små lyde (fælles udveksling og interaktiv regulering). På et tidspunkt er barnets tærskel for stimulation nået, og det vender hovedet væk (selvregulering). Langt de fleste forældre vil uden at tænke over det nedsætte stimulationen. Måske vil de læne sig lidt tilbage, de vil måske holde en lille pause med at snakke til barnet og i stedet æ det eller holde hænderne roligt på barnets mave. Efter kort tid vil barnet igen være faldet så meget

Fakta

Barnet fødes med en række kapaciteter for selvregulering. Selvregulering handler om barnets evne til at kunne nedbringe sit indre spændingsniveau. Når barnets spændingsniveau stiger, vil dets puls tilsvarende stige, det kan blive varmere og mere motorisk uroligt og det kan begynde at græde. Allerede fra de første uger er det i stand til at vende blikket bort, når det er ved at blive overstimuleret og har brug for en pause. Det kan også helt tidligt berolige sig selv ved at sutte på sine fingre eller gennem selvberøring. Børn fødes med meget forskellige kapaciteter for selvregulering, ligesom de er meget forskellige i forhold til hvor påvirkelige de er for at blive reguleret af en anden. Derfor har nogle børn let ved at blive overstimulerede, hvorimod andre virker mere robuste, er lettere at berolige og er bedre til at berolige sig selv. Og derfor er nogle spædbørn sværere at være forældre til end andre.

til ro, at det er klar til ”endnu en omgang kontakt”, og det vil igen søge øjenkontakt. Men i andre tilfælde er mor eller far ikke i stand til at opfatte barnets behov for ro og forsøger i stedet at fastholde kontakten, fx ved at ”lede efter” barnets blik og øge stimulationen. Dette vil ofte få den modsatte effekt, og barnet vil typisk vende sig endnu mere bort eller måske begynde at græde. Mors eller fars forsøg på at fastholde kontakten med barnet, vil forstyrre barnets forsøg på at regulere sig selv, og barnet vil blive mere og mere utilpas i samspillet. I litteraturen har man kaldt dette mønster for ”chase-and-dodge”-mønsteret. Dette samspilsmønster finder jævnligt sted mellem alle forælder-barn par, men hvis det bliver for dominerende, kan det være en risikofaktor for den tilknytningsrelation, der er ved at udvikle sig. Forskning har vist, at børn der var utrygt tilknyttede, da de var et år, indgik dobbelt så meget i dette samspilsmønster i firemåneders-alderen, end børn der var trygt tilknyttede ved et år. Nogle forældre kan blive helt desperate i forsøget på at få barnet til at kigge på sig, og på trods af at barnet vender sig langt væk, bliver de ivrigt ved med at komme tættere på barnet, tale højere og tager fx fat i barnets fødder eller hænder. I visse tilfælde kan spædbarnet gå helt i ”flitsbue” i forsøget på at undgå forældrens kontaktforsøg, og dette kan være begyndelsen på en negativ spiral, hvor forælderen konstant føler sig afvist i samspillet med sit barn, og i forsøget på at opnå kontakt (og således regulere sig selv), opnår endnu mere afvisning fra barnet. Omvendt får barnet mange oplevelser af at kontakt med forælderen indebærer overstimulering og ubehag, og at det ikke får hjælp til at blive beroliget, når det har brug for det.

Louise Anker Munck

Louise Anker Munck er cand.psych.aut. uddannet fra Købehavns Universitet. Har arbejdet på Center for Spæd- og Småbørnsforskning med undersøgelse og behandling af mødre med efterfødselsreaktioner og deres spædbørn. Er nu ansat i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Glostrup. Underviser sundhedsplejerskestuderende på Metropol.

Johanne Smith-Nielsen

Enheden for spæd- og småbarnsforskning, Institut for psykologi, Københavns Universitet. Autoriseret klinisk psykolog, erfaring indenfor voksen/familie og spæd- og småbarnsområdet og med særlig interesse i betydningen af tidlige samspil og de faktorer, der kan påvirke forældre-barn relationen. Er i skrivende stund ved at færdiggøre en Phd., som handler om efterfødselsdepression og undersøger effekter på barnets udvikling og tilknytning. Til efteråret 2014 skal Johanne i samarbejde med lektor Mette Skovgaard Væver starte et forskningsprojekt, som fokuserer på tidlig opsporing og forebyggende indsatser i forhold til spædbørn (og deres forældre) i risiko for at udvikle utryg tilknytning og socio-emotionelle vanskeligheder. I dette forskningsprojekt indgår der et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor effekten af interventionsprogrammet Circle of Security-forældre træning (COS-P) skal undersøges. Projektet skal bl.a. udføres i samarbejde med sundhedsplejen i Københavns Kommune. Johanne underviser på sundhedsplejerskeuddannelsen, Metropol, samt på psykologiuddannelsen, Københavns Universitet. Derudover tilbyder hun efteruddannelseskurser for sundhedsplejersker og andre professionelle indenfor det perinatale område.

UDVALGTE PUBLIKATIONER

Smith-Nielsen, J & Anker Munch, L 2012. "Den vigtige relationsdannelse" J. Rasmussen & V Samberg (red), Sundhedspleje: Et fag i forandring. 1st edition, Munksgaard, København, pp. 79-98

Smith-Nielsen, J., Steele, H., Mehlhase, H., Cordes Katharina, Steele, M., Harder, S. et al. Links among high EPDS-scores, State of mind regarding Attachment, and Symptoms of Personality disorder. Journal of Personality Disorders, (in press).

Væver, MS, Krogh, MT, Smith-Nielsen, J, Harder, S & Köppe, S 2013. Measuring spatial proximity in mother-infant interaction: A kinematic approach for an examination of the effects of maternal postpartum depression Infant Behavior and Development, vol 36, 3, pp. 427-431

Væver, M. S., Krogh, M. T., Beebe, B., Smith-Nielsen, J., & Tronick, E. Kinematic measurement of infant head orientation during 4-months mother-infant interaction: Gender and postpartum depression effects. (In-Press)

En vigtig opgave for sundhedsplejersken er således at støtte forældre i at forstå, at når det lille barn fx kigger væk eller sutter meget på fingrene, så er det på tide at holde en pause med stimuleringen og vente til barnet er klar igen. Især forældre, der er sårbare i forhold til at opleve afvisning, kan have stor gavn af lære ikke at ”se en afvisning”, når barnet kigger væk, men i stedet at se et barn som er i gang med at berolige sig selv.

Sårbare familier og omsorgssvigt. Dette relationelle perspektiv er selvsagt afgørende at fastholde i arbejdet med sår-

bare familier. Vi ved, at omsorgssvigtede børn fortsat bliver overset. Vi er simpelt hen ikke gode nok til at identificere disse børn tidligt nok, således at vi rent faktisk kan nå at sætte ind, før det, der først ”kun” var problematiske forælder-barn samspil, har udviklet sig til store problemer for barnet, familien og for samfundet. På dette tidspunkt er problemerne sjældent svære at få øje på, men ofte meget svære at løse. Derfor repræsenterer disse børn en stadig udfordring for os professionelle, som er i kontakt med de nye familier. At vi endnu overser alt for mange børn, som er i risiko, skyldes blandt

andet, at risiko-samspil og tidlige tegn på udvikling af utrygge tilknytningsrelationer er meget vanskeligt at undersøge.

Hvorfor overser vi fortsat omsorgssvigtede børn? En engelsk undersøgelse peger på de mest almindelige grunde til at de fagpersoner, der har med børn at gøre, overser omsorgssvigt. Ofte er det primært forældrene, der undersøges i familier, hvor der er mistanke om omsorgssvigt. Muligvis ud fra en tanke om at forældrene kan og vil beskrive de vanskeligheder, der er i hjemmet. Dette er dog problematisk, da

forældre, der udsætter deres børn for omsorgssvigt i form af vanrøgt, ofte ikke har den fornødne viden om børns følelsesmæssige behov og udvikling. Ofte ved forældre ikke, at det miljø, de tilbyder børnene, er skadeligt for barnets udvikling. De er derfor heller ikke i stand til at beskrive dette for andre. At anvende forældres beskrivelse af forholdene i hjemmet bliver dermed i visse tilfælde en mangelfuld kilde til information.

De forældre, der er opmærksomme på, at de har vanskeligheder, er heller ikke altid interesserede i at fortælle andre om det. Der kan ofte være stor skam og frygt forbundet med at blive undersøgt for forældreevne, og det kræver stor tillid hos forældrene at give udtryk for de vanskeligheder, de oplever i relation til deres børn. Og netop tillid er sjældent dét, sådanne forældre har mest af. Nogle forældre kan således foregive at samarbejde, eller bevidst at modarbejde samarbejdet med den professionelle.

Andre gange bruger den professionelle den relation, de selv får med forældrene som indikator for, hvordan relationen er imellem barn og forældre. Forskning viser dog, at der desværre ikke nødvendigvis er en sammenhæng. Derfor kan en umiddelbart god relation mellem den professionelle og forælderen ind i mellem komme til at forplumre billedet, og vi ser ikke de vanskeligheder, der måske eksisterer i samspillet mellem forælder og barn.

Ofte vil børn i sager, hvor der er mistanke om omsorgssvigt, blive inddraget i undersøgelsen. Dette foregår dog primært ved samtaler med barnet alene. Vanskeligheden ved dette består i, at man her forventer, at barnet vil kunne få tillid til den voksne og fortælle om de forhold, der er i familien. Omsorgssvigtede børn er ofte meget garderede i kontakten til andre voksne, og det kræver ofte længere tids kontakt og tillid for dem for at begynde at fortælle. Og måske sker det aldrig. Det er desuden en vanskelig opgave for de voksne, og ikke alle har den fornødne faglige viden til at tale med børn. Når det gælder helt små børn, er børnesamtalen naturligvis ikke en mulighed.

Hvis vi som professionelle i vores undersøgelser derimod også vælger at anvende direkte observationer af samspil mellem forældre og børn – og vi ved, hvad vi skal se efter – vil vi efter vores bedste overbevisning være bedre rustet til at identificere de børn, hvis sociale og følelsesmæssige udvikling er i fare. Observationer af forælder-barn samspil er, når de bruges rigtigt, et stærkt og vigtigt værktøj, da de giver os mulighed for at undersøge barnets strategier i forhold til at få trøst, støtte og opmuntring fra sin far eller mor. Samtidig kan vi danne os et indtryk af forældrerens



Den 1-årige efteruddannelse til
Småbørnskonsulent

Unikt tilbud

1-årigt uddannelsesforløb med Kari Killén som gennem-gående underviser (3x2 dage + 2x1 dag).

Margareta Brodén og May Olofsson er gæsteundervisere. Hold 8 med opstart februar/marts 2015. Bemærk kun 20 pladser pr. hold. Læs mere på vores hjemmeside.



Kontakt: Toftemosegaard Aps
CEO aut. psykolog Flemming Christiansen
Manderupvej 3, 4050 Skibby
Tlf. 4752 8360, Mobil. 2040 8370
Mail: post@toftemosegaard.dk
www.toftemosegaard.dk

Har dit spædbarn udviklet en asymmetrisk hovedform?



Asymmetrisk hovedform afhjælpes ofte med øvelser på maven, fysioterapi m.m. I tilfælde hvor en mere harmonisk form ikke opnås inden 4-månedersalderen anbefales STARband™ – Hovedformskorrigerende Ortose. Ortosen benyttes 23 timer i døgnet i en periode, hvor den varsomt og sikkert guider babyens hoved til en mere ensartet form.

Behandling med den innovative ortose ordineres enten efter henvisning til en speciallæge, eller ved henvendelse direkte til bandageriets tilknyttede speciallæge Hanne Hove, der er ekspert i kranie- og ansigtsmisdannelser.

Bandagist Jan Nielsen – En verden fuld af muligheder

Kontakt os for information eller se www.starband.dk
– Vi vil så gerne dele vores viden!

Bandagist Jan Nielsen A/S • 33 11 85 57 • kontakt@bjn.dk • www.bjn.dk



kapaciteter for at regulere sine egne og barnets følelser i samspillet samt at støtte barnet i sin leg og udforskning. Sagt på en anden måde, får vi gennem observation det mest valide grundlag for at danne os et indtryk af hvilken tilknytningsrelation, der har udviklet sig mellem forældre og barn.

Tegn på desorganiseret tilknytning: En indikator for hvem der har brug for hjælp

Samspillet mellem en omsorgsperson og et barn, som bliver udsat for omsorgssvigt, vil ofte bære præg heraf. Omsorgssvigt enten i form af vanrøgt og/eller fysiske/psykiske overgreb vil i mange tilfælde resultere i, at barnet udvikler et såkaldt desorganiseret tilknytningsmønster. Et desorganiseret mønster er det tilknytningsmønster, man i forskningen har fundet, udgør den største risiko for barnets sociale og emotionelle udvikling. I mange undersøgelser er der blevet fundet sammenhæng mellem desorganiseret tilknytning og udviklingen af psykiske lidelser, stofmisbrug og kriminalitet senere i livet.

Et desorganiseret mønster udvikles hos barnet, når den medfødte rettethed og søgen efter de primære omsorgspersoner i situationer, hvor barnet er utilpas, træt eller bange (tilknytningsadfærd) kompromitteres, fordi omsorgspersonen samtidig er skræmmende eller fraværende. For det lille barn er det ikke blot skræmmende, når far eller mor er vred eller aggressiv. Det kan fx også være meget skræmmende, når far eller mor er meget følelsesmæssigt ustabil, alkohol eller stof-påvirket, meget ulykkelig, depressiv, manisk eller mentalt fraværende. Dette efterlader barnet uden løsning på, hvordan det skal håndtere

svære følelser, da disse ofte forårsages af den, som skulle hjælpe barnet med at regulere dem.

Derfor ser vi ofte hos omsorgssvigtede børn, at de mangler en sammenhængende strategi i forhold til at søge trøst og hjælp hos deres omsorgsgivere i skræmmende situationer, og når de har været adskilt fra deres mor eller far og efterfølgende genforenes. De kan opføre sig meget forskelligt; være lydige og uden at stille krav og helt underkastende over til at være svært oppositionelle og aggressive eller indtage rollen som den, der skal trøste og berolige eller strukturere situationen (rolleombytning). Det kan også være, at det lille barn viser meget modsætningsfyldt adfærd, hvor det først søger sin mor eller far og

”Omsorgssvigt vil i mange tilfælde resultere i, at barnet udvikler et såkaldt desorganiseret tilknytningsmønster”

rækker op, hvorpå det i næste øjeblik ser bange ud, vender sig væk eller ”falder sammen”/stivner. Endelig kan det være at barnet foretrækker en fremmed, når det skal trøstes frem for sin mor

og far. Det er vigtigt at huske, at et barn godt kan have et trygt tilknytningsmønster til den ene forælder og et desorganiseret/utrygt til den anden.

Det kræver en særlig opmærksomhed at se de sammenbrud i strategi, der præger desorganiseret tilknyttede børn i utrygge situationer. Det forudsætter et trænet øje samt de ressourcer, der skal til, for at man har tid til at se barnet i samspil med sine forældre. Ikke desto mindre, vil et øget fokus på at observere børns tilknytningsstrategier i samspillet med deres forældre gøre os bedre til at identificere de familier, hvor der er behov for indsats.

Sundhedsplejersken er ofte den fagperson, som er tættest på familien, og derfor har mulighed for at iagttage konkrete samspil imellem børn og deres omsorgs-

vere. Dermed bliver hun også en afgørende fagperson i arbejdet med at opspore familier og børn med behov for særlig støtte. Men det forudsætter naturligvis, at sundhedsplejersken er opmærksom på samspillet imellem forældre og deres børn og at hun ved, hvad hun skal kigge efter.

I hele første halvdel af 2014 har vi haft et samarbejde med Sundhedsplejen i Furesø Kommune, med fokus på iagttagelse og beskrivelse af samspil imellem børn og deres omsorgspersoner ud fra en tilknytningsteoretisk ramme. Her var ønsket en skærpet opmærksomhed på, hvordan vi allerede fra spædbørnsalderen kan identificere, hvem der har brug for hjælp og ekstra støtte. Tilbage melding fra Sundhedsplejen i Furesø er, at det ydermere har været vigtigt at etablere et fælles udgangspunkt og sprog for samarbejdet imellem alle de fagpersoner, som er omkring de udsatte familier, dvs. socialrådgivere, psykologer, læger, pædagoger osv. Vi har i en gruppe af sundhedsplejersker, socialrådgivere og psykologer arbejdet med at etablere dette fælles sprog at tale om disse familier i. Fokus har i særlig grad været på relationerne i familien og samspil imellem forældre og børn i et tilknytningsteoretisk perspektiv. ♥

REFERENCER

Artiklen er primært baseret på et kapitel skrevet af forfatterne, ”Den vigtige relationsdannelse” hvor referencer til relevant forskning fremgår.

Smith-Nielsen, J. & Munck, L.A. (2012) Den vigtige relationsdannelse. I: Rasmussen, J. & Samberg V. (red.) Sundhedspleje – et fag i forandring, Munksgaard, kap. 5, 79-97.

Zeanah, P.D. & Gleason, M.M. (2009). Infant mental health in primary health care. I: Zeanah, P.D. (red.). Handbook of infant mental health. New York: Guildford Press, 549-563.

Holland, S. (2000) ”The assessment relationship: Interaction between social workers and parents in child protection assessments.” British Journal of Social Work 30, 149-163.

VASK | PERSONLIG PLEJE | ANSIGTSPLEJE | BABY | BØRN | RENGØRING

FØLSOM HUD? UDFORSK HELE VORES SORTIMENT...

...af husholdnings- og personlig pleje produkter.
Neutral er specielt udviklet til følsom hud med
0% parfume og 0% farvestoffer og hjælper med
at beskytte din families og din hud.

Find hele Neutral sortimentet i dit lokale supermarked
eller på www.neutral.dk



Neutral®

SPECIELT UDVIKLET
TIL FØLSOM HUD

SANSEMOTORISKE SPISEPROBLEMER HOS SPÆDBØRN

ULLA LEBAHN, ERGOTERAPEUT (TEKST)
COLOURBOX (FOTO)

Jeg gætter på, du i dit arbejde som sundhedsplejerske flere gange har stået i situationer, hvor du ikke helt har kunnet finde årsagen til, hvorfor et spædbarn ikke tager nok på og hvorfor spædbarnet ikke bare dier eller tager flasken som forventet.

Du har sikkert observeret nogle af følgende problemer:

- Symptombillede ved amning:
 - Mor* har tilsyneladende mælk nok
 - Du kan ikke umiddelbart finde noget galt med spædbarnet
 - Ved evt. kontrolvejning før og efter et måltid har spædbarnet spist en del mindre end forventet i forhold til alder og størrelse
 - Spædbarnet reagerer med ubehag/brækrefleks, når det får brystet i munden
 - Spædbarnet slipper brystet mange gange i starten af måltidet og virker frustreret
 - Spædbarnet slipper ofte brystet under måltidet og skriger, men tager så fat igen, dette gentager sig mange gange
 - Så snart den første hurtige strøm af modermælk er stilnet af, sutter spædbarnet mange gange før synk
 - Der er hørlige ”nær katastrofe” synk som reaktion på den mælk, der kommer springende, når nedløbsrefleksen lige er aktiveret

- Spædbarnet slipper ofte vakuum
- Spædbarnet sluger meget luft
- Spædbarnet har svært ved at bøvse
- Mor klager over smerter i brystvorterne og har måske allerede fået sår på siden af papillen eller ved overgangen til areola
- Mor bruger amme brik for at skåne sine brystvorter
- Mor kan kun amme på alternative måder – f.eks. gående rundt, siddende vuggende frem og tilbage, hoppende på stor gymnastikbold, siddende i mørke osv.
- Amning gik fint de første 6-8 uger, for så pludselig at blive et problem, der forværredes
- Mor overvejer at stoppe amning pga. de mange problemer eller er allerede stoppet, inden du kommer på besøg
- Spædbarnet er næsten konstant frustreret, virker sulten men vil ikke have noget, når det lægges til
- Spædbarnet drejer sig væk, når brystet blottes – spænder op i kroppen, ender nærmest i flitsbue
- Spædbarnet begynder at skride, hvis mor forsøger at lægge det ned i amme stilling
- Spædbarnet sover kun lidt/afbrudt
- Mor er nødt til at bevæge sig med spædbarnet for at få det til at falde til ro/sove (gående/vuggende/hoppende i/på arm, på gymnastikbold, i bæresele, i sansegynge, i slyngevugge)
- Mor er nødt til at tilbyde spædbarnet mad efter skema/klokkeslet, idet det ikke selv melder sig
- Spædbarnet spiser kun få minutter – af den tynde mælk

- Spædbarnet gylper meget – under, efter eller længe efter måltidet
- Spædbarnet vil ikke tage brystet igen efter pause
- Spædbarnet virker synligt frustreret midt i måltidet, kaster sig bagover og skrider

Supplerende symptomer ved flaske:

- Brækrefleksens udløses let, når spædbarnet får flaskesutten i munden
- Mor har forsøgt mange flasker og sutter, men uden at finde en, der rigtigt fungerer
- Mor har måske skiftet til sut med større huller eller har lavet flere huller eller klippet spidsen af sutten for at få spædbarnet til at tømme flasken
- Spædbarnet nægter at ligge i arm og få flaske – så flere alternative steder og måder har været forsøgt
- Spædbarnet spiser kun lidt og afviser så flasken kategorisk – trods fortsat frustration/sult
- Spædbarnet spiser meget mere, hvis det afledes (f.eks. foran fjernsynet eller ved iPad)

Mødrene er påvirkede af problemerne

Mødrene er tydeligt frustrerede og er tæt på at miste troen på, at de har mælk nok eller at de kan brødføde deres spædbarn. De kan også være bange for, om der er noget alvorligt galt. De har gjort alt hvad

de kunne for at give deres spædbarn mad, men har ikke haft succes.

Jo mindre spædbarnet spiser, jo større fokus er der på at få spædbarnet til at spise. Jo mindre spædbarnet tager på, jo mere fokus er der på at få flere kalorier fyldt på. Alt sammen for at få spædbarnet i trivsel og få det til at udvikle sig alderssvarende.

Problemet er bare ofte, at jo mere mor føler sig under pres, jo mere hun føler, at hun ikke mestrer opgaven, jo værre bliver det. Det kan påvirke mælkeproduktionen, det kan påvirke samspillet, det kan påvirke søvnen osv. osv. En negativ spiral er startet...

Der hersker ingen tvivl om, at det er vigtigt, at spædbarnet er i trivsel og at mor og spædbarn har et godt samspil. For at sikre det gode samspil og spædbarnets

fortsatte normale udvikling og dermed dets trivsel, er det derfor vigtigt at sætte ind hurtigst muligt – helst inden amningen er gået i stå.

Ingen umiddelbar logisk forklaring. Når du undersøger spædbarnet, kan du ikke umiddelbart finde

nogen årsag til dets spiseproblemer:

Der er ikke nogen ganespalte, tungebåndet er langt nok, der er ingen anomalier, spædbarnet har ikke et syndrom, er ikke født meget før tid, virker ikke syg og der er normal tonus og kraft.

Det er derfor let at få tanken, at det må være mor, der er noget galt med og/

”Jo mindre spædbarnet spiser, jo større fokus er der på at få spædbarnet til at spise”

* (for at gøre det nemt – og kortere – har jeg kun nævnt mor som omsorgsperson i forhold til måltider – vel vidende, at det ikke er helt korrekt, idet fædre gerne deltager, når det handler om flaskegivning)

eller at det er samspillet, der er årsagen til problemerne.

Når et spædbarn har spiseproblemer, vil det allerede efter få dage give en negativ påvirkning på mor/barn relationen. Der behøver derfor ikke grundlæggende at være noget galt med relationen mellem mor og spædbarn og mor kan grundlæggende være en fantastisk forælder.

Jeg skal nok komme nærmere ind på årsager og hvad i kan gøre, men har lige behov for at forklare lidt mere om spædbarnets udvikling.

Sundhedsvæsenets fokus

Efter min mening er der i sundhedsvæsenet et (for) stort fokus på indtaget (mængden) i stedet for på aktiviteten (spisningen) – med andre ord på produktet, frem for på processen.

Når man fokuserer på produktet, kommer man let til at acceptere forskellige kompensationer/brug af hjælpemidler – f.eks. brug af amme brik, anvendelse af større hul i flasken, accept af spisning under afledning eller i søvne. Jo mere fokus, der er på produktet (indtaget) og jo mere, der kompenseres for at opnå et stort nok indtag til at spædbarnet trives, jo længere kommer spædbarnet væk fra den naturlige udvikling og jo større risiko er der for, at det udvikler et kronisk problematisk/abnormt spisemønster.

Lad os derfor kigge lidt på det, der ligger bag ved spisningen (processen):

Den mundmotoriske udvikling er ud fra min synsvinkel meget vigtig i forhold til at få spædbarnet i varig trivsel: Spædbarnet lærer at bruge sin mund rigtigt (læber, kinder, gummer, tunge, drøbel, strubelåg og svælg). Faktisk har spædbarnet allerede øvet sig de sidste uger i livmoderen.

Når spædbarnet får startet rigtigt på at bruge sin mund – og der ikke sker noget, der påvirker den mundmotoriske udvikling, vil spædbarnet fortsætte med at bruge munden rigtigt.

Hvis spædbarnet af en eller anden årsag ikke får startet rigtigt på den naturlige udvikling, er der stor risiko for, at det kommer til at anvende uhensigtsmæssige måder at ernære sig på – ikke bare i de første måneder, men også når det bliver ældre. Der vil desuden være risiko for, at mor pga. bekymring/frustration/angst kommer til at forstærke den uhensigtsmæssige udvikling hos spædbarnet og at den indbyrdes relation mellem spædbarn og mor påvirkes negativt.

SAMTIDIG med den mundmotoriske udvikling gennemgår spædbarnet også den psykologiske udvikling i fht. spisning: De første 6-8 uger spiser det med hjælp fra sine reflekser (sutte- og søgereflekserne). Derefter bliver spædbarnet stadig mere bevidst om spisningen. Det begynder at kunne mærke og forholde sig til sin sult og stopper, når det er mæt. Når spædbarnet er 4-6 måneder gammel, er reflekserne forsvundet og det spiser nu udelukkende bevidst.

Hvis spædbarnet ikke får lært at være bevidst omkring spisning, sult og mæthed, er der stor risiko for at mor/far tager ansvaret på sig. Forældrenes ansvar for det, som spædbarnet selv skulle have forholdt sig til, kommer ofte til udtryk som skemalagte måltider, nødning, påmindelser, holden til ilden osv.

Den generelle motoriske udvikling er der også gang i: Spædbarnet øver sig hele tiden i at bruge sin krop og lemmer og kan, når det er 4-6 måneder gammel, putte sine fingre, tæer og legetøj i munden. Det er i samme alder at spædbarnet begynder at vise interesse for,

hvad forældrene og søskende putter i munden.

4-6 måneder gammel er der også et sikkert hovedhold og spædbarnet kan begynde at sidde med til bords på skødet eller i skråstol. Når spædbarnet er 6-7 måneder gammel, begynder det at sidde lidt i egen højstol.

Hvis spædbarnet ikke bryder sig om at spise, bliver det ofte passiv i forbindelse med spisning. Det holder ikke med på brystet eller flasken, det forsøger ikke at gribe skeen for at føre den til munden etc. Denne passivitet får forstærket forældrenes ansvarsfølelse.

SAMTIDIG med den mundmotoriske-, den generelle motoriske- og den psykologiske udvikling sker der også en anatomisk udvikling:

Spædbarnets mundhule ændrer langsomt form – så der kommer afstand mellem gane og tunge, der kommer afstand mellem drøbel og kæben bliver friere i sin bevægelse. Spædbarnet fødes med en høj/smal gane (på grund af turen ud igennem fødselsvejen). Ganen påvirkes over tid af

tungens suttebevægelser, så den bliver bredere.

Hvis spædbarnet af en eller anden årsag ikke har brugt sin tunge, som det skulle, forbliver ganen mere smal og høj – specielt fortil i munden. Dette kan give problemer, fordi det høje smalle område ofte er ekstra sensibelt for berøring.

Sanserne har også betydning for spædbarnets udvikling. Et menneske har følgende sanser: Syn, hørelse, smag,

lugt, berøring samt de mere komplekse sanser lodlinke/ligevægtssansen, muskel/led sansen og den interoceptive sans (fornemmelsen for hvad der sker i de indre organer)

Nogle spædbørn har problemer med en eller flere af disse sanser – i form af overreaktion (sensitivitet).

Man skulle tro, at skurken i forhold til problematisk spisning ville være smagssansen, men faktisk er det berøringssansen, der oftest er hovedproblemet. Tit er den fulgt af problemer med den interoceptive sans – i form af problemer med mavetarmsystemet – ofte tendens til forstoppelse. Der kan også være problemer med andre af sanserne.

Hvis man kigger på moderen i forhold til produkt kontra proces tankegangen, så er hun den, der udfører de handlinger, som bevirker, at spædbarnet tager nok på i vægt/er i trivsel, (produktet) – hun ammer eller giver flaske. Hvis spædbarnet ikke spiser nok, vil hun forsøge af få spædbarnet til at spise mere. Hun vil fortsætte med at forsøge og over tid optrappe sine forsøg, hvis hun ikke lykkes. Hun bliver opmuntret til det fra alle sider, både familie, venner og sundhedspersoner. Derved kan hun komme til at fjerne sig ret langt fra normal/forventet adfærd.

Hvornår er spædbarnet klar til fast føde?

Hvis spædbarnet har gennemgået de ovenfor nævnte udviklingstrin (markeret med flueben) og

- er født til tiden
- ikke har et betydende handicap/syndrom
- ikke lider af alvorlig sygdom
- ikke har været udsat for traumatiserende oplevelser omkring mund/svælg/ansigt vil spædbarnet i en alder af 4-6 måneder være klar til at få mere fast føde – som supplement til den flydende ernæring.

Jeg gætter på at du flere gange i dit arbejde som sundhedsplejerske har været med til at fremskynde introduktionen til skemad hos spædbørn, der havde spiseproblemer. Det er i hvert fald hvad mange mødre fortæller: De er af deres sundhedsplejerske blevet anbefalet at forsøge tidligt med grød/mos (inden barnet viser klare tegn på at være klar) – i håb om at barnet så vil kunne få nok ernæring.



Det kan desværre være ret problematisk – specielt hos spædbørn, der i forvejen har det svært med at få noget i munden, idet spædbarnet presses i gang med en ny og sværere opgave – inden det har lært at mestre den første. ”Nissen” flytter nemlig med, hvis spædbarnet ikke får startet rigtigt på den naturlige mundmotoriske udvikling: Har spædbarnet f.eks. modtaget mælken passivt i munden eller modtaget mælken på en måde, hvor tungen bevæger sig på en anderledes måde, så vil den næste opgave – at spise bløde konsistenser med ske – også være en stor udfordring som let kommer til at foregå på en uhensigtsmæssig måde.

Hvad er årsagerne til spiseproblemerne?

Jeg har efterhånden mange års erfaring med at behandle spædbørn/børn, der har spiseproblemer.

De har typisk flere eller mange af de problemer, som er nævnt i starten af artiklen.

Årsagerne til problemerne findes blandt andet, når man begynder at granske i hvor godt, de har klaret sig inden for de forskellige udviklingstrin.

Der kan naturligvis også være andre årsager, men dem har jeg desværre ikke mulighed for at komme mere ind på i denne artikel – f.eks.:

- Refluks (ofte silent reflux <http://www.reflux.org.au/what-is-silent-reflux/>)
- Regulations forstyrrelse hos spædbarnet
- Relationsforstyrrelse / samspilsproblemer (<http://ugeskriftet.dk/files/ugeskriftet.dk/vp02130099.pdf>)
- Psykiske eller sociale problemer hos mor
- Hypermobilitet
- Lav eller høj tonus i musklerne

Mundmotorisk og sensorisk undersøgelse

Når jeg foretager en grundig undersøgelse af munden, viser det sig hurtigt, om spædbarnet har en anderledes adfærd med tungen og om det er meget sensitiv for berøring.

Jeg starter altid med at gøre spædbarnet parat til undersøgelsen (få fokus og sige goddag til ansigt og mund – gerne med spædbarnets egen hånd og ellers med min). Jeg fører derefter min lillefinger ind i spædbarnets mund og holder den kortvarigt med et fast tryk i ganens loft uden at berøre tungen.

Hos spædbørn med spiseproblemer ses der tit en kraftig brækrefleks, når ganens

top berøres. Normalt vil et spædbarn forsøge at sutte på min finger.

Spædbarnet med spiseproblemer vil i stedet for at sutte trække tungen bagud, måske reagere med kraftig brækrefleks ved berøring af tungens midterste del og/eller måske forsøge at skubbe fingeren ud. Det kan være så kraftig en reaktion, at spædbarnets ubehag eskalerer til et regulært opkast.

Disse afværge/ubehagsreaktioner er tegn på hypersensitive sanser (kaldet for oral taktil skyhed).

Hvis spædbarnet sutter på fingeren, mærker jeg efter tungens bevægelse/stilling og kinder/kæber/læbers vakuumdannelse.

Hvornår starter spiseproblemerne?

Mødrene beretter ofte om, at spædbarnet har spist okay i starten, for så at afvise/spise mindre. Grunden til at spædbarnet nogle gange dier okay i de første 6-8 uger og derefter afviser mere og mere er den, at spædbarnet udviklingsmæssigt udelukkende spiser reflektorisk i denne periode. Når den bevidste spisnings udvikling begynder, får spædbarnet en mulighed for at ”sige fra” overfor tilbud om ernæring.

Dvs. at spædbarnet takker nej til modermælk/modermælksersatning, selv om det åbenlyst har brug for det.

I mange tilfælde har spædbarnet dog haft problemer med at spise helt fra starten af. Her er der tale om både motoriske og sensoriske problemer.

Mors reaktion på spiseproblemerne er næsten altid at forsøge endnu mere på at få spædbarnet til at spise. Mor reagerer også ofte psykisk på de problemer, hun oplever i forhold til ikke at kunne ernære sit barn. Derved mærker spædbarnet både

et forventningspres og mors nervøsitet/frustration/angst. Det kan få spædbarnet til at trække sig endnu mere fra måltidet. Dermed er grunden lagt for en negativ spiral, som mor og spædbarn kan have svært ved selv at komme ud af.

Hvad kan i som sundhedsplejersker gøre?

Det er faktisk ret nemt og hurtigt at undersøge for sansemotoriske problemer i munden hos spædbarnet.

Når I er i gang med at undersøge for ganespalte og kort tungebånd er det nærliggende at foretage de ekstra observationer som beskrevet ovenfor.

Finder I en hyperaktiv brækrefleks og ubehag ved berøring på tungens midte, vil jeg anbefale, at mor instrueres i at udføre mundstimulation forud for måltiderne. Samtidig skal mor vejledes i at tilbyde spædbarnet mad, så dens græn-

ser respekteres (jeg kalder det for ”grønne måltider” – ud fra den trafiklysstrategi, som jeg anvender i behandlingen)

Mundstimulation forud for måltiderne

Mundstimulation udføres optimalt før hvert måltid, men minimum 3 gange om dagen for

at have effekt. Den foregår 0-30 minutter før forventet måltid (eller når spædbarnet viser spæde tegn på sult)

Stimulation starter altid på steder, hvor det er rart at blive berørt (berøring af gummer, tungespids og inderside af kinden) for derefter at ske på de steder, hvor der er ubehag ved berøring (modsat under undersøgelsen, hvor du berører de sensitive områder først). Tag fingeren ud ofte, så spædbarnet kan holde pause og synke. Berøringen skal være rimelig fast, så det ikke kilder. Neglen skal natur-

”Mor reagerer også ofte psykisk på de problemer, hun oplever i forhold til ikke at kunne ernære sit barn”



Ulla Lebahn

Min grunduddannelse er ergoterapeut. Jeg har i perioden 2003-2013 arbejdet som børneergoterapeut på Kolding sygehus – i stigende grad med små børn, der har svært ved at spise.

Jeg har taget efteruddannelse i Østrig og USA. I takt med stigende efterspørgsel er jeg gået ned i tid på sygehuset – for at hellige mig min privatpraksis og siden 2013 har jeg udelukkende arbejdet i min egen virksomhed "Lebahn.dk", hvor jeg behandler børn, vejleder forældre, holder foredrag for både forældre, pårørende, foreninger og fagpersoner samt underviser og superviserer forskellige grupper af fagpersoner.

Jeg har pr. 01.10.14 fået kliniklokaler i Kolding, men tager fortsat også rundt i hele landet. En del vejledning og supervision foregår på grund af de store afstande pr. telefon/skype.

Min baggrund for at skrive om sansemotorisk baserede spiseproblemer hos børn er 8 års erfaring i spiseteamet på Kolding Sygehus, hvor vi arbejdede tæt tværfagligt sammen om behandlingen af familier, hvor et eller flere af børnene havde spiseproblemer. De sidste 6 år har jeg holdt foredrag og undervist om behandling af børn med spiseproblemer. En stor del af de underviste er sundhedsplejersker fra hele landet, men der er rigtig mange andre faggrupper, der har tilknytning til børn med spiseproblemer, og de deltager heldigvis også i rigt mål. Som privatpraktiserende har jeg en landsdækkende funktion – både som behandler, underviser og foredragsholder. Jeg behandler børn i alderen 0-15 år.

www.Lebahn.dk

ligvis være HELT kortklippet og fingeren HELT ren. Hvis gummihandske benyttes, så husk at vaske handsken fri for talkum. Er munden tør, så dyp lillefingeren i lidt MM, MME eller kogt afkølet vand.

Mundstimulation skal altid foregå på en måde, så spædbarnets grænser er overholdt – dog skal man gå til "kanten" af grænsen, for hvis det kun er hyggeligt, har det ingen effekt. Med "til kanten" forstås: Spædbarnet må gerne have en LILLE reaktion på berøring på de følsomme steder (som regel tungens midte og ganens top), der må ikke være en STOR reaktion eller en ESKALERENDE reaktion (en brækrefleks, der forsætter og bliver værre og måske ender i opkast). De store reaktioner har den modsatte effekt af, hvad du ønsker at opnå! Spædbarnet vil afværge, spænde op, begynde at græde og vil ikke tolerere stimulation næste gang, du forsøger.

Du skal derfor stoppe, så snart reaktionen ses, lave andre hyggelige ting med barnet et kort øjeblik, så du sikrer dig, at det har det godt og så fortsætte med at stimulere de problematiske områder, til der kommer en lille ubehagsreaktion igen. Hvis stimulationen udføres korrekt, vil spædbarnet blive mere og mere tolerant overfor berøring i munden og vil i løbet af få gange/dage blive bedre til at spise. Nogle kan klare flere små reaktioner, før det ikke vil være med mere, andre kan kun klare en. Husk altid at stoppe med noget positivt, så det er det, der er i spædbarnets sanse-erindring. Stimulationen tager samlet max 2-5 minutter. Mundstimulation kan som oftest udføres frem til spædbarnet er ca. 4-6 mdr. Derefter vil det typisk afvise. I stedet bruges stimulations legetøj (diverse rangler, bidelegetøj, chewyw tubes m.m.)

Der er spædbørn, der ikke tolerer mundstimulation. I de tilfælde vil det være en god ide at få en børneergoterapeut med på banen, så hun kan vurdere spædbarnet og vejlede i andre måder at stimulere på.

Holdt tæt kontakt til hjemmet

Da det er mor, der skal stå for mundstimulationen, er det vigtigt, at du – efter selv at have udført mundstimulationen med overholdelse af barnets grænser – lærer mor, hvordan hun skal gøre med sin finger. Hun skal også lære at aflæse spædbarnets signaler, så hun ved, hvornår hun skal holde pause, og hvornår hun IKKE skal stimulere (spædbarnet er for træt, for sulten, for sart, for søvnig eller ked af det)

Følg endelig mor tæt i denne fase, så hun ikke står alene med ansvaret.

Mundstimulation har KUN en positiv effekt, hvis de øvrige ting, der sker omkring mund og ansigt også overholder spædbarnets grænser – dvs. at det ud over amning, flaskegivning og madning også omhandler vask og pleje af ansigtet, børstning af gummer/tænder m.m. Det eneste, der er okay i forhold til at overskride spædbarnets grænse, er når det skal have medicin. Her er det selvfølgelig vigtigt at finde frem til den lempeligste måde at give det på.

Vejledning i måltider, hvor spædbarnets grænser respekteres (Grønne måltider)

Generelt er mad/væske altid et tilbud – dvs. spædbarnet tilbydes, når det melder sig og får lov at bestemme om det spiser og hvor meget det spiser. Nogle spædbørn med spiseproblemer melder sig ikke – eller melder sig først efter mange timer.

I de tilfælde vil jeg anbefale at tilbyde mad/drikke efter 3-4 timer, aflæse dets signaler og acceptere, hvis det takker nej. Bliver det et nej, da tilbyde igen lidt senere – og være ekstra opmærksom på selv ganske små signaler, der kunne være tegn på sult.

Bryst eller flaske tilbydes i "grøn" afstand. Så snart spædbarnet reagerer med fravær af interesse eller afviser ("gul" afvisning =

drejer hovedet væk, lukker munden, skubber bryst eller sut væk, spænder op i kroppen - "rød" afvisning = holder hånden eller armen for munden, vrider sig væk, skriger). Det er altid bedst at reagere på den mildeste form for afvisning (= manglende interesse).

Bryst eller flaske venter så i den grønne afstand og tilbydes igen, når spædbarnet virker interesseret eller er neutral i stemning og kroppen er i ro.

Et godt (grønt) måltid kan i visse tilfælde bestå af 0 ml de første gange spædbarnet præsenteres for mad på denne måde. Det vigtigste er at spædbarnet er roligt og trygt. Det vil så begynde at tage lidt og så sige fra.

Forvent derfor små og måske hyppige måltider i starten.

Det er ikke usædvanligt, at vægten står stille eller at spædbarnet taber sig lidt i de første dage

- mens den nye samarbejdsform indlæres
- mens det lærer at lytte sin krops behov
- mens mor vænner sig til den nye selvstændige/respekterende/tilbydende måde

Vejen mod bedre trivsel

Når spædbarnet har lært at spise selvstændigt (af lyst/behov), vil det som regel altid begynde at tage på igen – og oftest i en stigningstakt, der er højere, indtil det har indhentet sin egen kurve.

OBS: Er der ingen bedring i spiseteknik og indtaget mængde er det vigtigt at få undersøgt spædbarnet nøjere for, hvad der så kan være galt. Det kan også være en ide at inddrage børneergoterapeuten, så vedkommende kan være med til at vurdere, om der er andre faktorer omkring krop og sanser, der driller i forhold til spædbarnets udvikling.

Til sidst en bøn til jer

Jeg håber at jeg med artiklen har givet jer ny indsigt og nogle brugbare redskaber.

Det har længe været mit ønske at give jer denne hjælp, så i kan være med til at hjælpe mange flere spædbørn med spiseproblemer (end jeg kan nå selv at have i hænderne).

Det er første gang, jeg har videregivet skriftlig vejledning i forhold til undersøgelse af og tidlig indsats overfor spædbørn med spiseproblemer. Jeg er sikker på, at I vil være forsigtige og omhyggelige – men opstår der tvivl undervejs, så kontakt mig. Jeg giver gerne lidt starthjælp (1. samtale er gratis).

Jeg kommer også meget gerne med målrettet undervisning/sparring, hvis I står med børn, hvor i trods ovenstående ikke ser en positiv ændring og en bedre trivsel. ♥

Nyhed

I september 2016 er jeg dansk kursusarrangør for det tværfaglige kursus, som jeg gennemførte i USA. Der er allerede mange fagpersoner skrevet på interesse-listen. De er derved sikret plads på kurset, men skal først tage endelig stilling, når jeg kontakter dem i forhold til endelig tilmelding.

Kontakt mig, hvis du overvejer at blive skrevet på listen:
Ulla@Lebahn.dk

Information om SOS Feeding approach kurset: <http://www.sosapproach-conferences.com/conferences/conference-descriptions>



”Deltagerne i COS-P bliver introduceret til ”Tryghedscirklen”, som er et visuelt og enkelt billede på barnets 2 grundlæggende adfærdsmønstre: udforskning og tilknytning”

Circle of Security Parenting (COS-P) – ”Tryghedscirklen”

Et nyt og inspirerende kursus til forældre, der ønsker en bedre relation til deres barn

FLORENCE NOER (TEKST)
COLOURBOX (FOTO)

COS-P er blandt Socialstyrelsens 7 aktuelle indsatsområder for udsatte børn og unge. Ophavsmændene til Circle of Security har vundet flere priser for deres tilknytningsarbejde og senest i 2013, hvor de fik Bowlby-Ainsworth Prisen af

New Yorks Attachment Consortium for udvikling og implementering af Circle of Security.

Circle of Security Parenting (COS-P), er et kursus til omsorgsgivere for børn i alderen 0-6 år, der fremmer en reflekteret omsorgsadfærd, med henblik på at

etablere eller styrke en tryk tilknytning mellem omsorgsperson og barn. Kurset omsætter årtiers forskning og viden indenfor udviklings- og tilknytningsteori til enkle og praktiske handlemuligheder for omsorgsgiveren.

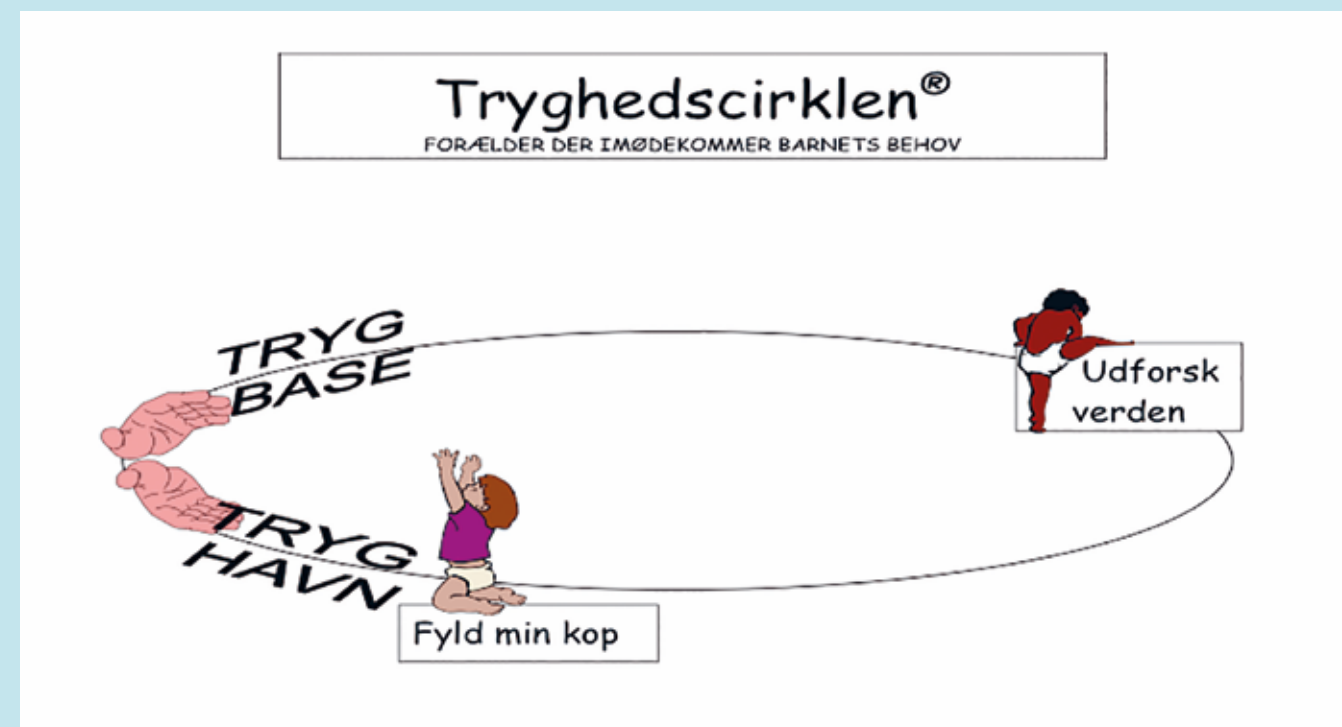
Deltagerne i COS-P bliver introduceret til ”Tryghedscirklen”, som er et visuelt og enkelt billede på barnets 2 grundlæggende adfærdsmønstre: udforskning og tilknytning. Det teoretiske og ofte abstrakte faglige sprog, der benyttes til at forklare tilknytnings- og

udviklingspsykologi, bliver omsat til praktiske handlemuligheder, som alle kan forstå og hjælper omsorgsgiveren med at visualisere den daglige tilknytningsproces med sit barn. Ved hjælp af video-eksempler og et helt nyt billedsprog, formidles barnets adfærd og de

følelser og behov, som barnet oplever i hverdagen. Kurset sætter fokus på omsorgsgiverens relationelle kompetencer og understreger, hvorfor en tryk tilknytning er vigtig for barnets psykosociale udvikling.

Tryghedscirklen kort fortalt

Tryghedscirklen er en enkel illustration af barnets tilknytnings- og udforskningsadfærd, samt omsorgsgiverens rolle i mødet med barnet.



Ifølge illustrationen er der tre elementer på cirklen, som er gennemgående i kurset. Hænderne på cirklen repræsenterer omsorgsgiveren, som betegnes som ”den trygge havn” eller ”den trygge base”, hvor barnet naturligt vil søge hen til eller ud fra. Den øverste

del af cirklen repræsenterer barnets udforskningsadfærd. Barnet går ud på cirklen for at udforske verden og har i den forbindelse behov for at omsorgsgiveren støtter og fryder sig over barnets oplevelser. Når barnet så vender tilbage til den trygge havn, nederst på cirklen,

søger barnet enten beskyttelse, trøst eller hjælp til at organisere sine følelser. Barnet kan også bare have behov for at omsorgsgiveren er tilgængelig og fryder sig sammen med barnet.

Et eksempel på et barn der bevæger sig på Tryghedscirklen kunne





være en lille dreng der cykler i parken (udforsker). Han falder på cyklen og går grædende sin mor i møde (tilknytning). Mor trøster ham og hjælper ham med at organisere sine følelser, hvorefter han igen er klar til at gå ud på cirklen for at lege videre (udforske). Barnet er hele tiden på cirklen. Ud på cirkelen for at udforske verden og tilbage igen til omsorgspersonen og den trygge havn for at finde tryghed, opmuntring eller dele nye oplevelser med omsorgsgiveren. Jo flere ture barnet tager på cirklen og oplever at blive mødt følelsesmæssigt af en omsorgsgiver, des stærkere og mere tryk bliver relationen mellem omsorgsperson og barn. Når barnet føler sig tryk i udforskningsadfærden og i tilknytningsadfærden, er grundlaget dannet for en tryk tilknytning mellem omsorgsperson og barn.

Det trykke barns kompetencer

Tryghedscirklen er en enkel måde at visualisere barnets to grundlæggende adfærdssystemer på og hjælper omsorgspersonen med at sætte ord og

billeder på hvad barnet gør og hvilke behov barnet har. Når barnet føler sig tryk, aktiveres dets udforskningssystem, som sikrer optimale muligheder for en god følelsesmæssig, kognitiv og social udvikling. Når barnet modsat føler sig utryk, lukker udforskningssystemet midlertidigt ned. Barnets tilknytnings-system aktiveres i stedet og barnet søger omsorg, trøst og støtte hos omsorgspersonen. En tryk tilknytning mellem omsorgsperson og barn, er ifølge tilknytningsteorien, afgørende for et barns udvikling og velbefindende.

Nogle af de kompetencer, som barnet modtager i en tryk relation med dets omsorgsgiver er, ifølge forskning, bedre selvværd, øget empati, bedre evne til at håndtere svære følelser og bedre relationelle kompetencer med jævnaldrende og omsorgsgivere. Forskning viser ligeledes, at trykke børn er mere skoleparate, end utrykke børn. Trykke børn er bedre til at søge hjælp hos andre, hvis nødvendigt og har tillid til, at der findes en løsning på de fleste problemer. De er generelt tillidsfulde i deres relationer til andre mennesker og har et positivt syn på tilværelsen, sig selv og andre.

Omsorgsgiverens relationelle kompetencer

COS-P tager afsæt i at barnets adfærd er en form for kommunikation, drevet af et behov for følelsesmæssig tilknytning. COS-P arbejder derfor med omsorgsgi-

verens relationelle kompetencer, med henblik på at styrke en tryk tilknytning mellem omsorgsperson og barn.

De kompetencer, som omsorgsgiveren har brug for i dannelsen af en tryk tilknytning til sit barn, er observation, refleksion, empati og affektregulering.

Omsorgsgiveren må bruge sin observerende kapacitet til se hvornår barnet har behov for støtte til udforske verden omkring sig, eller hvornår barnet har behov for trøst, omsorg eller hjælp til at regulere sine følelser. Omsorgsgiveren observerer om barnet er ude på cirklen og i gang med at udforske og lege eller om barnet er på vej tilbage til omsorgspersonen og den trykke base for at få det nødvendige omsorgsbehov opfyldt.

En reflekterende adfærd fra omsorgsgiveren er ligeledes nødvendig for ikke at reagere impulsivt og uhensigtsmæssigt. Barnets adfærd kan virke ”vanskelig” eller ”uforståelig”, men med den grundtanke at al adfærd er kommunikation, kan det ind imellem være nødvendigt for omsorgsgiveren at trække sig tilbage fra situationen og reflektere over hvad barnets behov er, i stedet for at reagere impulsivt på barnets adfærd.

”En reflekterende adfærd fra omsorgsgiveren er ligeledes nødvendig for ikke at reagere impulsivt og uhensigtsmæssigt.”

Empati for barnet øges ved at se barnets følelser og behov, i stedet for at fokusere på barnets adfærd. Når barnet udviser en ”vanskelig adfærd”, kan omsorgspersonen være tilbøjelig til at miste empatien for barnet. COS-P opfordrer omsorgspersonen til at se bag om barnets adfærd og fokusere på de underliggende emotionelle og relationelle behov hos barnet.

Affektregulering er en kompetence, som alle omsorgsgivere nødvendigvis må benytte med mindre børn. Små børn kan ikke selv regulere deres følelser og har brug for at omsorgsgiveren kan rumme alle deres følelser og hjælpe dem med at regulere dem. De har brug for

hjælp til at benytte den information, der ligger i deres følelser og vide, at følelser ikke er noget, som de skal gemme væk, undertrykke eller straffes for.

COS-P er et kursus, der hjælper omsorgsgivere til at vælge tryghed for deres barn, selv om det nogle gange kan være svært. På baggrund af årtiers viden og erfaring med børns tilknytning og udvikling, formidler COS-P vejen til tryghed på en konkret og enkel måde. Tryghedscirklen er et visuelt redskab, som omsorgsgiveren altid kan have

med sig og handle ud fra, både i vanskelige situationer og i glade øjeblikke med barnet.

Skrevet af Florence Noer, Cand.psych., Udbyder kurset COS-P til alle forældre, omsorgsgivere, plejeforældre, adoptivforældre, aflastningsfamilier, m. fl.

Time IN www.timein.dk ♥

KILDER

Circle of Security's internationale hjemmeside: www.circleofsecurity.net

Socialstyrelsens Videns-portal om udsatte børn og unge: <http://vidensportal.socialstyrelsen.dk/temaer/Omsorgssvigt/indsatser/circle-of-security-2013-parenting-cos-p>

Forskning i tryk tilknytning: Cassidy, Jude et al. (2011): Enhancing infant attachment security: An examination of treatment efficacy and differential susceptibility. Development and Psychopathology (23), pp. 131-148. Kan lånes på Bibliotek.dk



UDGIVER

Fagligt Selskab for
Sundhedsplejersker

ANSVARSHAVENDE REDAKTØR

Anette Bilde Thoft
I redaktionsgruppen: Hanne Lindhardt

NÆSTE DEADLINE

D. 25.01. 2015

AFLEVERING AF MATERIALE TIL SUNDHEDSPLEJERSKEN

Indlæg sendes til redaktør Anette Bilde Thoft. Tekster modtages på e-mail eller CD (vedlæg print). Billeder i passende opløsning vedhæftes separat.

UDKOMMER

Sundhedsplejersken udkommer
6 gange årligt i lige måneder.

ANNONCER

Media Partners
Hanne Kjærgaard, tlf. 2967 1436
eller hanne@media-partners.dk

LAYOUT OG GRAFISK PRODUKTION

Mediegruppen
Porschevej 12
7100 Vejle
Tlf. 7584 1200

OPLAG

1.900 eksemplarer

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 opfattelse, der gives udtryk for i bladet.

BESTYRELSEN



FORMAND

SUSANNE HEDE

G. C. Amdrupsvej 12, 8200 Århus
Mobil: 40817136
susannehede@fs10.dk



KASSERER OG MEDLEMSANSVARLIG

VIBEKE WESTERGAARD

Kilddegården 15, 8000 Aarhus C
Tlf.: 51575190
vibekewestergaard@fs10.dk



BENEDICTE ENGSTRUP

Aalborg
benedicteengstrup@fs10.dk



MARIA MADSEN

Aalborg
mariamadsen@fs10.dk



NÆSTFORMAND

CHRISTINA LOUISE LINDHARDT

Odense
Mobil: 60381531 eller 22908757
christinalindhardt@fs10.dk og
lindhardt_christina@hotmail.com



ANSVARSHAVENDE REDAKTØR

ANETTE BILDE THOFT

Snedkergyden 8
9000 Aalborg
Mobil: 27537102
anettebilde@fs10.dk



SUSANNE RANK LÜCKHE

Kragedalsvej 19, 6500 Vojens
Tlf.: 29624221
susannelucke@fs10.dk



TINE LOHMANN (AKTIV SUPPLEANT)

Esbjerg
tinelohmann@fs10.dk

Mælkeallergi er den hyppigste fødevareallergi hos små børn¹

Pepticate er baseret på 30 års forskning i brystmælk og er dokumenteret velfungerende med god symptomlindring til børn med komælksallergi.² De præbiotiske kostfibre giver en effekt lignende brystmælken kostfibre, hvilket modvirker hård mave.³ Pepticate dufter og smager mere som en almindelig modernælkserstatning, så barnet hurtigere vænner sig til smagen og får den nødvendige næring.⁴

Mere information om komælksallergi og vores allergiprodukter findes på www.komælksallergi.dk og www.nutricia.dk

Små mælkeallergikere ♥ **Pepticate**



Brystmælk er den bedste ernæring til spædbarnet. Pepticate er en modernælkserstatning til særlige medicinske formål, og bør anvendes i samråd med læge eller diætist.

Pepticate

– med brystmælken som forbillede

NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition

Nu
uden
parabener!

Med
jordbær-
smag



Vi har drømt om at fjerne parabenerne. Nu er det lykkedes.

Ting tager tid. Derfor er Pinex Junior Mikstur (paracetamol) først nu godkendt i sin nye form og tilbage på apotekets hylder efter lang tids fravær. Vi har nemlig fjernet parabensystemet i miksturen og er glade for endelig at kunne tilbyde:

Pinex Junior Mikstur (paracetamol) - helt uden parabener.

- Tyndtflydende, drikkevenlig med jordbærsmag
- Uden alkohol
- To års holdbarhed efter åbning uden for køleskab
- Børnesikret låg
- Praktisk doseringske med fod

Fås kun på apoteket



Pinex® Junior (paracetamol), oral opløsning, 24 mg/ml. Indikationer: Svage smerter. Febernedsættende. Kontraindikationer: Overfølsomhed over for paracetamol eller hjælpestofferne, svær leverinsufficiens. **Dosering:** Børn: 50 mg/kg/døgn fordelt på 3-4 doser. Læs omhyggeligt vejledningen i pakningen. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Vær opmærksom på risikoen for overdosering ved samtidig anvendelse af andre lægemidler indeholdende paracetamol. Udvis forsigtighed ved brug af paracetamol ved nedsat nyre- og leverfunktion, samtidig brug af lægemidler, der påvirker leverfunktionen, glucose-6-fosfat-dehydrogenasemangel, hæmolytisk anæmi, alkoholmisbrug, anoreksi, kronisk fejlnæring samt ved astmapatienter, der er følsomme overfor acetylsalicylsyre. Alkohol bør ikke indtages under behandling. Længerevarende behandling (> 3 måneder) kan føre til hovedpine eller forværring af hovedpine. Ved høj feber udover 3 dage eller smerter i mere end 5 dage bør lægen kontaktes. Indeholder natriummetabisulfid (E223), sorbitol (140 mg/ml) samt 1,7 mg natrium pr. ml. Kan anvendes ved graviditet og amning (forsigtighed ved længerevarende brug). Giv aldrig børn under 2 år medicin uden lægens anvisning. **Interaktioner:** Bør administreres mindst 1 time før eller 4-6 timer efter colestyramin for at undgå nedsat absorption af paracetamol. Risikoen for levertoksicitet forøges ved samtidig brug af lægemidler med enzyminducerende effekt (f.eks. fenytoin, carbamazepin). Effekten af warfarin og andre coumariner kan øges ved langvarigt regelmæssigt dagligt indtag af paracetamol, lejlighedsvis indtag har ingen signifikant effekt. **Bivirkninger:** Bivirkninger er generelt sjældne i de anbefalede doser. De hyppigst forekomne bivirkninger er urticaria, forhøjet serum kreatinin og forøget levertransaminase, som ses hos 0,01% - 0,1% af de behandlede patienter. **Overdosering:** Paracetamol i enkelt dosis over ca. 7,5 g hos voksne og 140 mg/kg hos børn indebærer risiko for leverskade, eventuelt også leversvigt og død. Søg omgående lægehjælp ved overdosering, også selvom patienten har det godt. **Pakninger og priser pr. december 2013:** Pinex Junior oral opløsning å 24 mg/ml 60 ml: 25,90 kr. og 200 ml: 46,05 kr. For dagsaktuelle priser se www.medicinpriser.dk **Udlevering:** HX18/HA18. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Actavis Group hf, Reykjavíkurvegi 76-78, 220 Hafnarfjörður, Island. Produktresuméet er omskrevet og forkortet i fht. det af Sundhedsstyrelsens godkendte produktresumé. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra Actavis A/S.