

*“Forældrene havde forberedt
emner i 85,2 % af de tilfælde, hvor
sundhedsplejersken kom på besøg,
hvilket viser stor interesse for
sundhedsplejerskens besøg i hjemmet”*

BRITTA LINDER OG PIA JESSEN

TEMA
Nye indsatser i
Sundhedsplejen

Sundhedsplejersken

Nr. 06 | december 2015 | årgang 37

LÆS OGSÅ

- NBO metoden – et vindue ind til spædbarnets før sproglige verden
- Sundhedstjek af anbragte børn – et nyt kerneområde for sundhedsplejersker?
- Far i fokus – viden om fædre i Danmark 2015

Billede: Lena Rønsholdt

Hjælp zymerne

VI MANGLER NAVNE OG
SKAL BRUGE DIN HJÆLP!

GÅ IND PÅ
ZYMERNE.DK

(zymerne.dk er tilgængelig fra uge 19)
og fortæl os hvad Zymerne skal hedde!

- Så er du med i konkurrencen
om en masse fine præmier.



zendium Første Tand og zendium Junior
er specielt udviklet til børn:

Mild smag, mildt skummemiddel samt
1000 PPM natriumfluorid i Første Tand og
1450 PPM natriumfluorid i zendium Junior.

zendium
STYRKER MUNDENS EGET FORSVAR



liathansenreklam.dk

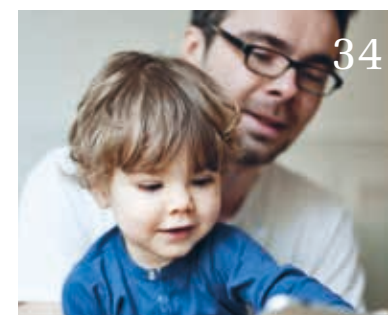
14



22



34



38



Indhold

- 4 Leder
- 6 Portræt af en sundhedsplejerskestuderende
- 8 2½-3 års besøget – blev valgt til af de fleste
- 14 Sundhestjek af anbragte børn - nyt kerneområde for sundhedsplejersker?
- 18 Nyt fra bestyrelsen
- 22 Ny Nordisk Marce' Konference
- 26 Sundhedsstyrelsen orienterer
- 28 NBO metoden – et vindue ind til spædbarnets før sproglige verden
- 32 Opslagstavlen
- 34 Viden om fædre i Danmark 2015
- 38 Børn og søvn
- 41 "To hjem én familie"
- 43 Anmeldelser
- 46 Bestyrelsen

... "FINDES DER IKKE EN UNIVERSEL
OPSKRIFT, SOM VIRKER PÅ ALLE
BØRN OG ALLE SØVNPROBLEMER."



"Vi har gennem det seneste års tid fundet problematikker ved knap 40 % af de børn, vi har givet sundhestjek. Manglende vaccinationer, skæv ryg, overvægt, undervægt, synsproblemer, skelen, mentale trivselsproblemer, motoriske og sansemæssige problematikker"

Pia Ballentin



SUSANNE HEIDE
Formand for Fagligt Selskab
for Sundhedsplejersker

Travlhed

Er det muligt at have travlt og samtidig fornemme og imødekomme en nybagt mor og hendes frustrationer omkring amning? Kan sundhedsplejersken rumme den intensitet som en nybagt mor oplever og måske har brug for at snakke om? Kan hun tage vare på integritet og værdighed hos den stor skolepige, som har ondt i maven og ”leger” med selvkontrol og kontrol over indtag af mad?

Kari Martinsen har i en ny bog ”Tid, rum og travlhed” bevæget sig ind i en praksisnær kontekst, hvor hun taler om omsorgens vilkår i et arbejdsliv med begrænset tid. Hvordan vi bruger tiden, og hvordan vi tænker omkring arbejdspress og travlhed, kan på den ene side handle om den mængde arbejdsopgaver, som skal løses og på den anden side om vilkår for arbejdslivet. Det kan også indeholde refleksioner om, hvordan Sundhedsplejers opgaver og sundhedsplejerskens rolle i forhold til børn og forældres behov for sundhedsydelse passer sammen.

”At tage vare på den anden” er helt essentielt for Kari Martinsen og at tage hånd om den tillid, der er givet mellem mor og sundhedsplejersken. Sundhedsplejersken har ca. 10 sekunder i det første møde til at reagere relevant i forhold til mor, inden hun bliver godtaget eller afskrevet. Samtidig er det kun 7 % af de ord hun siger, der har betydning, mens det usagte og hendes fremtoning har enorm stor betydning for relationen mellem dem.

Kari Martinsen mener, at sundhedsplejersken skal være på barnet og mors

side og værne om dem i en fortravlet tid. Forholdene er ikke helt de samme i det private hjem som på et sygehus, men der udspiller sig helt afgørende mellemmeneskelige ting i mødet mellem mor og sundhedsplejersken. Kari Martinsen taler om travlhed og tid som en ramme omkring mødet, hvor der skal være nærvær og omsorg, for at mor kan blive mødt i sine behov.

Urets tid er den objektive tid, hvor handlinger vil være præget af registreringer og intet nærvær. I Plejens tid bruges det sansende øje, hvor der er nærvær og hjertelighed – her er der plads til, at mor kan vove at udlevere sig selv og invitere sundhedsplejersken ind i sin urørlighedszone. Hun taler også om Gøre-måls-tid, som bruges til afkrydsning af skemaer, dokumentation og aftaler – nødvendigheder, som ikke må fylde mere end højst nødvendigt, da denne tid ikke er mors tid.

I det disciplinære rum, som skabes mellem sundhedsplejersken og hendes ”patienter” er det hendes ansvar, at et barn eller en mor ikke reduceres til et ammeproblem eller en fødselsdepression uden værdighed og værdi. Sundhedsplejersken skal vælge at give mor Plejens tid, hvor det sansende øje ser hendes behov og hvor hun bliver hørt og imødekommet. Hun skal vælge at være nærværende i det split sekund, som har afgørende betydning for mors fremtid, hendes relation til barnet og resten af familien – hvor hun tager de sunde beslutninger. ♥

Susanne Heide

”KARI MARTINSEN TALER OM TRAVLHED OG TID SOM EN RAMME OMKRING MØDET, HVOR DER SKAL VÆRE NÆRVÆR OG OMSORG.”

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

ET BEDRE LIV FOR SENSITIV HUD.

LIPIKAR BALM AP+

Reducerer forekomsten af udbrud.
Beroliger huden.
Let konsistens.

Til spædbørn, børn og voksne.



Astma-Allergi
Danmark

0% PARFUME
PARABENER
FARVESTOFFER

FUGTIGHEDSCREME TIL MEGET TØR OG IRRITERET HUD VED ATOPISK EKSEM

LIPIKAR BALM AP+

Kan anvendes som supplement til medicinsk behandling og/eller som daglig pleje. Til krop og ansigt.

FORHANDLES PÅ APOTEKET

VIDSTE DU AT...

1 ud af 5 børn
rammes af børneeksem*

58% af børn
med børneeksem lider af søvnforstyrrelser**



*CHU Claude Huriez, France, 2002; ** La Roche-Posay klinisk studie, 209 børn i alder 2-16 år (gennemsnitsalder: 8 år) med let eller moderat børneeksem.

PORTRÆT AF EN SUNDHEDSPLEJERSKESTUDERENDE

Familiens sundhedsplejerske var den rollemodel, jeg kunne spejle mig i. Hun fik mig til at se koblingen mellem mine handlinger og familiens overskud.

MARLENE ESKILDSSEN, METROPOL (TEKST & FOTO)

Dannelsesrejsen

At jeg blev sygeplejerske og endda skulle ende med at være glad for det, havde jeg faktisk slet ikke set komme. Pigen fra Fyn med de islandske heste skulle jo være dyrlæge. Efter studentereksamen, planlagde jeg derfor en tur til New Zealand. Men først skulle der spares op, og jeg var så heldig at blive hjemmedagplejer for en 2 årig dreng med immundefekt. Det førte til et job som hjemmevejleder i en familie med ekstremt for tidligt fødte trillinger. Og her skete det. Familiens sundhedsplejerske var den rollemodel, jeg kunne spejle mig i. Det hun gav familien med sin tilstedeværelse, både så og mærkede jeg. Og da hun henvendte sig til mig med en fin blanding af anerkendelse og motivation, fik hun mig til at se koblingen mellem mine handlinger og familiens overskud. På måneder senere sad jeg på hold S2000F på H:S Sygeplejerskeuddannelsen. Og planerne for New Zealand og landbohøjskolen var skiftet ud med en dannelsesrejse til forståelse og indsigt i menneskers familieliv.

Sygeplejerske i hjertet

Allerede undervejs i mit studie fandt jeg ud af, at jeg ikke havde så travlt med at blive sundhedsplejerske, for der var meget at lære og udforske, som sygeplejerske og jeg elskede det.

Studenter- og fagpolitik blev en stor del af min studietid. Jeg tog orlov et års tid for at være landsformand i Sygeplejestuderendes Landssammenslutning, SLS og fik her en uvurderlig ballast til udviklingen af min fagidentitet. Det var således en ambitiøs og modig ny-udklækket sygeplejerske, der tog hul på sine første erfaringer på Rigshospitalets semiintensive børneafdeling.

Her lærte jeg, sideløbende med plejen til de alvorligt og kritisk syge børn og deres familier og opstarten af min egen familie, at der med barnet fødes en bekymring, som gør én så sårbar, at man har brug for andres erfaring og støtte, til at komme igennem de svære stunder.

Den helt spæde start

Jeg blev nysgerrig på de forandringer, der

følger med fødslen af et lille barn. Så efter mit andet barn havde jeg lyst til, at fordybe mig i den helt spæde start og familiedannelsen. Barselsgangen blev min anden arbejdsplads. Det var umiddelbart en stærk kontrast til børneafdelingens alvor. Nu bød hverdagen på lykønskninger, indblik i de nybagte forældres dyrebareste øjeblikke og den der helt unikke stemning der opstår, når et nyt liv fødes.

Men virkeligheden på barselsgangen var, at der slet ikke var tid nok til at give det nærvær, som jeg syntes, de nyfødte og deres ligeså nye forældre havde krav på.

Så da jeg fik muligheden for at arbejde på et intensivt døgnafsnit i ungdomspsykiatrien, var jeg ikke i tvivl. Det var her jeg skulle lære om den vigtige relationsdannelse. I årene her udviklede jeg mig menneskeligt og fagligt. Jeg tilegnede mig egenskaber i at rumme, skærme og spejle. Det var meget meningsfyldt at se, hvordan de miljøterapeutiske rammer og det relationsskabende arbejde lindrede og rammede livet ind for de unge, der i deres korte liv allerede havde oplevet store

svigt og tab. Det blev tydeligere og tydeligere, at mange af de unge havde det tilfælles, at tilknytningen og omsorgsrelationen mellem dem og deres forældre ikke havde været tilstrækkelig.

Min nysgerrighed i familiedannelsen blev med tiden til undren. Kunne man gøre noget tidligere for de her unge? Kunne man have støttet forældrenes evne til at være forældre?

10 år inde i min dannelsesrejse var tiden moden. Drømmen om at blive sundhedsplejerske skulle gøres til virkelighed. Min mand og jeg så det som en investering i vores fremtidige familieliv, der nu talte 3 drenge, egen virksomhed og ønsket om et mere fleksibelt arbejdsliv.

It better be good

Forventningerne til sundhedsplejerskeuddannelsen var høje. Dels havde sundhedsplejerskeuddannelsen fornyligt fået et løft med den nye bekendtgørelse og dels havde jeg jo opsagt mit fantasitisk job, så ”it better be good”.

På uger inde i uddannelsen blev jeg bekræftet i, at uddannelsen til sundhedsplejerske på mange måder var svaret på mit fremtidige arbejdsliv. De fleste underviseres kompetencer lagde et godt niveau. Det kunne mærkes at underviserne ofte følte sig privilegeret over at undervise kommende sundhedsplejersker. Det bliver understreget gang på gang, at det er os, der ofte som de eneste og første kommer ud i hjemmene. Os, der skal observere, støtte og vejlede og dermed har meget stor indflydelse på, om det enkelte barns behov bliver set og mødt og om familierne føler sig styrket eller svækket efter vores besøg.

En stor del af studiet er bygget omkring gruppearbejde, og jeg har fra starten

været heldig at komme i en fagligt stærk studiegruppe, der også fungerer godt socialt. Det tætte samarbejde, hvor vi deler ud af hver vores erfaringer og kan supplere hinandens kompetencer i opgaver og fremlæggelser er en berigelse. Men det er også en meget krævende proces. Der skal nås meget på relativ kort tid undervejs i studiet. Det kan til tider føles, som om vigtige temaer bliver forceret. Jeg oplever dog stadig glæden ved at fordybe mig i det, jeg føler, er kernen for mit virke og det er et stort privilegium.

En svær balance

Da tiden kom til klinikstart var jeg meget forventningsfuld. Jeg er praktiker i hjertet og jeg savnede at være ude i marken. Hurtigt fandt jeg mit eget tempo i familierne og med skolebørnene. Jeg genfandt den ro, jeg har fået med erfaringerne fra mit arbejdsliv og min egen rolle som mor. Mit kliniksted mødte mig med stor tillid og jeg fik således både meget frihed og ansvar. Men balancen mellem at være studerende og kollega på samme tid var udfordrende. Grænsen mellem at ønske tid til fordybelse og på den anden side leve op til ansvar og samarbejde som ansat, har til tider været en svær balance. Den gamle studenterpolitiker i mig savnede muligheden for at være 100 % studerende. Det er efter min mening, at sætte sig mellem to stole med løsningen S.U. og lønnet praktik.

I klinikken blev det tydeligt, at mange familier føler sig uforberedte på det liv, der venter efter fødslen. Ligesom der også er mange, der efterspørger mere viden om alt fra forældrerollen, søskenderelationer til trivsel og spisesituationer. Derfor var det oplagt, at springe til da Sundhedskli-

nikken Metropol udbød et forløb, hvor studerende på Metropol skulle står for 3 undervisningsgange i en legestue på Nørrebro. Her fik vi mulighed for at undervise og afprøve vores metoder og viden i en autentisk arena, superviseret af undervisere fra Metropol.

Upcoming Sundhedsplejerske

Så her næsten et år inde i forløbet er de fleste af mine forventninger indfriet. Mine spørgsmål og undren omkring familiedannelsen er blot mangedoblet. Men bevidstheden om, at man ikke på forhånd kan vide, hvem der får brug for ekstra støtte og hjælp er nuanceret og en blivende del af det nye sundhedsfremmende fokus, jeg har tilegnet mig.

Fremtidens sundhedspleje håber jeg kommer til, at handle om et øget fokus og interesse, for den tidlige starts afgørende betydning, for at kunne mindske ulighed i sundhed på alle niveauer. Jeg tror på forældreuddannelser og flere hjemmebesøg, der følger familierne i længere tid og gerne allerede fra graviditeten. Jeg tror på mere specialiseret rådgivning inden for amning, mentalisering og tilknytning, skilsmisser og sorggrupper. Den kompleksitet, der ligger i dette, er jeg overbevidst om sundhedsplejerskerne godt kan håndtere. Men vi vil få brug for at inddrage de tværfaglige kompetencer i et større omfang, ligesom der vil blive brug for endnu fleres sundhedsplejersker, der tilegner sig specialiseret viden.

For at kunne imødegå fremtiden ser jeg næste drøm ligge forude. Det er kun rækkefølgen, jeg ikke kender endnu. Men målet er at kunne skrive familievejleder og sexolog på visitkortet. Men først skal anden del af min dannelsesrejse fuldføres. ♥

2½-3 års besøget

– blev valgt til af de fleste

TEMA
Nye indsatser i
Sundhedsplejen

Et hjemmebesøg med systematisk dataindsamling og sundhedsfagligt fokus. Baggrund for udarbejdelse af rapporten 2½ - 3 års besøg – et hjemmebesøg ved sundhedsplejerske.

SUNDHEDSPLEJERSKE BRITTA LINDER, LOLLAND KOMMUNE OG FAGKONSULENT I SUNDHEDSPLEJEN PIA JESSEN, HØJE-TAASTRUP KOMMUNE (TEKST)
COLOURBOX, PRIVATFOTO (FOTO)

Artiklen er skrevet på vegne af de deltagende kommuner – Glostrup, Horsens, Høje-Taastrup, Odense, Lolland, Syddjurs og Tønder Kommune:

I perioden 2010-2014 gennemførte ti kommuner modelprojekt A - en God Start Sammen (herefter EGS-S) for Sundhedsstyrelsen. Modelprojektet udgjorde den ene del af det overordnede projekt Børns trivsel i familier med overvægt eller andre sundhedsrisici (SST, 2010), som blev

udmøntet i forbindelse med satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2010-2013.

EGS-S havde til formål at støtte og udvikle forældrenes omsorgsevne og handlekompetencer med henblik på at etablere tryk tilknytning mellem barn og forældre, samt udvikle og fastholde sunde vaner for hele familien. Forældreuddannelsen skulle afsluttes med et individuelt hjemmebesøg af en sundhedsplejerske

med fokus på sunde vaner og livsstil, når barnet var ca. 3 år gammelt.

Otte af de ti kommuner (Glostrup, Horsens, Høje-Taastrup, Lolland, Nyborg, Odense, Syddjurs og Tønder Kommune), der deltog i projektet, gik sammen om at udvikle et fælles koncept for besøget. Der blev nedsat en arbejdsgruppe, der fik til opgave at udarbejde et kommissorium for besøget. Kommissoriet skulle danne grundlag for, at besøget kunne aflægges efter en fastsat skabelon, og at denne ska-



Britta Linder til venstre og Pia Jessen til højre

belon skulle muliggøre en systematisk dataindsamling i besøget. Disse data skulle danne grundlag for en udførlig analyse og evaluering. Konceptet blev udviklet i en balancegang mellem på den ene side et ønske om systematisk at tilvejebringe data, og på den anden side fastholdelsen af et sundhedsfagligt fokus i besøget. Besøget skulle have sundhedsfaglig værdi i sig selv. Arbejdsgruppen udarbejdede materialet, der nu er tilgængeligt på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:

- Kommissorium for besøget
- Skema til indsamling af data (omtales dataskemaet)
- Sammensætning af en kuffert med materialer til brug ved systematisk indsamling af data (kuffert indkøbt af alle de involverede kommuner)
- Plancher og foldere om barnets udvikling
- Skabelon til invitation
- Udførlig vejledning for hvordan dataindsamling i besøget gennemføres
- Plan for hvordan besøget evalueres

Her følger en gennemgang af evalueringsrapportens væsentligste pointer (Bertelsen, 2015)

Undersøgelsesdesign – gruppens karakteristika

Rapporten præsenterer en analyse på baggrund af de data, der blev indsamlet i 2½-3 års besøget. Overordnet blev fem temaer belyst:

- Interesse i og behov for hjemmebesøg af en sundhedsplejerske hos familier med børn i 2½-3 års alderen. Hvor stort er omfanget?
- I hvilken grad følger børnene en alderssvarende udvikling?
- Hvorledes forholder familier sig til mad & måltider?
- Hvordan er forældrenes nuværende trivsel (både mor og far)?
- Hvordan vurderer forældrene besøget (både mor og far)?

Hjemmebesøgene blev aflagt hos 426 familier med 2½-3 årige børn fordelt i de otte kommuner, og 72 % af de familier, der fik tilbudt besøget, takkede ja.

Den undersøgte gruppes karakteristika udgør et væsentligt forhold i rapportens analyser. Gruppen er ikke tilfældigt udvalgt, men består af familier, der har deltaget i EGS-S. Dermed har gruppen allerede modtaget en særlig indsats. Fra den tværgående evaluering af EGS-S ved vi bl.a., at de deltagende familier i mindre grad er rekrutteret fra den specifikke mål-

“FORÆLDRENE VAR SÅLEDES MERE TILBØJELIGE TIL AT TAKKE JA, HVIS SUNDHEDSPLEJERSKEN VAR ÉN FAMILIEN KENDTE I FORVEJEN.”

gruppe af udsatte familier med særlige sundhedsrisici (SST, 2015). Derfor er det antageligt, at gruppen, der er blevet tilbudt hjemmebesøget, kun i mindre grad repræsenterer udsatte familier.

Mange fra indsatsgruppen takkede ja til besøget, og en gennemgang af baggrunden for dette beskrives i boksen til højre.

Betydningen af et kendt ansigt

Tilbud om hjemmebesøg blev grebet forskelligt an i de enkelte kommuner.

Flere kommuner har efterfølgende givet udtryk for, at det har haft betydning for forældrene, at de på forhånd kendte den sundhedsplejerske, der tilbød besøget. Forældrene var således mere tilbøjelige til at takke ja, hvis sundhedsplejersken var én familien kendte i forvejen. Eksempelvis valgte man i Odense Kommune at bruge de to instruktører som alene havde varetaget undervisningen på EGS-S. I Odense tog 89 % imod tilbud om besøg.

Rapportens fund

- 72 % af familierne tog imod tilbuddet om hjemmebesøg.
- Erfaringer peger på, at det har betydning om familierne kender sundhedsplejersken på forhånd.
- Fædre var repræsenteret i 61,8 % af besøgene – mødre stort set i dem alle. Desuden var der signifikant forskel på i hvilke kommuner fædre deltog i besøgene.
- 85,2 % af familierne havde forberedt emner til dagsordenen.
- I 13,8 % af besøgene blev der lavet en ny aftale med sundhedsplejersken eller foretaget en henvisning til en anden fagperson.
- Børnene havde en alderssvarende udvikling i forhold til de målte parametre.
- 14,2 % af drengene og 11,4 % af pigerne havde et BMI beliggende over 90 percentilen.
- Der var statistisk signifikant sammenhæng mellem ensidig kost og BMI.
- Forældrenes målte trivsel afveg ikke fra landsgennemsnittet (WHO-5 trivselsindeks).
- Besøget blev overordentligt positivt vurderet af både mødre og fædre.



Kuffertens indhold
og øvrige materialer
til brug i besøget

- Lille dukke med et tæppe
- Kande, kop, tallerken og teske
- Lille blød bold
- Farver
- Saks
- Papir
- Bog
- Dyr
- Puslespil (6 brikker)
- Træklodser (6-8 stk.)
- Dataskemaet
- Materialer til udlevering:
- Folder om barnets udvikling,
- Planche om barnets udvikling
- Opdragelse med hjerte
- De officielle kostråd
- Samtykkeerklæring
- Målebånd
- Digital personvægt
- Håndsprit og spritservietter

I Glostrup Kommune valgte man at lade én sundhedsplejerske varetage opgaven, hvilket i flere tilfælde betød, at sundhedsplejersken ikke på forhånd kendte familierne. Dette menes at have haft betydning for interessen for besøg blandt de adspurgte forældre. I Glostrup tog 68 % i mod tilbud om besøg.

Der er gjort lignende erfaringer i et tidligere studie fra Høje-Taastrup, hvor man tilbød "livsstilsbesøg" til familier med børn på 3½ år (Høje-Taastrup, 2005).

I forebyggelseskommissionens rapport fra 2009 henvises endvidere til et studie, der anfører at:

"En evaluering af de forebyggende sundhedsydelser peger herudover bl.a. på, at forældrene har tillid til sundhedsplejerskernes råd og vejledning om bl.a. kost og ernæring, idet sundhedsplejersken i kraft af kendskabet til familien fra barnets første leveår kan følge op på den tidligere vejledning og tilpasse sin rådgivning ud fra den enkelte families behov samt kost- og motionsvaner" (Forebyggelseskommissionen, 2009; 312).

Samlet set er der således en del, der taler for, at det har betydning for forældrene, at besøget tilbydes af en sundhedsplejerske, familien

kender og har tillid til. Vil man i kommunerne arbejde videre med hjemmebesøg til 2½-3 årige børn, anbefales det, at man medtager dette i sine overvejelser. Et andet interessant fokuspunkt er forældrenes tilstedeværelse i besøget.

Hvem er til stede i besøget?

En optælling af hvem der var til stede under besøget bidrager til at kaste lys over familiernes interesse i et hjemmebesøg til 2½-3 årige børn. Mødrene var til stede i 409 ud af de 426 besøg og fædrene i 261 besøg. Fædrene var således til stede i 61,8 % af besøgene. Hjemmebesøgene har traditionelt set været et møde mellem mor, barn og sundhedsplejerske, men i og med at EGS-S var målrettet både far, mor og barn, og da det var herfra, der blev rekrutteret til hjemmebesøget, var det forventeligt, at fædrene også ville være godt repræsenteret i 2½-3 års besøget. Med 11 mødegange i forældreuddannelsesprogrammet måtte det være naturligt, at fædrene var en del af kontakten til den kommunale sundhedstjeneste.

I Lolland Kommune fik Sundhedstjenesten tilladelse til at udbrede tilbudet til også at omfatte familier, der ikke havde deltaget i EGS-S. Her oplevede man, at 89 %

af EGS-S gruppen tog imod tilbuddet, mens 67 % fra ikke EGS-S gruppen tog imod – altså en forskel på 22 procentpoint. Det var forventeligt, at der var en forskel i de to grupper, da EGS-S gruppen ved sin deltagelse i projektet allerede havde indikeret, at de var interesseret i udvidet kontakt til sundhedsplejen. Imidlertid viser data fra Lolland Kommune, at fædrene var stærkere repræsenteret i ikke EGS-S gruppen. Fædrene fra ikke EGS-S gruppen deltog i 55,9 % af besøgene, mens fædrene fra EGS-S gruppen kun deltog i 50 % af besøgene.

Særligt i Horsens, Odense og Tønder Kommune er det lykket at få fædrene med. Sundhedsplejersken havde forud for besøget opfordret familierne til refleksion over mødets indhold. Dette beskrives i næste afsnit.

Forældrenes udfordringer i dagligdagen

Forældrene havde således på forhånd overvejet, hvilke emner de ønskede at tale med sundhedsplejersken om. Formålet med denne refleksion var dobbelt. Dels var det tænkt som en indikator på forældrenes interesse i besøget, idet det virker rimeligt at antage, at interessen for at få besøg er højere i de tilfælde, hvor forældrene selv har emner, de gerne vil drøfte med sundhedsplejersken, og har brugt tid på at overveje dette forud for besøget. Dels giver det et spændende indblik i hvilke emner, familier med 2½-3 årige børn finder relevante at tale med en fagperson om, da dette også fortæller noget om, hvad de finder udfordrende i dagligdagen.

Forældrene havde forberedt emner i 85,2 % af de tilfælde, hvor sundhedsplejersken kom på besøg, hvilket viser stor interesse for sundhedsplejerskens besøg i hjemmet. Dette går godt i tråd med de studier, der fremhæver stor tilfredshed med den kommunale sundhedstjeneste og stor betydning af hjemmebesøg (Forebyggelseskommissionen, 2009).

De emner, der forud for besøget havde

optaget flest forældre, var renlighed, mad og måltider, selvstændighed, op-/inddragelse og søvn. F.eks. har hver 3. familie ønsket at drøfte renlighed. Søvn har været et ønske hos hver 4. familie.

I forbindelse med drøftelsen af mad og måltidet (det mest populære tema) indgik også en vurdering af, om barnet spiser varieret. Her viser der sig en signifikant sammenhæng mellem barnets BMI og varieret kost. Det vil sige stigende BMI ved ensidig kost.

I hjemmebesøget svarede forældrene på spørgsmål omkring deres trivsel. Screeningen med WHO- 5 trivselsindeks viser ikke forskel på trivsel hos forældre ved dette hjemmebesøg sammenholdt

: "DE EMNER, DER FORUD FOR BESØGET HAVDE OPTAGET FLEST FORÆLDRE, VAR RENLIGHED, MAD OG MÅLTIDER, SELVSTÆNDIGHED, OP-/INDDRAGELSE OG SØVN"

med resten af befolkningen. Meget få forældre udviser bekymrende tegn på dårlig trivsel.

Børnenes udvikling (grov- og finmotorik, hukommelse og opmærksomhed, sprog og kommunikative kompetencer og sociale kompetencer) blev ved dette hjemmebesøg vurderet til en aldersvarende udvikling på de anførte opmærksomhedspunkter.

De forskellige udfordringer, der blev drøftet i hjemmebesøget, gav ind imellem anledning til en opfølgende indsats. Dette beskrives i det følgende.

En opfølgende indsats i hvert 10. besøg

I det anvendte dataskema blev det noteret, hvorvidt besøget i familien gav anledning til opfølgende tiltag som eksempelvis et nyt besøg fra sundhedsplejersken

eller henvisning til læge, øjenlæge mv.

Kun få kommuner tilbyder et hjemmebesøg ved barnets 2½-3 års alder, og det er derfor interessant at afdække, i hvilken grad familierne har behov for støtte eller en henvisning ved dette besøg.

I 8,9 % af besøgene blev der lavet en aftale om endnu et hjemmebesøg ved sundhedsplejersken, og i 8,2 % af besøgene blev der foretaget en henvisning til andre fagpersoner. Flere af de familier, der indgik aftale om nyt besøg af sundhedsplejersken, modtog også en henvisning til anden fagperson, og der er således et betydeligt overlap blandt de to grupper. Samlet set har det givet anledning til faglige tiltag i 13,8 % af besøgene, og dermed i mere end hver tiende besøg. Dette vurderes at være forholdsvis ofte. Dels har familierne deltaget i EGS-S' omfattende forældreuddannelsesprogram, der har været en målrettet og langvarig forældre-støttende indsats, og dels består denne gruppe i mindre grad af udsatte familier med særlige sundhedsrisici.

Dette rejser nogle interessante spørgsmål, idet det kunne være både spændende og relevant at få afklaret, hvad tallene ville vise, hvis man udvidede målgruppen, så udsatte familier ville blive stærkere repræsenteret i undersøgelsen. Alt andet lige skulle man forvente, at behovet for yderligere tiltag afledt af et 2½-3 års besøg ville være højere blandt udsatte familier end blandt den undersøgte gruppe fra EGS-S.

Et væsentligt fund, som kan give anledning til opfølgning, er børnenes vægt ved 2½-3 års alderen.

Børnenes vægt og højdeudvikling (BMI)

14,2 % af drengene og 11,4 % af pigerne har et BMI der ligger over 90 percentilen. Det er påfaldende mange, men der er allerede flere studier, der peger i samme retning.

I studiet fra Høje-Taastrup, hvor man tilbød 'livsstilsbesøg' til 3½ årige, fandt man 5 % med overvægt (Høje-

Taastrup, 2005), men her var overvægt opgjort som BMI tal over 97 percentilen. Ca. 4,6 % af børnene fra denne undersøgelse ligger over 97 percentilen, så disse fund ligger forholdsvis tæt.

Andre studier viser yderligere, at andelen af overvægtige ved indskolingsundersøgelsen er steget til hele 20 % (SIF, 2013). Ligesom det fremhæves af Sundhedsstyrelsen, at der allerede i 3-6 års alderen er risiko for at udvikle overvægt (SST 2011 & SST 2013).

Fra den tværgående evaluering af EGS-S ved vi endvidere, at forældrene havde et gennemsnitligt BMI på 25,8, og altså gennemsnitligt akkurat var overvægtige. Man må formode, at forældrenes BMI kan have en sammenhæng til børnegruppens BMI, da vi ved, at børn af overvægtige forældre har øget risiko for at blive overvægtige, og tillige at livsstilsvaner grundlægges tidligt i barndommen på baggrund af forældrenes vaner (SST 2015).

Endelig blev der i hjemmebesøget lagt vægt på forældrenes oplevelse af besøget.

Forældrenes evaluering af besøget
Forældrenes mening om besøget er søgt afdækket gennem fem spørgsmål til hhv. far og mor, hvor der kunne scores fra 1-10 og 10 er bedst. Der kan sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt denne metode nedtoner kritiske vurderinger, idet nogle antageligvis ville føle sig utilpas ved at give sin kritiske holdning til kende, når sundhedsplejersken er til stede. Man har forsøgt at minimere det ved at indskærpe over for sundhedsplejerskerne, at forældre selv skal udfylde denne del af dataskemaet, og ved direkte i dataskemaet at opfordre forældrene til at svare ærligt og oprigtigt. Hvor meget denne form for dataindsamling har influeret på svarene er svært at sige, så forældrenes vurderinger bør betragtes med forbehold for dette.

Forældrene har været overordentligt positive i deres vurdering af besøget. Der blev scoret over 9 i gennemsnit ved alle målinger. Støtter man sig endvidere til de kommentarer forældrene har kunnet

knytte til deres besvarelse, forstærkes indtrykket af nogle meget positive tilbage-meldinger.

Væsentlige konklusioner og skærpet nysgerrighed
Samlet set har 2½-3 års besøget været en succes. Der har været stor interesse i at modtage besøg fra sundhedsplejerske. Ca. 72 % af de familier der modtog tilbud om besøg valgte at sige 'ja tak'. I disse besøg var mødrene næsten altid til stede mens fædrene deltog i 61,8 % af besøgene.

Besøgene afslørede, at 13,8 % af familierne på baggrund af et fagligt skøn blev tilbudt opfølgende tiltag som følge af indsatsen. Dette tal vurderes at være højt. Dels peger det i retning af, at der måske findes en gruppe med lignende behov, som normalt ikke opdages, idet 2½-3 års besøget langt fra er et indsatsområde i alle kommuner. Dertil kommer, at "udsatte familier" muligvis er underrepræsenteret i denne undersøgelse. Hvis man accepterer præmissen om, at disse vil have et større behov for lignende tiltag, kan gruppen af familier med 2½-3 årige børn på landsplan, der har behov for opfølgende tiltag være større end den nærværende undersøgelse viser.

I den udstrækning det kan vurderes her, udvikler de undersøgte børn sig alderssvarende. Dog fandt man 14,2 % drenge og 11,4 % piger med et BMI beliggende over 90 percentilen. Disse fund skal tolkes med nogle forbehold, men giver dog anledning til bekymring, idet flere undersøgelser efterhånden tegner dette billede. Der kan desuden konstateres signifikant sammenhæng mellem ensidig kost og BMI.

Endelig viser analyserne af familiernes kostvaner, hvordan dette emne fyldte meget for forholdsvis mange forældre.

Besøget var populært, og blev valgt til af langt de fleste. Familierne fik vendt det, der optog dem med sundhedsplejersken, hvilket også kom til at betyde, at de fik vendt det, de syntes var udfordrende. Dette indikerer en tillid til sundheds-

plejerskerne og en respekt for deres faglighed – en tendens der også spejles i andre undersøgelser. Desuden fik man med besøget opsporet overvægt og andre forhold, der krævede handling – f. eks. henvisning til andre fagpersoner eller opfølgende besøg.

For uddybelse af ovenstående henvises til rapporten, 2½-3 års besøg – et hjemmebesøg ved sundhedsplejerske, der ligger på sundhedsstyrelsens hjemmeside sammen med dataskema og øvrige materialer til hjemmebesøget. ♥

<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/puljer-og-projekter/2010-2013/boernstrivsel-i-udsatte-familier-med-overvaegt-eller-andre-sundhedsrisici/a>

REFERENCER

Rasmus Thiim Bertelsen 2015, 2 ½ -3års besøg – et hjemmebesøg ved sundhedsplejerske,

SST 2010, Udmøntning af satspuljen "børns trivsel i udsatte familier med overvægt og andre sundhedsrisici"

SST 2011, Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge

SST 2013, Forebyggelsespakke overvægt

SST 2015, Børns trivsel i familier med overvægt eller andre sundhedsrisici, Tværgående evaluering

Høje – Taastrup 2005, Livsstilsbesøg til 3 ½ årige og deres familier i Høje – Taastrup Kommune

Forebyggelseskommissionen 2009, Vi kan leve længere og sundere – forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats.

SIF 2013, Temarapport om børn indskolet i 2011-2012. Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen.

På vegne af Glostrup, Horsens, Høje-Taastrup, Odense, Lolland, Syddjurs og Tønder Kommune: Sundhedsplejerske Britta Linder, Lolland Kommune og fagkonsulent i sundhedsplejen Pia Jessen, Høje-Taastrup Kommune.

Den eneste modernælkserstatning beriget med som:



✓ **Mindsker koliksymptomer hos 95 % af børnene.^{1,*}**

✓ **Giver lindring allerede efter 7 dage.^{1, 2,*}**

✓ **Reducerer tiden med gråd med 70 %.^{1, 2,*}**

✓ **Reducerer gylpefrekvens.^{3,*}**

✓ **Forebygger obstipation.^{3,*}**

Kolik og koliksymptomer er almindelige spædbørnsproblemer.

I de tilfælde hvor barnet får modernælkserstatning, kan man nu anbefale NAN Sensilac. NAN Sensilac er den første modernælkserstatning, som er beriget med mælkesyrebakterien *Lactobacillus reuteri*, en bakteriekultur, der har dokumenteret lindrende effekt på kolik og koliksymptomer.¹⁻²

Din rådgivning kan gøre en stor forskel
For mere information om NAN Sensilac, besøg www.nestlenan.dk (adgangskode: nanpro)

1. Savino F, et al. *Pediatrics* 2010; 126(3):e526-533.
2. Szajewska H, et al. *J Pediatr* 2013; 162(2):257-262.
3. Indrio et al. *JAMA* 2014, 168(3):228-33
* Resultater baseret på kliniske studier af *Lactobacillus reuteri*





SUNDHEDSTJEK AF ANBRAGTE BØRN

– et nyt kerneområde for sundhedsplejersker?

PIA BALLENTIN, LEDENDE SUNDHEDSPLEJERSKE I MARIAGERFJORD KOMMUNE,
PIBAL@MARIAGERFJORD.DK (TEKST)
COLOURBOX, PRIVATFOTO (FOTO)

I Sundhedsplejen i Mariagerfjord Kommune har vi det seneste år givet sundhedstjek til anbragte børn. Vi mener, det er et vigtigt område at fokusere på og det har også vist sig, at sundhedsplejersker er de helt rette til at løfte den opgave. Jeg håber gennem denne lille artikel at kunne inspirere andre kommuner til at overveje at indføre sundhedstjek til de anbragte børn.

For lidt over 2 år siden blev vi bekendt med professor Bo Vinnerljungs forskning omkring anbragte børns sundhed (Vinnerljung 2014 - 1) (Vinnerljung 2014 - 2). Vinnerljung havde igennem sin forskning omkring svenske anbragte børns sundhed og trivsel erfaret, at her var et område, hvor man som offentlig myndighed havde et ansvar, som der ikke altid blev levet op til. Han fandt i sin forskning, at en meget stor andel af de anbragte børn havde forskellige sundhedsproblemer,



som der ikke var taget hånd om. Vinnerljung mener, at dette kan skyldes, at der er så stort fokus på barnets sociale problemer, at det overskygger de fysiske/sundhedsmæssige udfordringer, som barnet har. Han mener, at forklaringen kan ligge i, at de sundhedsmæssige/fysiske problemer barnet har let bortforklares og tillægges at være af social karakter. Et eksempel kunne være, at et barn med dårlig hørelse kan blive vurderet til at være indelukket og asocial pga. sine sociale problemer, mens ingen har tænkt på, at der kunne være noget fysisk i vejen med barnet.

Bo Vinnerljung anbefaler derfor, at man altid tænker barnets sundhedsmæssige tilstande ind i den samlede vurdering af barnet, men ikke nok med det – man skal have en særlig opmærksomhed på netop dette punkt.

Da vi hørte om de resultater, der var kommet frem i de svenske undersøgelser, satte det en del tanker i gang hos os omkring de børn, der er blevet anbragt i vores kommune. Levede vi som kommune op til vores ansvar i forhold til at sikre, at de børn vi anbragte, var blevet undersøgt ordentligt i forhold til deres sundhed og trivsel? Det er jo kommunens ansvar, at de anbragte børn trives så godt som muligt på alle måder og at de bliver i stand til at nå deres potentiale med et godt børne- og voksenliv.

I den svenske undersøgelse, er de anbragte børn, som indgår i den undersøgelse, blevet undersøgt af en læge og i de kommuner, hvor man har valgt at følge Vinnerljungs anbefalinger, er det også læger, der fortager undersøgelserne. Børnene undersøges alle en gang om året.

I Mariagerfjord Kommune har vi besluttet, at det er en spændende opgave for sundhedsplejerskerne.

Når man tænker på at indføre nye metoder eller tilbud til børn og unge i en forvaltning, er det helt nødvendigt at have den øverste ledelse med på ideen. Heldigvis var vores familiechef og jeg helt enige om, at dette var et område, der skulle prioriteres, hvilket vil sige, at der skulle sættes ressourcer af til denne indsats. Sundhedsplejerskerne havde selv været med til at høre Bo Vinnerljungs oplæg i sin tid og kendte derfor til, hvilken forskning der lå bag, så det var ikke svært at få dem med på ideen om at tage det ind som en indsats.

Det førte en masse ideer og planlægning med sig. At indføre sundhedstjek til anbragte børn i kommunen er ikke bare noget, man lige gør, for der er mange andre faggrupper, der skal inddrages og arbejds gange, der skal aftales. Proces-

sen bød derfor blandt andet på administrative arbejds gange og beskrivelser af, hvem gør hvad. Hvem sørger f.eks. for at indhente samtykke, hvor

journaliserer vi og hvordan sikrer vi, at der bliver fulgt op på råd og vejledning. Men også spørgsmål som: hvad gør vi, hvis de biologiske forældre ikke giver samtykke osv? Desuden fik vi lavet en "tjekliste", som den enkelte sundhedsplejerske kunne gå frem efter for at sikre, at alle sundhedsplejersker fik spurgt ind til de samme sundheds- og trivsels spørgsmål. Tjeklisten er målrettet barnets alder og hvad der er relevant i netop den periode i barnets liv... ↘

”En meget stor andel af de anbragte børn havde forskellige sundhedsproblemer”

Vi besluttede, at sundhedsplejersken en gang om året giver sundhedstjekket i plejefamiliens hjem eller på det opholdssted, som barnet er på. De biologiske forældre, skal opfordres til at deltage, hvis barnet har det godt med det. Desuden besluttede vi, at børn over 15 år selv kan bestemme, om de vil have sundhedstjek.

Som en start – man kan kalde det et pilotprojekt – har vi valgt kun at lave sundhedstjek på børn anbragt af vores kommune hos plejeforældre/opholdssteder i vores egen kommune. Med det samme vi skal bevæge os udenfor vores egen kommunegrænse for at tilse børnene, bliver det lidt mere resursekrævende, men det er bestemt et ønske på sigt.

Hvordan gives sundhedstjek til anbragte børn?

Socialrådgiveren sørger for at indhente samtykke hos biologiske forældre til, at sundhedsplejersken kan besøge plejefamilien/opholdsstedet og give barnet et sundhedstjek. Herefter laver sundhedsplejersken telefonisk aftale om tidspunkt.

Hvis det drejer sig om et skolebarn, vil nogle af undersøgelserne foregå på skolen, f.eks. syns- og høretest, vægt og højde.

Sundhedsplejersken går som sagt frem efter et skema med spørgsmål, der er tilpasset barnets alder. Spørgsmålene har fokus på både fysisk, psykisk og social sundhed og trivsel. Under sundhedstjekket observerer sundhedsplejersken også barnets samspil med plejeforældre og dets biologiske forældre, hvis de deltager. Hvis sundhedsplejersken finder forhold af trivsels-/sundhedsmæssige karakter, som skal undersøges nærmere, henviser han/hun til relevante fagfolk. Det kan f.eks. være praktiserende læge, kommunens fysioterapeuter og tandplejen. Sundhedsplejersken vejleder også i trivsel og sundhedsspørgsmål – det kan være i kost, søvn, udvikling – akkurat som hun ville gøre til en hvilken som helst anden familie eller barn/ung. Sundhedsplejersken

giver opfølgende besøg, hvis det skønnes relevant.

Resursemæssigt trækker sundhedstjekkerne en del timer – også flere end vi i første omgang havde regnet os frem til. Til selve besøget i hjemmet skal vi afsætte 2 ½ timer (inkl. kørsel og journalskrivning), men derudover vil der gå tid med det tværfaglige samarbejde – blandt andet indhentning af tilladelse til sundhedstjek, aftale besøg, henvisninger, telefonsamtaler, evt. opfølgende besøg samt en udtalelse til sagsbehandler efter sundhedstjekket.

Hvad viser sundhedstjekkerne?

Vi har gennem det seneste års tid fundet problematikker ved knap 40 % af de børn, vi har givet sundhedstjek. Det drejer sig bl.a. om manglende vaccinationer, skævræg, overvægt, undervægt, synsproblemer, skelen, mentale trivselsproblemer, motoriske og sansemæssige problematikker. Vi sender som sagt resultaterne til socialrådgiveren, som bruger det i deres videre arbejde. På den måde er vi med til at kvalificere helhedssynet på barnet og de relationer, det indgår i. Vores samarbejde med plejeforældrene er rigtig godt og de er glade for at kunne få sparring omkring, hvordan de kan være med til at øge deres plejebarns sundhed. Vi ser det samme engagement i barnets/den unges sundhed og trivsel på opholdsstederne.

Mariagerfjord Kommune har et særligt fokus på evidensbaseret viden, og vi har derfor valgt at indgå i et samarbejde med SFI (Det Nationale Forskningscenter for velfærd) for at evaluere vores opstart og resultater indtil nu og fremover. Vi har kun et mindre antal anbragte børn og ikke nok til at kunne basere et helt forskningsprojekt på. Derfor er Mariagerfjord kommunes sundhedspleje gået i gang med at finde samarbejde med to andre nordjyske kommuner, som synes denne indsats, er meget relevant. Dette vil også give SFI et bedre grundlag for at måle på effekten af at give sundhedstjek til anbragte børn.

Disse aftaler er dog ikke på plads endnu.

Skandinavisk interesse for vores tiltag

I marts i år var en sundhedsplejerske og jeg selv inviteret til at tale på en konference, som var arrangeret af Nordens Velfærdscenter i Stockholm. Her gav vi et oplæg omkring vores praktiske erfaringer med at give sundhedstjek til anbragte børn. Mit håb var, at vi kunne inspirere andre til at begynde med at tilbyde sundhedstjek. Under konferencen fik vi stor ros af forskellige forskere/oplægsholdere, som brugte vores nye tiltag til at knytte nogle af deres erfaringer og undersøgelser op på. Specielt var det dejligt for os, at den overlæge, som selv laver sundhedstjekkerne i Sverige, mente, at det var interessant og helt relevant, at sundhedsplejerskerne udførte sundhedstjekkerne. Det var hans opfattelse, at sundhedsplejersker er fuldt ud kompetente til at give sundhedstjek og det kan jeg bestemt kun give ham ret i. ♥



Sundhedsplejerskerne Mette Bjørnvig til venstre og Pia Ballentin til højre holder oplæg i Stokholm i marts. (privatfoto)

LITTERATUR

Vinnerljung, Bo (2014 - 1):
www.stat-inst.se/pagefiles/8021/bo-vinnerljung-back-to-basics-glom-inte-halsa-och-skola.pdf

Vinnerljung, Bo (2014 - 2):
www.gotland.se/77869

521

GANGE BRUG AF DEO OM ÅRET

*“Jeg undgår
svedgener med
god samvittighed”*

Charlotte Liljedahl,
Rødovre



Astma-Allergi
Danmark



NEUTRAL HAR EN HOLDNING TIL FØLSOM HUD

Derfor sørger vi for, at kvinder som Charlotte kan beskytte sig, når hun bruger deodorant og andre produkter til personlig pleje. Vores roll-on deodorant giver effektiv beskyttelse mod sved og er særligt udviklet til følsom hud. Den indeholder 0% alkohol og 0% parfume. På den måde kan du trygt undgå svedgener uden at bekymre dig om parfumeallergi.

HAR DU OGSÅ EN HOLDNING TIL FØLSOM HUD?

Giv din mening tillende på facebook.com/neutraldanmark.

Neutral®

EN HOLDNING TIL FØLSOM HUD

Landskonference 2016 for sundhedsplejersker

Dato: 2. og 3. maj 2016

Sted: Hindsgavl Slot

BENEDICTE ENGSTRUP OG KIRSTEN LISE ANDERSEN, MEDLEMMER AF BESTYRELSEN FS 10 (TEKST)

Titel: Mental Sundhed

I to hele dage vil der være focus på den mentale sundhed. Lige fra starten i forældreskabet hvor begge forældres psykiske helsetilstand belyses. Der ses på hvordan tilknytningen til barnet påvirkes, hvis mor har en depression.

- Hvordan arbejder vi med mentalisering i familien som professionelle i forældresamarbejdet?
- Hvilke principper og værktøjer er der?
- Hvornår bør et barn have hjælp til sin angst?
- Typer af angst
- Behandlingen af angst hos mindre og større børn.
- Mobning blandt børn – En repræsentant for Maryfonden fortæller om deres arbejde.

Endelig vil der være et oplæg om børn, unge og selvmord, risiko og forebyggelse.

Foredragsholdere:

- Poul Videbeck, overlæge professor på Psykiatrisk center i Glostrup taler om: Fødselsdepression, angst, PTSD og OCD - en update.
- Johanne Smith-Nielsen, Cand.Psych. Aut, PhD . Fødselsdepressioners indflydelse på den tidlige tilknytning mellem mor og barn.
- Signe-Marie Paludan Bøgeskov, Senior Rådgiver og projektleder for Red Barnet repræsenterer Mary fonden og Red Barnet og taler om mobning.
- Michael Thastum, professor i klinisk børnepsykologi Aarhus Universitet holder oplæg om. Børn og Angst (COOL KIDS)
- Maja Nørgård Jacobsen, cand psyk lektor: Hvad er mentalisering, og hvorfor er det vigtigt? Både som forældrekompetence og som professionel i arbejdet med børn og deres forældre?

- Annette Erlangsen, PhD seniorforsker ved Forskningsenheden, Psykiatrisk Center København. Børn, unge og selvmord.

Workshops – 6 emner i alt

Alle deltagende workshopholdere er pt. ikke fastsat.

Der vil være tre emner begge dage, som afvikles samtidig.

Workshoppene vil blive afholdt af sundhedsplejersker, der arbejder med ovennævnte emner.

Tilmeld dig her:

www.kongreskompagniet.dk/Landskonference-for-Sundhedsplejersker-2016

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

ÅRETS SUNDHEDSPLEJERSKE 2016

Indstilling af kandidater til prisen som årets sundhedsplejerske 2016

CHRISTINA LINDHARDT OG SUSANNE LÜCKE, MEDLEMMER AF BESTYRELSEN FS 10 (TEKST)

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 Hindsgavl Slot 2.-3.maj 2016.

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 2016.

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

Send en e-mail med indstillingen til Christina Louise Lindhardt eller Susanne Lücke
christinalindhardt@fs10.dk eller susannelucke@fs10.dk

Inden den 1. februar 2016.

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

Prisoverrækkelse fra fonden “En god start i livet”

“Fællesskab skaber merværdi”, sagde Lillian Bondo, Formand for Jordemoderforeningen

KIRSTEN LISE ANDERSEN, SUNDHEDSPLEJERSKE, MEDLEM AF BESTYRELSEN FS10 (TEKST) EMIL STEEN SANGGAARD (FOTO)

Overlæge Rikke Monrad, jordemoder Henriette Svenstrup og sundhedsplejerske Joan Skytte fra Region Midtjylland modtog torsdag den 28. oktober årets pris på 50.000 kr. fra fonden, ”En god start i livet”. ”Fællesskab skaber merværdi” sagde Lillian Bondo, Formand for Jordemoderforeningen, da hun overrakte prisen. Det unikke tværfaglige og tværsektorielle samarbejde har resulteret i et projekt, som har mundet ud i et trivselskema, som forældre, fødested og sundhedsplejerske kan bruge den første uge efter fødslen for at ensrette vejledningen og skabe større tryghed for den nybagte familie. Målet for projektet er at nedbringe antallet af genindlæggelser af nyfødte. De første resultater viser allerede nu et markant fald. Legatmodtagerne udtrykte i deres takketale stor glæde over med legatet at få mulighed for at brede projektet yderligere ud.

Læs mere om på projektet på:

www.vest.rm.dk/om-hospitalet/nyheder/nyhedsarkiv/2015/antallet-af-genindlagte-babyer-falder/

Legatmodtagerne til venstre: Sundhedsplejerske Joan Skytte, Jordemoder Henriette Svenstrup og Overlæge Rikke Monrad.



Billede fra ”Børnenes dag” 2015

Per Schultz Jørgensen modtog UNICEF prisen

DORTE FISCHER, SUNDHEDSPLEJERSKE, MEDLEM AF BESTYRELSEN FS10 (TEKST & FOTO)

Jeg var på vegne af FS10 inviteret til UNICEFs ”Børnenes dag”. Det blev afholdt i anledning af, at det den 20. november er Børnekonventionens fødselsdag. En spændende dag med overskriften: Hvordan når vi sammen de nye udviklingsmål?

Dagen var delt op i fælles plenum med taler og workshops med oplæg til diskussioner. Det der gjorde størst indtryk var Kailash Satyrthi, Nobel fredspris modtager. Han holdt en fantastisk tale om sit arbejde med børn i Indien og om verdens børn. At børn i verden må være vores første prioritet. Hans tale om alle børns behov og rettigheder rørte de tilstedeværende dybt og bekræfter at vores arbejde som sundhedsplejersker er vigtigt og gør en forskel.

En særlig bemærkelsesværdig indsats for børn, særligt de udsatte børn

For første gang blev UNICEF prisen uddelt. Prisen skal uddeles hvert år, og det er bestyrelsen i UNICEF, der beslutter, hvem der skal modtage den. Det blev Per Schultz Jørgensen som modtog prisen for at have ydet en særlig bemærkelsesværdig indsats for børn, særligt de udsatte børn. Meget velfortjent.

Prisen forpligter

I sin tale udtalte Per Schultz Jørgensen: ”Jeg modtager prisen med stolthed – og ydmyghed. Derfor vil jeg også straks give prisen videre – i hvert fald symbolsk – til alle Danmarks børn. Med denne pris har børnene i Danmark fået en platform, der handler om børns rettigheder og om deres ret til et godt liv. Prisen er en platform, der forpligter til både at tale og handle ud fra en børnesynsvinkel.”

Vigtige oplysninger til medlemmerne

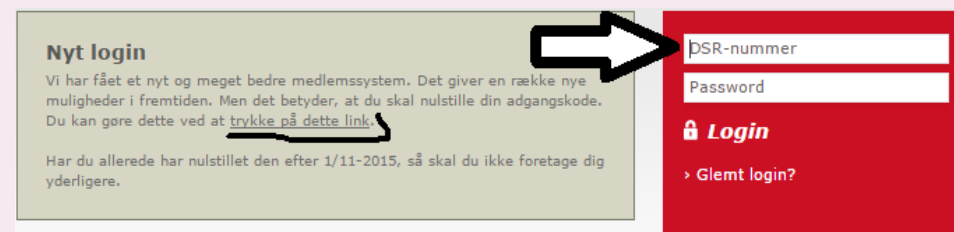
NYT MEDLEMSSYSTEM

Gå ind på vores hjemmeside www.sundhedsplejersken.nu

På hjemmesiden ses:



Er du medlem af FS10 klikker du på medlemslogin, og du kommer herefter videre til det næste billede.



Alle password er nulstillet, og hvis du ikke har fået et nyt, så skal du klikke på linket, der er understreget. Herefter skal du indtaste din e-mail, og der vil blive sendt et password til din mail adresse. Har du derimod dit login, indtaster du dine oplysning hvor pilen peger på ovenstående billede, og du vil kunne logge ind.

Når du er logget ind ses følgende billede:



Under min profil vil du kunne se og rette dine medlemsdata. Har du foretaget ændringer under medlemsdata, så skal du gentage e-mail og password, før du kan gemme dine nye oplysninger. **Kasserer og Medlemsansvarlig: Vibeke Westergaard**

”Hvis lykken udebliver, får kvinderne skyldfølelse over ikke at leve op til forventningen og idealet om det lykkelige moderskab.”

Fakta

Nordic Marcé Conference omhandler ”Psykisk mental sundhed i Perinatalperioden” – med fokus på mor, far og barn.

Den første Nordiske Konference blev afholdt i Oslo den 7. og 8. september 2015. Den afholdes hvert 2. år og næste gang bliver i Helsinki 2017.

Formålet med konferencen er, at forskere, undervisere og klinikere udveksler forskning og klinisk praksis vedrørende perinatal mental sundhed.

Målgruppen er forskere, undervisere og klinikere, der arbejder med perinatal mental sundhed.

Oplæggene holdes på norsk, svensk, dansk og engelsk.



NY NORDISK MARCÉ KONFERENCE

Tilbage melding samt refleksioner fra Konferencen

LEGATMODTAGER JETTE NØRREGAARD, SUNDHEDSPLEJERSKE I ESBJERG KOMMUNE OG MEDLEM AF BESTYRELSEN FOR FS10 SUNDHEDSPLEJERSKE TINE LOHMANN, ESBJERG KOMMUNE (TEKST) COLOURBOX (FOTO)

Det var en meget veltilrettelagt og intens konference med mange spændende oplæg om både kvinder og mænds reaktioner før og efter fødslen samt forskellige måder at hjælpe ramte forældre og børn på.

Mødres forestilling om lykke
Blandt mange spændende oplæg var vi særligt optaget af ”Mødres forestillinger om lykke”, som sygeplejerske, cand. mag. i pædagogik og sundhedsfremme Ida Storm, fra Center for Børneliv fortalte om ud fra hendes speciale. Vi har valgt at fortælle om dette emne, fordi vi arbejder med kvinder med efterfødselsreaktioner, og derfor ofte møder problemstillingen i vores egen praksis.

Hvis lykken udebliver
Ida Storms undersøgelse er baseret på interview med seks danske kvinder, der alle har deltaget i støttegrupper for mødre med efterfødselsreaktion. Studiet viser, at kvinderne forventer, at lykken automatisk følger med det at blive mor. Hvis lykken udebliver, får kvinderne skyldfølelse over

ikke at leve op til forventningen og idealet om det lykkelige moderskab. Det kan medføre, at kvinderne føler sig forkerte og at deres mistrivsel skærpes, fordi de ikke kan leve op til deres egne og det vestlige samfunds normer for moderskabet, der er kendetegnet ved lykke, sundhed og selvkontrol.

Støttegrupper som frirum
Det var en hyppigt anvendt strategi blandt de interviewede kvinder at skjule deres lidelser ved at sætte en facade op over for omverdenen – også over for sundhedsplejersken, hvis den fornødne tillid i relationen manglede. Flere af kvinderne spillede også skuespil i deres traditionelle mødregrupper. I det lys kan støttegrupper til mødre med efterfødselsreaktion ses som et frirum, hvor kvinderne kan lade maskerne falde. I disse grupper kan kvinderne spejle sig i andre mødres fortællinger, hvilket normaliserer lykkens fravær i moderskabet hvorved skamfølelse og selvbefredelse også reduceres.

’Efterfødselsreaktion’

Studiet viser, at kvinderne værdsætter den skånsomme betegnelse ’efterfødselsreaktion’, som i princippet spænder over alle niveauer af lidelse i efterfødselsforløb, men som er lettere at ”bære” i mødet med omverdenen end betegnelsen fødselsdepression – en diagnose som to af de interviewede kvinder havde.

Forventninger til moderskabet

Dette oplæg giver anledning til, at vi vil sætte mere fokus på kvinders forventninger til moderskabet og til en øget normalisering af det ikke-lykkelige moderskab. Det er vigtigt, at tale med kvinderne om forventninger, når vi taler med dem både i graviditetsbesøg, vores almindelige hjemmebesøg og i særdeleshed i vores gruppeforløb for kvinder med efterfødselsreaktioner.

Ida Storms undersøgelse publiceres i artikelform i næste udgave af forskningstidsskriftet Nordiske Udkast.

”Kvinderne værdsætter den skånsomme betegnelse ’efterfødselsreaktion’, som i princippet spænder over alle niveauer af lidelse i efterfødselsforløb, men som er lettere at ”bære” i mødet med omverdenen end betegnelsen fødselsdepression.”



NBO er en ressource orienteret observationsmetode af nyfødtes adfærd

Kari Slinning Dr. Psykolog, forsker ved Nasjonalt Kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse, Norge, fortæller om NBO.

BENEDICTE ENGSTRUP, SUNDHEDSPLEJERSKE, MEDLEM AF FS10 (TEKST)
COLOURBOX (FOTO)

Metoden er udviklet i 1970erne og var beregnet til at bruge som et udrednings og diagnose redskab. NBO bygger på NBAS (Neonatal Behavioral Assessment scale), der er funderet på Dr. T. Berry Brazelton forskning.

NBO kan bruges til alle forældre, førstegangs forældre, forældre til præmature børn og forældre med depression og andre psykiske lidelser

NBO er enkel at integrere i den daglige praksis. Den bruges på en del barselsafdelinger f.eks. Drammen, Lillehammer og Frederiksstad. Inden for det sidste år har Merete Winther, sundhedsplejerske i Thisted kommune sammen med sine kolleger anvendt metoden i hjemmebe-

søgene. I metoden ser man i barselsbesøget og når barnet er 3 uger gammelt på barnets adfærd sammen med forældrene inden for følgende områder:

Barnets reaktioner på lyd og lys
Respons på ansigt og stemme, barnets visuelle respons, orientering mod stemmen, orientering mod lyd (rangle) visuel følge et objekt (bold).

Hvordan er gråden og hvor nemt er barnet at trøste. Barnets adfærdsregulering, reaktion på stress (hudfarve, hurtig vejtrækning, nys, gylp og sitren samt aktivitets niveau.

Ud fra dette vejledes forældrene i barnets kompetencer

Hvor ser vi, at barnet kommer ud af balance og hvor behøver det at få støtte. Forældrene kan herved nemmere

forstå og tolke og handle på deres barns signaler.

Metoden anvendes for at støtte forældre i at opdage og erkende, at deres barn er et selvstændigt individ, som har sin egen individuelle måde at svare og kommunikere på. Den adfærd man kan observere hos barnet reformuleres i et ”kommunikationssprog” – Barnet fortæller, barnet viser vej, se dit barn taler til dig! Observationerne af barnet bliver tilrettelagt sådan, at forældrene oplever, at de er de vigtigste for deres barn. Barnet viser sin præference for det kendte (mors stemme, lugt, ansigt). Det bliver synligt for forældrene, at de er de vigtigste til at hjælpe barnet med at regulere dets tilstand ved at skabe en/ ramme for barnet. Man danser en reorientering med forældrene: fra fantasibarnet til det virkelige barn.

Målet med NBO:

- At fremme den følelsesmæssige tilknytning mellem forældre og barn
- At fremme tryghed hos nybagte forældre
- At fremme mestrings-oplevelsen: jeg kan læse mit barn og forstå, hvad det har brug for
- At fremme god emotionel og adfærdsregulering hos barnet (det gøres ved, at fremhæve barnets kompetencer og evner, men også ved at se på hvilke udfordringer barnet har lige nu, og hvordan forældrene kan støtte barnet
- At skabe ro og balance og hvad fører til uro og ubalance
- At bygge en alliance mellem NBO observatør og forældre

Når sundhedsplejersken observerer den nyfødtes adfærd sammen med forældrene har hun mulighed for:

- At bekræfte og reformulere forældrenes egne observationer af deres barn
- At sætte ord på og glæde sig over barnets unikke måde at opføre sig på og omformulere adfærd til kommunikation
- At identificere både styrker/ ressourcer men også sårbare sider hos barnet og give klare retningslinjer til forældrene, som er baseret på, hvad der kommer frem i undersøgelsen.
- At give forældrene en model for og et ordforråd som kan gøre det nemmere for forældrene ved kommende besøg at observere barnet. ♥

GOD MOD EKSEMHUD HOS BÅDE BØRN OG VOKSNE

LOCOBASE® REPAIR – DIT VÆRKTØJ MOD TØR HUD

Locobase® REPAIR er en fed creme, der hurtigt og effektivt reparerer tør og skadet hud på hele kroppen hos både børn og voksne. Fri for parfume, konserveringsmidler og farvestoffer.

Locobase® REPAIR fås på apoteket og deklareres i samarbejde med Astma-Allergi Danmark. Læs mere på www.locobaserepair.dk

ASTELLAS PHARMA A/S, KAJAKVEJ 2, 2770 KASTRUP. E-MAIL: KONTAKT.DK@ASTELLAS.COM

SUNDHEDSSTYRELSEN ORIENTERER

Brugen af kosttilskud, naturlægemidler eller homøopatiske lægemidler til mindre børn giver ofte anledning til spørgsmål

Det kan være om lovligheden, godkendelsen, hjælpestoffer, mærkningen eller om doseringen i forhold til voksendosis, eller det kan være mere generelle spørgsmål om holdning til at bruge kosttilskud eller naturmedicin til mindre børn.

Det er derfor nødvendigt at skelne mellem de produkter, der er markedsført som kosttilskud og de, der hører under lægemiddelområdet – naturlægemidler og homøopatiske lægemidler, da der er forskellige krav til mærkningen.

Kosttilskud

Kosttilskud reguleres af Fødevarestyrelsen og skal være anmeldt og følge de mærkningsregler, der gælder for kosttilskud, herunder indeholde den kendte advarsel "Bør kun efter aftale med læge eller sundhedsplejerske anvendes af gravide eller børn under 1 år". Se mere om mærkning af kosttilskud på: <http://altomkost.dk/fakta/kosttilskud/maerkning-af-kosttilskud/>

Naturlægemidler

Naturlægemidler er lægemidler, der skal være godkendt af Sundhedsstyrelsen. Naturlægemidler er godkendt efter bestemmelserne om "almindelig anerkendt

brug" på baggrund af publiceret videnskabelig litteratur og sikkerhed og effekt. Herudover skal naturlægemidlerne følge kvalitetskravene til (natur)lægemidler og være fremstillet på en virksomhed, der har Sundhedsstyrelsens tilladelse til at fremstille lægemidler. Naturlægemidlerne er oftest kun godkendt til voksne og kun yderst sjældent er der en godkendt dosering til mindre børn og generelt aldrig til spædbørn. Pakningerne skal være mærket med ordet "naturlægemiddel" samt den godkendte indikation og dosering og generelt følge kravene til mærkning af lægemidler. Der er ikke på naturlægemidler et særligt krav om, at de skal være mærket med en advarsel om ikke at bruge dem til små børn og spædbørn. Der er i stedet krav om, at naturlægemidlerne er mærket med sætningen "Bør ikke anvendes til børn under 2 år (eller i nogle tilfælde højere fx 6 år eller 12 år) uden lægens anvisning"

Homøopatiske lægemidler

Homøopatiske lægemidler er også lægemidler og ikke kosttilskud. Homøopatiske lægemidler er kendetegnet ved at være stærkt fortyndede (potenserede) opløsninger fremstillet ved en særlig homøopatisk

metode. Homøopatiske lægemidler skal være mærket med "Homøopatisk lægemiddel" og produkt navn, deklaration og andre oplysninger til identifikation af produktet – men ikke med en specifik advarsel om brugen til børn eller spædbørn. Et særligt forhold ved de homøopatiske lægemidler i dråbeform er, at de oftest har et ikke ubetydeligt alkoholindhold. Dette indhold skal være deklareret så det fremgår, at der fx er 25 % ethanol i dråberne.

Homøopatiske lægemidler skal være uskadelige. I Danmark er homøopatiske lægemidler primært anmeldt til Sundhedsstyrelsen, men ikke godkendt på baggrund af en egentlig vurdering fra sundhedsmyndighederne. Fremstillingen kontrolleres dog af Sundhedsstyrelsen i overensstemmelse med de generelle krav til fremstilling af homøopatiske lægemidler. Homøopatiske lægemidler har derfor generelt ikke en dosering, der er godkendt af sundhedsmyndighederne, men en dosering, der er fastsat af firmaet selv. Der er af samme grund ikke godkendt doseringer til børn og spædbørn. Anvendelsen til mindre børn og spædbørn kan derfor – og med baggrund i et evt. indhold af alkohol – ikke anbefales.

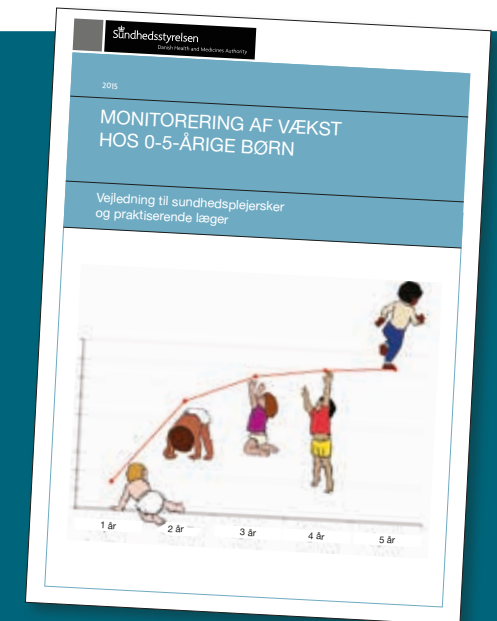
Ved spørgsmål kontakt venligst Steffen Bager på sb@dkma.dk

MONITORERING AF SMÅ BØRNS VÆKST I TRYKT UDGAVE

Den længe ventede publikation om monitorering af små børns vækst er nu også udkommet i trykt udgave. Bogen kan rekvireres hos Rosendahls Distribution på mail: sundhed@rosendahls.dk. Bogen er gratis, men der skal betales porto og ekspedition.

Der er også udgivet en pixi udgave af vejledningen, men denne er målrettet praktiserende læger og er i sin form ikke så velegnet til sundhedsplejersker. Vi skal derfor opfordre til, at I bruger den fulde udgave.

Spørgsmål om vejledningen rettes til specialkonsulent Tatjana Hejgaard på thv@sst.dk



Pjece om små flygtningebørns sundhed

Ved udgangen af året vil der udkomme en meget kortfattet pjece med centrale budskaber om små børns sundhed, målrettet flygtningefamilier med små børn. Teksten er udarbejdet i samarbejde med sundhedsplejerske Jytte Jensen fra Sandholmlejrens modtageafdeling og er oversat til fire sprog: engelsk, arabisk, somali

og farsi efter råd fra Jytte Jensen. Pjecen er gratis og kan rekvireres hos Rosendahl Schultz Distribution på sundhed@rosendahls.dk mod porto og ekspedition. Pjecen kan naturligvis også anvendes til spæd- og småbørnsfamilier, hvor der er sket familiesammenføring, hvor der er behov for oversat materiale.



Annette Poulsen

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

Bandagist Jan Nielsen – En verden fuld af muligheder

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

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





Sundhedsplejerskerne med Certifikaterne

NBO METODEN

Et vindue ind til spædbarnets før sproglige verden

Et essay fra Udkanten om at gribe muligheden for praksisudvikling

I foråret 2013 lancerede de regionale Familieambulatorier fælles temadage for sundhedsplejersker, barselssygeplejersker og jordemødre om de fatale konsekvenser for de børn og familier, der er rusmiddeleksponerede. I den forbindelse havde sundhedsplejerske Sigbritt Skovsby et spændende oplæg om NBO metoden, som et vindue ind til spædbarnets før sproglige verden. Oplægget vakte min interesse for at undersøge, hvad der ligger til grund for metoden og for at undersøge, om den kunne integreres i dansk sundhedsplejpraksis. Og det er hvad dette essay omhandler. Først en kort præsentation af, hvad NBO er for noget.

MERETHE VINTER, SUNDHEDSPLEJERSKE I THISTED KOMMUNE (TEKST)
LONE FØRBY HANSEN, LENA RØNSHOLDT (FOTO)

Hvad er NBO



NBO – the Newborn Behavioral Observations – er en enkel metode, hvormed sundhedsplejersken og forældrene sammen ser på, hvad spædbarnets adfærd kan fortælle om lige netop deres spædbarns behov. NBO er udviklet af professor dr. Kevin Nugent på Harvard Medical School i 90'erne ud fra NBAS: The Neonatal Behavioral Assessment Scale, som er en systematisk undersøgelse af det 0-2 måneder gamle barns adfærd og signaler. Dr. T.B. Brazelton havde tilbage i 1970'erne, sammen med et forsker-team udviklet NBAS, som med sin interaktive karakter også styrker relationen mellem forældre og barn. NBAS bliver især anvendt i sammenhænge, hvor spædbarnet er sårbart og udsat, og hvor NBAS kan afsløre såvel barnets styrker såvel som dets sårbarheder. NBAS er en meget omfattende undersøgelse og består af 56 delelementer med komplekse observationer integreret heri.

NBO er noget lettere at integrere i sundhedsplejpraksis med sine 18 delelementer, der undervejs kobles sammen til en helhedsforståelse af det individuelle spædbarn. NBO synliggør spædbørns sprog og adfærdsmæssige evner gennem en fælles (sundhedsplejerske og forældre) systematisk observation af spædbarnets adfærd. NBO er således ikke en test, men en måde at tolke og forstå spædbarnets adfærd i fællesskab med forældrene. Med udgangspunkt i de nævnte observationer kan sundhedsplejerskens praksis medvirke til at skabe stærkere relationer mellem forældre og barn på et meget tidligt stadium.



Borgmester Lene Kjeldgaard, Thisted Kommune overrækker diplomerne – her til sundhedsplejerske Bente Brogaard i den røde kjole.

NBO TIL THISTED – VEJEN DERTIL

Oslo 2013

I oktober 2013 deltog min kollega Dora Hvidtfeldt og jeg i en konference i Oslo om den perinatale mentale sundhed omkring graviditet, fødsel og barselstid. Masser af spændende oplæg herom med stor relevans for sundhedsplejersker. En af key-note speakerne var professor, dr. Kevin Nugent fra Harvard Medical School, som gav oplæg omkring NBAS og NBO. En anden oplægsholder var den norske psykolog, ph.d. Kari Slinning, som præsenterede, hvordan hun i samarbejde med R-BUP og norske universiteter udbyder uddannelsesforløb i NBO og NBAS. Igen et fremragende oplæg, der blev leveret med stor overbevisning om metodens styrke i relationsdannende sammenhænge.

Nordisk Marcé

Ved samme møde blev jeg valgt ind som en del af en fællesnordisk arbejdsgruppe: Nordisk Marcé, der har fokus på forskning, undervisning og praksis i relation til perinatal mental sundhed. Nordisk

Marcé er en gren af den internationale Marcé Society. Bestyrelsen i Nordic Marcé er sammensat af dygtige forskere fra de nordiske lande og så mig – sundhedsplejerske fra Thy.

København marts 2014

WAIMH, som står for World Association of Infant Mental Health, der i lighed med Marcé Society har en nordisk afdeling,

”NBO er således ikke en test, men en måde at tolke og forstå spædbarnets adfærd i fællesskab med forældrene”

som hedder NFSU. NFSU afholdt en konference i København i marts 2014, hvor jeg gav oplæg om mit arbejde i ”Familien I Vækst” (se Sundhedsplejersken august 2015). Her kom Kari Slinning og ph.d. på 97 år – stadig frisk og NBO og bak-

kede op om finansieringen hertil. Men betingelsen var, at NBO-forløbet skulle være i indeværende budgetår og helst passe med internatkurset d. 1. & 2. oktober 2015. Noget af en logistisk udfordring!

Swansea tur retur

I 2014 var jeg sammen med bestyrelsen i førømtalte Nordisk Marcé på en spændende tur til Swansea til en stor international konference med temaet: Creating Change in Perinatal Mental Health. Også ved konferencen i Swansea var der fokus på betydningen af at støtte de sårbare nybagte forældres relation til deres babyer – også selvom de fik terapi og hjælp for deres psykiske problemer. Herunder fik NBO igen fornyet relevans, da NBO netop er en eye-opener for forældrene for barnets signaler og behov, altså kan NBO sætte en positiv relationsdannelse i spil. Godt bekræftet herpå var kursen nu sat

mod vores egen NBO proces på internatkursus Slette Strand i oktober 2014.

Thisted 2014-15

Thisted Kommune er den første kommune i Danmark, hvor hele sundhedsplejen er certificeret i NBO – det er vi både glade og stolte over.

”Thisted Kommune er den første kommune i Danmark, hvor hele sundhedsplejen er certificeret i NBO”

Det lykkedes altså at få arrangeret et NBO kursus på vores årlige internat på Slette Strand i oktober måned. Inge og jeg knok-

lede med oversættelse af slides og mange mails og udfordringer med Brazelton i USA og UK ind over.

Kurset blev en god oplevelse med stort engagement fra hele gruppen – allerede d. 3. oktober startede sundhedsplejerskerne på øvelser og træning i NBO. Dette indebar indsendelse af NBO scoringsskemaer, forældrespørgeskemaer og en eksamensfilm, der skulle sendes til UK og derefter USA. Aldrig før har der været så megen samtale og debat om spædbarnets signaler og adfærd mellem os kollegaer.

Vi havde og har fortsat hver en NBO makker, som vi kunne sparre med og herudover var det muligt frit at kontakte Inge på mail eller Skype. Det var ikke uden udfordringer at blive tryk ved NBO, men alle sundhedsplejerskerne oplever NBO som en meningsfuld metode, der farver og inspirerer praksis. Vi har nu fået lavet en arbejdsgang, hvor NBO er lagt ind i Novax, dette har i særlig grad til formål fortsat at træne og skærpe sundhedsplejerskens observationer. Alle nyfødte og deres forældre møder nu NBO i etablerings- eller 3 ugers besøget som standard. Vigtigt er det dog at pointere, at NBO ikke er en test. Det er baby, der bestemmer, hvad NBO kan nå omkring i de nævnte besøg.

Health og interventionsstudie i NBO

Målet er, i takt med at NBO implementeres i danske sundhedsplejerske ordninger, at måle om det har positiv betydning for kontakten mellem forældre og børn, med andre ord at måle, om der er effekt af vores indsats. En forudsætning for at et evt. effektstudie i NBO kan blive en realitet er, at der er undervisning herom på dansk og i Danmark. Jeg er blevet meget opsat på at undervise i NBO, da jeg kan se, at der kan komme et samarbejde herom i spil med Inge Nickell. I marts måned drøftede jeg derfor muligheden for et samarbejde med Health i Aarhus v/lektor ph.d. Hanne

Kronborg, hvorvidt NBO kunne gøres til genstand for forskning inden en evt. implementering i flæng rundt omkring i landet. NBO i Thisted er således et pilotstudie, som kan være læringsplatform for et større studie. Hanne Kronborg har tilkendegivet positiv interesse for et forskningssamarbejde omkring NBO. Foran os venter en arbejdskrævende periode med projektansøgninger hertil fra fonde. Målet er at kunne gå i gang med et effektstudie foråret 2016.

Preston – Manchester maj 2015

I maj 2015 deltog jeg på privat basis sammen med 20 engelske sundhedsplejersker i det førnævnte NBAS kursus i Preston i Cumbria i UK. Og nu er jeg for nuværende udfordret på endnu en certificering – denne gang i NBAS. NBAS er meget ud-

fordrende, og jeg skal virkelig lægge mig i selen for at komme igennem. Såfremt det lykkes for mig, er det målet, at Inge og jeg kan undervise i NBO og være klar til foråret hertil. Men igen – mange sten skal endnu væk fra vejen, førend dette er en realitet.

Boston november 2015

Til november rejser jeg sammen med Inge Nickell til Boston – Harvard Medical School- for at deltage i et seminar for undervisere i NBO og NBAS fra hele verden. Fokus er NBO og NBAS in the future. Dr. Brazelton er en levende legende, og der skal ske et generationsskift over tid – et skift, der formentlig også vil indebære revidering af lærebøger og andet materiale til undervisningen.

Perspektivering

Dette essay skal slutte – men hvor eventyret om NBO og NBAS slutter for mig og for sundhedsplejen, ja, det vides ikke – forhåbentlig kan det ende med et effektstudie til gavn for forældre og spædbørn her i Danmark. ♥

”Målet er at kunne gå i gang med et effektstudie foråret 2016.”



”Vores Kit” – NBO kit: Den lille pose indeholder tre redskaber. 1) en lygte til brug for undersøgelse af barnets habituering til søvn. 2) en lille rød bold til visuel orientring mod genstande. 3) en rangle med majs-korn til auditiv og visuel orientering af lyd fra genstande. Dette udføres i samspil med visuel og auditiv orientering til stemme og ansigter.

medela

Hvordan kan du opretholde amningen i længere tid?

Medela har gennemført omfattende forskning for at forstå, hvad det er der sker under ammeperioden og har udviklet produkter som fungerer så naturligt og skånsomt som muligt.

Der kan findes mange årsager til hvorfor amning ikke er muligt. F.eks. i tilfælde hvor moderen ikke er i nærheden og barnet derfor skal mades af en anden. Det kan også handle om børn der fødes for tidligt, sygdom hos moderen eller barn eller på grund af ømme og sårede brystvorter.

Dette behøver imidlertid ikke betyde at barnet ikke kan tilbydes den næringsrige brystmælk.

Medela har udviklet et bredt udvalg af produkter for at støtte og lette moderen under denne periode. Produkterne er udformet for at efterligne den naturlige ammeoplevelse i alt fra pumpning til madning.

Pumpning og madning som støtter den naturlige ammeproces.

Medelas fokus på evidensbaseret forskning af børns naturlige diædafærd har ført til innovationerne 2-Phase teknologi og Calma.

2-Phase teknologien efterligner barnets naturlige sugemønster, med først en stimuleringsfase og derefter en langsommere rytme

for at pumpe mere mælk ud på kortere tid.*

Med Calma, den unikke madningsut til brystmælk, kan barnet spise, holde pause og ånde i sit eget, naturlige tempo. Mælken løber kun når der skabes et vakuum og barnet bruger samme sugeteknik som ved brystet. Dette er til stor hjælp når det gælder om at opretholde den naturlige diædafærd som barnet har ved brystet.* Derfor er det enkelt at veksle mellem brystet og flasken og tilbage til brystet igen.

//Monica Frisell Östergren, Leg.Barnmorska

* Henvisninger til vores forskning findes på www.medela.dk

NYSKILTE FÅR ELEKTRONISK VÆRKTØJSKASSE

Skilsmisser er hård kost for både de involverede familier og samfundet. Københavns Universitet og Egmont Fonden står bag nyt projekt, som skal hjælpe nyskilte igennem den svære proces det kan være at blive skilt.

Derfor lancerer Københavns Universitet og Egmont Fonden nu skilsmisseportalen. "Samarbejde efter Skilsmisse" eller blot "SES", som er en elektronisk værktøjskasse, en app og et online kursusprogram. 'SES' består af i alt 17 interaktive læringsmoduler, som giver både konkret viden om skilsmisser og praktiske øvelser, der kan hjælpe den nyskilte selv, fremme samarbejdet med ex-partneren og tage vare om evt. involverede børn. Fx kan den nyskilte lære at undgå de typiske faldgruber i skilsmisseprocessen, forstå egne og deres børns reaktioner og etablere et godt samarbejde med eks-partneren. Det hele kan udføres hjemmefra med en computer foran sig eller en smartphone i hånden, og løsningen er sammensat med et minimum af tekst og formidlet levende og i øjenhøjde. Herudover giver løsningen brugerne mulighed for at spørge andre skilte og eksperter til råds.

Afsender:

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Københavns Universitet

Kontaktinformation:

Psykolog og leder af Afdeling for Miljø og Sundhed
Gert Martin Hald, tlf. 28 73 13 17

Psykolog og ph.d.-studerende
Søren Sander, tlf. 40 40 14 00



Rettelse til artiklen "Børns gode toiletvaner" i blad nr.5

Ved en fejl er medforfatter til en af de brugte dokumenter til artiklen sundhedsplejerske Dorthe Æbelø "faldet ud", hvilket forfatterne til artiklen beklager.

Modermælkserstatnings oversigt:

Det kan være en jungle som sundhedsplejerske at navigere i viden om modermælkserstatninger.

På vores hjemmeside **sundhedsplejersken.nu**, kan I finde en oversigt udarbejdet af sundhedsplejen i Århus kommune.

Gå ind på hjemmesiden, klik på venstre side: Børn 0-5 år, Mad og måltider, der finder du oversigten.

NY RÅDGIVNING TIL DE HELT UNGE MELLEM 10 OG 15 ÅR:

De 10-15 årige har brug for gode svar på deres spørgsmål om det spirende ungdomsliv og krop, pubertet, følelser både i den virkelige verden og online. Sex & Samfund er på vej med ny rådgivning til børn, der ikke længere helt er børn, men heller ikke er helt unge endnu.

Den nye rådgivning lanceres i begyndelsen af 2016 og tilbyder rådgivning via chat, telefon og brevkasse.



NÆSTE DEADLINE FOR
MATERIALE TIL
SUNDHEDSPLEJERSKEN:
11. JANUAR 2016

Skriv til redaktor@fsio.dk eller
tineloemann@fsio.dk

Far i fokus

VIDEN OM FÆDRE I DANMARK 2015

En central opgave for sundhedsplejersken er at støtte op om fædres omsorgsidentitet.

JULIE ELLESØE JESPERSEN OG IDA STORM, CENTER FOR BØRNELIV (TEKST)
COLOURBOX, IDA STORM, PRIVATFOTO (FOTO)

Far er kommet mere på banen i familien. Han er oftest med til fødslerne og han er blevet mere synlig for sundhedsplejersker – både i forbindelse med besøg i hjemmet og de mange forældrekurser, der udbydes i flere og flere kommuner. Men hvem er far og hvad er egentlig hans behov? Denne viden kræver ubetinget opbyggelse af en relation til familien. Du kan også blive klogere i denne artikel, som er baseret på Center for Børnelivs forskningsbaserede og tværfaglige vidensopsamling om moderne fædre. Her får du et sammendrag af de mest centrale pointer i forskellige fags forskningsbidrag – med fokus på far.

Far er med til fødslen

Fædres engagement i børneomsorgen i familien er under forandring. I det store perspektiv ses udviklingen ved, at flere fædre bruger mere tid på børneomsorg i dag sammenlignet med for 20 år siden (1). Langt de fleste fædre er med under fødslen i dag – selvom de kæmper med at finde en maskulin, legitim og jævnbyrdig rolle på fødestuen og i mødet med jordemødre og sundhedsplejersker (2).

Far i krise

Et større engagement i børneomsorgen betyder også, at fædre i dag bliver ramt af nogle af de samme kriser, som tidligere blev tilskrevet mødre. Et eksempel på dette er fædres fødselsdepression. Mænd, der udvikler en depression i forbindelse med at blive far, kæmper ofte med ambivalente følelser om, på den ene side at ønske nærhed til barnet, og på den anden side at holde afstand i et forsøg på

at bevare egen autonomi. Fædre med fødselsdepression har en tendens til at søge tilflugt i overarbejde, overdreven træning og i værste fald i stof- eller alkoholmisbrug. Som en reaktion på fødselsdepressionen ender mange fædre med at isolere sig socialt og har svært ved at søge hjælp. Hvis faren får den hjælp han behøver, f.eks. ved at starte i et terapiforløb hos en psykolog, så forøger det hans chancer for at komme igennem sin depression (3).

Pionerfædre

En anden tendens der ses i moderne familier er, at flere fædre selv gør en aktiv indsats for at prioritere familielivet højere. Disse 'pionerfædre' kan blandt andet

”Flere fædre gør selv en aktiv indsats for at prioritere familielivet højere”

finde på at gå ned i tid, at lægge karrieren om eller foretage andre markante valg, der gør det muligt at få en tættere relation til deres børn. De møder modstand eller skepsis, både fra venner og kollegaer, men også i mødet med det offentlige system. Mange fædre oplever, at myndighederne primært henvender sig til mor, når parret er blevet forældre, og det gør det sværere for far at indtage den aktive rolle i familien, som han ønsker (4).

Næsten ingen barsel til fædre

Et andet forhold, der udfordrer fars muligheder for ligestilling med mor i

familien, er den manglende øremærkning af barsel til fædre (5). Mens mødre er sikret månedsvis af tid med spædbarnet, afhænger fædres muligheder i sidste ende af, om kulturen og ledelsen på hans arbejdsplads anerkender fædres ret til barsel eller ej (6). Og resultatet er, at Danmark ligger på en nordisk sidsteplads, når det gælder fædres barsel og dermed fædres tid til og mulighed for at opbygge nære relationer til deres børn helt fra begyndelsen (7).

Fædre omsorg støtter familien

Når først et valg om større engagement i børneomsorgen er truffet, så kan det gavne fædres forældreskab på flere måder. De engagerede fædre bliver nemlig ikke så ofte skilt – og hvis de bliver det, har de bedre muligheder for at opnå delt forældremyndighed og et vellykket forældresamarbejde (8).

Social slagside

En samlet tendens i den nyere forskning er, at moderne faderskab bærer præg af en tydelig social slagside. De meget engagerede fædre er oftest højtuddannede og velstillede, mens fædre i familier der er dårligere stillet, ikke ser ud til at engagere sig mere i deres børn end hidtil. Værst står det til blandt familier, der befinder sig i de laveste socialgrupper, hvor børnene oplever den mindste grad af fortrolighed med deres fædre i sammenligning med børn i andre socialgrupper (9). Efter en skilsmisse har velstillede fædre også meget lettere ved at bevare relationen til børnene end socialt og økonomisk udsatte fædre (8). ↘



Ida Storm – Projektleder hos Center for Børneliv.

Etniske fædre er udfordret

En gruppe fædre, der ofte har problemer i forhold til samværsordninger og forældresamarbejde efter en skilsmisse, er fædre med ikke-vestlig etnisk baggrund, og dette aktualiseres af, at skilsmissetallet stiger i disse familier. Fædrene forsvinder oftere ud af familien – enten fordi deres perifere plads i familien medfører et autoritetstab, som de har svært ved at leve med, eller fordi de mangler økonomiske eller omsorgsressourcer til at tage vare på børnene i hverdagen (10).

Opsamlig

Den generelle tendens er, at fædre gerne vil engagere sig mere i børneomsorgen end tidligere i historien, men at barselslovgivningen, arbejdspladsen og ikke mindst sundhedssystemet kan udfordre mange fædres muligheder for at foretage den ønskede bevægelse – fra familiens periferi til dens midte. En central opgave for sundhedsplejersken er at støtte op om fædres omsorgsidentitet. Det kræver en tillidsrelation til far og spørgsmålet er,

hvordan sundhedsplejersken bedst kan opbygge sådan en relation? Forskning anslår, at mange mænd har behov for at bestemme selv og løse problemer på egen hånd (2) – behov der ofte overses i en kvindedomineret sundhedssektor. Derfor bliver mændenes udfordring i deres møde med sundhedsvæsenet at finde en balance mellem negativ isolation og positiv autonomi (11, 12). For at kunne støtte denne balanceakt hos fædre, må sundhedsplejersken være nysgerrig og for at forstå fædre må hun søge viden – hos fædrene selv, gennem egne erfaringer og ikke mindst hos fagfæller eller andre faggrupper. På Center for Børnelivs hjemmeside vil du kunne finde referater af den forskning, som artiklen henviser til. Centeret er også i fuld gang med at samle indsatser målrettet fædre. I en indsats-oversigt på centerets hjemmeside kan du hente inspiration fra andre – kommuner, regioner eller private og frivillige aktører – hvis din arbejdsplads vil skærpe et fokus på far. ♥



Julie Ellesøe Jespersen – studentermedarbejder hos Center for Børneliv

Fakta

Center for Børneliv arbejder på at samle viden om kommunale, regionale, private og offentlige indsatser målrettet fædre.

Find mere viden på www.centerforboerneliv.dk – og skriv til Center for Børneliv, hvis du kender til en indsats målrettet fædre: deldinviden@centerforboerneliv.dk

KILDER

1. Bonke, Jens 2009: "Forældres brug af tid og penge på deres børn". Odense: Rockwool Fondens Forskningsenhed, Syddansk Universitetsforlag.

2. Hasman, Kirsten, Hanne Kjaergaard & Bente Appel Esbensen 2014: "Fathers' experience of childbirth when non-progressive labour occurs and augmentation is established. A qualitative study". Sexual & Reproductive Healthcare, 5, nr. 2: 69-73

3. Madsen, Svend Aage & Adrienne Burgess 2010: "Fatherhood and Mental Difficulties in the Postnatal Period" i Conrad, David & Alan White (red.): Promoting Men's Mental Health. Cornwall: Routledge

4. Nielsen, Steen Baagoe & Allan Westerling 2015: "Fathering as a learning process: breaking new ground in familiar territory" i Eydal, Guðný Björk & Tine Rostgaard (red.): Fatherhood in the Nordic Welfare States. Comparing care policies and practice. Bristol, Policy Press

5. Borchorst, Anette 2015: "Mor, far, staten og små-børnene" i Borchorst, Anette & Drude Dahlerup (red.) (forthc.): Før og efter Stemmeretten. Køn, demokrati og velfærd. København: Frydenlund Academic.

6. Bloksgaard, Lotte 2015: "Negotiating leave in the workplace: leave practices and masculinity constructions among Danish fathers" i Eydal, Guðný Björk & Tine Rostgaard (red.): Fatherhood in the Nordic Welfare States. Comparing care policies and practice. Bristol, Policy Press

7. Eydal, Guðný Björk, Ingólfur V. Gíslason, Tine Rostgaard, Berit Brandth, Ann-Zofie Duvander & Johanna Lammi-Taskula 2015: "Trends in parental leave in the Nordic countries: has the forward march of gender equality halted?". Community, Work & Family, 18, nr. 2: 167-181

8. Ottosen, Mai Heide 2015: "The long-term impacts of early paternal involvement in childcare in Denmark: what happens after nuclear family dissolution" i Eydal, Guðný Björk & Tine Rostgaard (red.): Fatherhood in the Nordic Welfare States. Comparing care policies and practice. Bristol, Policy Press

9. Rasmussen, Mette, Trine Pagh Pedersen & Pernille Due 2015: "Skolebørnsundersøgelsen 2014". København: Statens Institut for Folkesundhed: Syddansk Universitet

10. Liversage, Anika: "Minority ethnic men and fatherhood in a Danish context" i Eydal, Guðný Björk & Tine Rostgaard (red.): Fatherhood in the Nordic Welfare States. Comparing care policies and practice. Bristol, Policy Press

11. Reinicke, Kenneth (2006): Mand? Rapport om forsknings- og praksiserfaringer vedrørende mænd i krise. Udarbejdet for Mandecenteret. <http://mandecenteret.dk/wordpress/wp-content/uploads/2012/02/2008-M%C3%A6nd-i-krise-Kenneth-Reiniche.pdf>

12. Simonsen, Simon Sjørup (2004): Ronkedorfænomenet – konstruktioner af sundhed, sygdom og maskulinitet, Syddansk Universitet.

MAM Manual Breast Pump

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 naturtro sut, som gør det let at skifte mellem amning og flaske.

Brystpumpen fås hos udvalgte apoteker og butikker med babyudstyr.

Bestil en brystpumpe gratis på bvc@bambino-mam.se

Har du spørgsmål, er du velkommen til at ringe til vores sygeplejerske Evelina Rosén på telefon +46 8 545 180 70.

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





BØRN & SØVN

”Hvad er det jeg gør galt?”, ”Hvorfor vil mit barn ikke sove?”, ”Er der noget galt med mit barn?”. Når det lille barn ikke vil sove, så bliver forældre fortvivlede. Der er ikke noget, de hellere vil, end at hjælpe deres barn til en god søvn. Det er rigtig hårdt at have et barn, som har svært ved at falde i søvn eller som vågner mange gange hver nat.

HELEN LYG HANSEN, SUNDHEDSPLEJERSKE, NETSUNDHEDSPLEJERSKE (TEKST)
COLOURBOX, PRESSEFOTO AF HELEN LYG HANSEN (FOTO)

Der findes ikke én metode
Spørgsmål om søvn fylder rigtig meget i min brevkasse. Mere end 6000 spørgsmål handler udelukkende om søvnvaner. Mange forældre efterlyser en bestemt metode eller opskrift at følge – men børn er forskellige og har forskellige søvnproblemer med forskellige årsag. Derfor findes der ikke en universel opskrift, som virker på alle børn og alle søvnproblemer. Når jeg skal hjælpe børn og forældre til en bedre søvn, så stiller jeg 5 spørgsmål:

1. Har barnet et reelt søvnproblem?
Hvor meget kan barnet forventes at sove? Det kan være svært for forældre at vurdere, hvor meget barnet i en given

alder kan forventes at sove. Derfor er det første, jeg gør, altid at vurdere, om barnet sover et passende antal lure i døgnet og har et samlet antal søvntimer svarende til barnets alder. Måske har barnet ikke et søvnproblem. Måske handler det om, at man har urealistiske forventninger til barnet, eller at barnet blot sover på ”uønskede” tidspunkter, hvor man havde regnet med at have ”voksentid” i stedet for ”familietid”.
Er problemet forbigående? Det er naturligt at børn i perioder, hvor de f.eks. er syge, vil sove dårligt. Et barn som f.eks. er forkølet, vil ofte sove dårligt fordi luftvejene lukker til, barnet har måske lidt feber osv. Det er for mig ikke et søvnproblem, men snarere et forkølelsesproblem. Jeg

går ud fra, at når barnet igen er rask, så vil det sove fint.

2. Hvori består søvnproblemet?
Hvis barnet har et reelt søvnproblem, er det vigtigt at få præciseret, hvori problemet består. Det er ikke tilstrækkeligt at sige, at barnet sover ”dårligt”, ”for lidt” eller ”vil ikke sove”. Det er vigtigt at finde ud af, om barnet ikke vil sove alene, kun vil sove ved amning eller om det f.eks. vågner flere gange og om det sker i særlige situationer. Børns søvnproblemer kan inddeles i følgende hovedgrupper:
Søvnassociationsproblemer. Det er, når barnet er blevet uhensigtsmæssig afhængig af bestemte handlinger eller ritualer for at kunne sove. Det er helt natur-

ligt, at børn har brug for faste ritualer, genkendelighed giver tryghed og hjælper barnet med at sove godt – men der findes gode og mindre gode søvnassociationer. De mindre gode er f.eks. hvis barnet er afhængig af bryst eller flaske for at kunne sove, og derfor vågner hver time for at få mælk. De gode søvnassociationer er gode, fordi de hjælper barnet til på sigt at kunne komme videre i søvnen uden hjælp. Det kan f.eks. være kærtegn, beroligende ord og en putteklud.
Søvnrytmeforstyrrelser. Det er når barnet f.eks. vågner meget tidligt om morgenen eller ikke er til at drive i seng om aftenen. Det kan også være børn, der sover alt for meget om dagen og sover for lidt om natten – eller omvendt – sover alt for lidt om dagen og sover for lang en nattesøvn. Også børn der vågner, men tydeligvis ikke er udhvilede, og som kun sover halve timer af gangen, kan have en søvnrytmeforstyrrelse.

Søvnafbrydelser. Det er, når barnets søvn bliver afbrudt, så barnet ikke får sovet så meget, at det kommer igen – nem de forskellige stadier af søvnen. Det kan være børn, der gennem længere tids sygdom og smerter vågner igen og igen – f.eks. børn med kronisk mellemørebetændelse, børn med astmatisk bronchitis, søvnapnø mv. Barnet forbinder det at sove med smertejag fra ørerne eller vågner igen og igen, fordi det hoster hele natten. Det kan også være børn, der lider af f.eks. natteskræk eller mareridt.

3. Hvad betyder barnets alder for søvnen?
Når jeg har fundet ud af, hvori søvnproblemet består, ser jeg på barnets alder. Det er vigtigt både for at finde den bagvedliggende årsag til søvnproblemet og for den løsning der skal anvendes. Det er normalt, at børn i perioder vil udvikle sig så meget både fysisk og mentalt, at det vil

påvirke deres søvn. Der er således tale om helt bestemte perioder i barnets liv, hvor det vil være mere reglen end undtagelsen, at barnet sover dårligt.
Det kan f.eks. være barnet, der i 8-10 måneders alderen begynder at kravle. Barnet vil ofte lægge sig i kravlestilling i søvne og græde og være frustreret. Barnet har en søvnafbrydelse på grund af den motoriske udvikling, det gennemgår. Samtidig forstår børn i denne alder ikke, hvor mor og far er, når de forlader værelset og barnet kan derfor føle sig forladt og alene. Derfor vil jeg i denne situation blandt andet råde forældrene til at hjælpe barnet til at blive lagt ned, falde til ro og nogle gange også sidde hos barnet.

4. Hvilken rolle spiller barnets rytme på søvnen?
Jeg ser også altid på, hvordan barnets rytme er. Et barn vil naturligt have perioder, hvor det sover og perioder, hvor det

Den 1-årige efteruddannelse som småbørnskonsulent

Et unikt tilbud:

- 16 undervisningsdage med de største faglige kapaciteter i Norden på småbørnsområdet; **Kari Killén** som gennemgående underviser og Margaretha Bröden, May Olofsson og Dag Ø Nordanger som gæsteundervisere.
- Du får en teoretisk indføring i nyeste viden inden for graviditet, tilknytning og småbørnsområdet 0-6 år.
 - Du får en særlig indsigt i brug af konkrete metoder fx AAI, IWMC, IA og Care Index med et særlig fokus på sidstnævnte.
 - Du bliver trænet via faglig supervision at kunne lave observationer, interventioner og få styrket din rolle og integritet.

Hold 9 starter d. 14. marts 2016. Ansøgningsfrist d. 16. januar 2016.

Bemærk kun 20 pladser pr. hold - Læs mere på **Cenku.dk**



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



er vågen – det man kalder for søvnfaser og vågenhedsfaser. Derudover har barnets rytme betydning for det indre ur – den cirkadiske rytme. Denne rytme er blandt andet afhængig af hormoner og kropstemperatur, men den er også afhængig af, hvornår barnet spiser og hvad barnet spiser. Lys, aktiviteter, hvornår barnet leger, og hvordan barnet aktiveres, har alt samme betydning for barnets rytme og dermed for barnets søvn.

5. Kan andre forhold have betydning for barnets søvn?
Det spiller også ind, hvordan historien er, hvad er det for en fortælling, der ligger

bag familiens problemstilling og barnets søvnproblem? Har barnet f.eks. være indlagt og været meget syg, har der været store skift i barnets liv – institutionsstart, søskende, skilsmisse eller andet – alt sammen spiller det ind.
Børn er også forskellige og har forskellig personlighed og forskelligt temperament. Det er vigtigt at vurdere, om der er tale om et forsigtigt og meget følsomt barn, som ikke tåler særlig meget uro omkring sig, og som det kan være svært at aflæse, eller om det er et lidt mere robust barn, der sender meget tydelige signaler om, hvornår det er træt, sulten, vil lege eller andet.

På samme måde spiller det ind, hvordan forældrene er. Hvordan er de blevet opdraget, hvordan faldt de selv i søvn, da de var børn – hvad har de med sig i bagagen? Det spiller naturligt også ind, hvordan forældrene har det nu. Hvordan fungerer hele familien, søvnen, dagligdagen? Måske har en af forældrene været syg gennem længere tid og overskuddet i familien er derfor minimalt.
Når jeg skal vurdere, hvorvidt et barn har et søvnproblem, hvad problemstillingen er, og hvordan man derfor skal handle for at løse problemet, så ser jeg altså på rigtig mange faktorer. Det handler derfor ikke kun om barnets alder eller om at indføre en fast metode og køre striks efter den. Helheden og fornemmelsen for barnet, for hele familien, er vigtig for at finde den rigtige løsning.
Hvis man stiller sig de 5 spørgsmål, er man godt hjulpet på vej til en løsning. Derudover kan man læse mere i min bog ”Helens bog om børn og søvn”, udgivet på Gads Forlag.

Bogen findes her:
www.netsundhedsplejerske.dk/presse ♥



”To hjem én familie”

Spørgsmål og kommentarer til bogen

HANNE SØNDERGAARD JENSEN, BØRNESAGKYNDIG RÅDGIVER, KLINIKKEN I NYHAVN (TEKST)

Efter henvendelse fra ”Fagligt selskab for Sundhedsplejersker” skal jeg forsøge at svare på nogle af de spørgsmål, I har stillet mig – på baggrund af min bog ”To hjem én Familie”.
Noget om børns reaktioner på forældrenes brud/skilsmisse – alt efter alder og modenhed. Noget om 7/7 deleordninger og fra hvilken alder kan små børn begynde at være i deres to hjem hos henholdsvis mor og far.
Børns reaktioner på forældrenes brud/skilsmisse – alt efter alder og modenhed
Udgangspunktet er ofte svært – særlig for de forældre, der ikke kender hinanden

og kun har en kortere eller længere tids erfaring som par. Parret kender ikke sig selv og den anden som forælder. Et svært udgangspunkt når der skal aftales samvær mellem faderen (som hyppigst er samværsforælder) og det spæde barn.
Små børns reaktioner
Nogle børn er mere følsomme end andre. Børn kan reagere ved at bliver mere stille/indadvendte – andre igen bliver mere udad reagerende. Sårbarheden kan vise sig i form af let til gråd, let til vrede, klynkende adfærd og en tendens til at hænge på mor/far mere end ellers. Er det lille barn begyndt at sove i egen seng, vil barnet nu igen sove sammen med mor/far. Små børn bliver ofte mere trygheds

søgende og skal sikre sig at ikke begge forælder ”forsvinder”. Generelt ses også at børn ikke kan klare at den ene eller begge forældre er ude af syne eller er ”væk” i kort tid.
Overnævnte er et lille udpluk af små børns reaktioner på brud og reaktioner på at en forælder er ”forsvundet”. Derfor er hyppige og kortvarige samværsforløb en god start så barnet/forælder ikke skal i gang med en kontaktetablering hver gang – som var det forfra.
Samværsproblematikker generelt set
Børn er sat på en mere eller mindre ”hård prøve” når barnet skal rumme sine 2 hjem.
Mit udgangspunkt er meget inspireret af en gruppe norske børnesagkyndige, der har udarbejdet en pjece om ”Samvær for de 0 til 3 årige”.
Derudover har jeg i egen praksis men også gennem mange år i Statsforvaltnings systemet set mange sager, hvor man skal ”løbe” et samvær i gang. ↘

Fakta

Hanne Søndergaard Jensen har været ansat i statsforvaltningen som Børnesagkyndig i mere end 30 år. Bogen ”To hjem én familie” bygger på hendes observationer og de erfaringer, hun har gjort sig i sin rådgivning af skilsmisseramte familier. Bogen er desuden baseret på mange interviews med børn og forældre.

Helen Lyng Hansen



Det lille barn er meget afhængig af den tidlige og dybe tilknytning til moderen – men også til faderen. Derfor er ro og forudsigelighed vigtige elementer. Amning spiller en stor rolle og udelader delvist eller begrænser faderens adgang til barnet. Det er ligeledes vigtigt at anspændthed og konflikter holdes ude, når der skal være samvær.

Det helt spæde barn kan sagtens være hyppigt sammen med sin far – hvis forholdene er til det, men det skal være 100 % på spædbarnets præmisser.

Typisk ses at faderen har samvær af få timers varighed. To til tre timer hver 2. eller hver 3. dag. Der skal opbygges en kontakt mellem samværsforælderen og barnet. Dette sker nogle gange med mere eller mindre accept af moderen. De forældre jeg møder i privat praksis er meget samarbejdsvillig og vil selv forsøge at ”strikke noget sammen”. Disse forældre får som hovedregel et ganske godt samvær etableret.

Sager i Statsforvaltningen
Når man møder disse sager i Statsforvaltningen, er forældrene ofte meget uenige om omfang og hyppighed af samvær.

Her vil man forsøge at få forældrene til at indgå aftaler om hyppigt samvær – måske hos andre familiemedlemmer, hvor moderen er i nærheden. Igen begrænses det af amning, barnets egen skrøbelighed/sårbarhed og hvordan samværet udfolder sig og hvordan barnet trives med det.

Efter en periode med dagsamvær af nogle timers varighed – vil man typisk gå over til hele eller halve dage. Også 2 måske 3 gange om ugen. Typisk en søndag og hver tirsdag og torsdag.

Overnatning
Når barselsperioden løber ud og faderen måske også har taget barsel i en 14 dages periode, kan man begynde at se på en enkelt overnatning. Jeg plejer at sige 1 til 2 år – 1 til 2 overnatninger, og 3 til 4 år

– 3 til max. 4 overnatninger. Der kan 4 overnatninger være 2 x 2 over en 14 dages periode.

F.eks. 1. uge fredag til søndag og igen uge 2 onsdag til fredag, hvis de konkrete forhold taler for det. Herefter kan ”hente bringe situationen” foregå via vuggestuen og senere børnehaven. Så bliver forældre, der synes, det er svært ikke ”tvunget” til at mødes. Kun søndag ved aflevering.

Ser man på ferieperioder kan en 3 årig godt rumme 4 til 5 dage og en 2 årig kan rumme 3 til 4 dage.

Samværet skal foregå i stabile ramme og med meget genkendelighed for det lille barn. Faste rutiner og andre trygheds-skabende faktorer så som at putte barnet, skifte barnet og made barnet samt tæt og nær forælder/barn kontakt er vigtige.

7/7 ordning
Hvornår kan børn klare en 7/7 ordning. Dette er kun undersøgt for skolebørn og her henvises til pjecen fra SFI og ”Kort og klart om deleordninger”.

I egen praksis har jeg mødt forældre, der deler de 7 dage op og her er der tale om 4 til 6 årige børn. Fordi netop disse forældre er meget fokuserede på deres barns behov, så ser jeg at disse samværs-former kan fungere for børn fra 4 eller 5 års alderen.

Hele tiden skal man huske på, at de hyppige skift forudsætter:

- At man tager hensyn til, om man har et robust/følsomt barn
- At der er et godt samarbejde mellem forældre.
- At hjemmene er ret ens i holdninger til spisetider/putte rutiner og regler mv.
- At forældrene bor nær hinanden, og at barnet ikke trættes af lang transport tid.
- At forældrene ingen – eller næsten ingen konflikter har, og at barnet ikke mærker evt. mindre uenigheder.
- At forældrene ikke udviser negativ attitude i relation til den anden forælder.

- At forældrene hjælper hinanden ved sygdom/kurser/arbejdsrelaterede ting.

Deleordning f.eks. 7/7 er måske noget man kan aftale for en periode i barnets liv – ikke at det bør være permanent.

De to hjem er således en realitet for helt små børn fra 1 – 2 års alderen og frem. ♥



Læs mere

Google: Norsk psykolog forening, ”Samvær 0-3 – anbefalinger om samvær for de mindste barna etter lov om barna og foreldre”

Samværsguide – råd til forældre om samværs-aftaler

Anmeldelser



FORBRUGERRÅDETS APP – TÆNK BABY

Forfatter: Forbrugerrådet Tænk
Pris: 99 kr.
Anmelder: Sundhedsplejerske Louise Blåholm, Esbjerg Kommune

.....

Fin app til gravide og nybagte forældre

App'en er lavet som et tablet-magasin, der indeholder en samling af forbrugerrådet Tænks babymateriale. Den er opdelt i tre dele, hvoraf første del indeholder 6 test af bl.a. autostole, bæreseler/slynger, barnevogne, babysalve, baby-lotion og vådservietter.

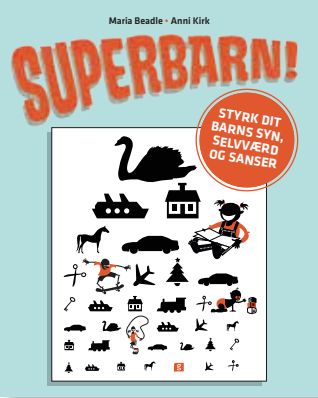
Testene er lavet af Forbrugerrådet Tænk, og de er opstillet i overskuelige skemaer, hvor der gives point ud fra tingenes egenskaber. Det er beskrevet, hvordan testen er udført, og der beskrives både udstyrets gode og dårlige egenskaber. Herudover indeholder app'en artikler. Artiklerne omhandler uddybende beskrivelse af testresultater og evt. testpersonernes opfattelse af testmaterialet. De omhandler også Forbrugerrådet Tænks information om anvendelse af brugt babyudstyr, transport af børn og meget andet.

Den tredje del af app'en omhandler Forbrugerrådet Tænks ”Gode råd” til en god start med baby. Efter alle artikler sluttet der af med gode råd omkring udstyret. Rådene er lavet i samarbejde med fx læge, sundhedsplejerske eller ergoterapeut ud fra gældende regler og love.

App'en er let læselig med gode tydelige skemaer og billeder. Den er nem at finde rundt i, da den har en god og overskuelig indholdsfortegnelse. Fra denne kan man klikke sig rundt til de næsten 100 sider med forskellige test, artikler eller gode råd, man måtte finde relevant. Ved hver test og artikel kan man også klikke sig videre til emner i samme kategori eller retur til indholdsfortegnelsen.

Alt i alt en overskuelig app med relevante oplysninger for familier, som skal købe babyudstyr eller ønsker gode råd om den første tid med et spædbarn. Min oplevelse er, at emnerne er relevante, og testene er grundigt udført. Jeg vil vurdere, at app'en mest henvender sig til dem, der er interesserede i uvildige test af babyudstyr, da der findes mange gratis alternativer til gode råd om spædbørn. ♥

Anmeldelser



SUPERBARN! STYRK DIT BARNS SELVVÆRD OG SANSER

Forfattere: Maria Beadle og Anni Kirk
Forlag: Gads forlag
Udgivelsesår: 2015
Sideantal: 207
Pris: 249,95 kr
Anmelder: Inger Bünger, sundhedsplejerske

Om bogen:
Titlen på bogen er både fængende og lidt provokerende. Hvem vil ikke gerne se opskriften på at få et superbarn. Bogens forfattere er henholdsvis optometrist og folkeskolelærer og har arbejdet i årevis med de metoder, der beskrives i bogen.

Bogen er en håndbog, der henvender sig først og fremmest til forældre til børn i 0-12 års alderen. Den lover allerede på side 1, at du med den rette stimulation kan få ”et barn, der er socialt velfungerende og strutter af selvværd, er i kontakt med sin krop og sine sanser, og som klarer sig godt i skolen.”

Udgangspunktet for at skrive bogen er at få flere glade børn. Forfatterne har set alt for mange børn med dårlig motorik, nedsat sansebearbejdelse, nedsat samsyn, dårligt selvværd og sociale og indlæringsmæssige vanskeligheder. Og den udvikling vil forfatterne gerne vende!

Bogen beskriver barnets udvikling fra 0-12 år i de indledende afsnit. Undervejs er der forslag til, hvordan barnet stimuleres bedst på det pågældende alderstrin. Der er undervejs checkskemaer, så man kan se, om ens barn har områder, der mangler stimulation. Disse kan også være brugbare for fagpersoner som lærere og sundhedsplejersker.

Der er et stort fokus på udvikling af motorik, sanser og sanseintegration, syn og selvværd. Der er ikke så meget nyt i forhold til den vejledning, vi giver forældre i det første leveår. Det er velskrevet og velbegrundet med eksempler fra dagligdagen. Til gengæld har forfatterne udeladt vigtige områder som bl.a. amning, søvn og ernæring, og det synes jeg derimod er en mangel i første del af bogen, hvor netop disse områder har stor betydning for barnets udvikling. Der har også set med sundhedsplejerskeøjne indsneget sig flere fejl. Det er f. eks. ikke først i 2-4 mdr's alderen, at det handler om at lære sit barn at kende. Men ønsker man en håndbog i at stimulere sit barn med fokus på syn, hørelse, motorik og sanseintegration, så er her især til de større børn god inspiration med lege, øvelser m.m. der alle kan laves i dagligdagen og som styrker barnets indlæringssevne og trivsel i skolen. ♥

GIV DIG TID, MOR

Forfatter: Mette Hyldgaard Skovmose
Forlag: e-bog
Udgivelsesår: 2015
Sideantal: 82 sider
Pris: 199 kr.
Anmelder: Liselotte Orry Amby, sundhedsplejerske

Om bogen:
”Giv dig tid, mor”, er en bog om de store følelser, der opstår i forbindelse med moderskabet. Da forfatteren Mette Hyldgaard Skovmose som 27-årig bliver mor, bliver hun overvældet af de følelser, der kommer frem. Hun oplevede det som tabu at snakke om dem, og at de store følelser ret hurtigt blev betegnet som en efterfødselsreaktion – og dermed problematisk. Hun oplever også et sammenstød mellem hendes intuition, hendes kropslige instinkter og de samfundsmæssige normer, som hun er bærer af.



Siden fødslen af Mettes første barn har hun snakket med og interviewet kvinder, og taget uddannelser og kurser for at få et klarere billede af, hvad der skete, da hun blev mor. Det er her 10 år efter blevet til en e-bog. Bogen er et skift mellem Mettes egne oplevelser, mødres fortællinger, og fagkvinder – bl.a. psykolog, jordmoder og yogalærer, der har hver deres vinkel at byde ind med.

Mettes fokus er, at det at blive mor er en universel ting, som i vores samfund i dag har mistet sin oprindelige værdi og plads. Hun pointerer, at vi lever i et samfund, hvor de maskuline værdier som effektivitet, målrettethed mm., er dem der fremelskes og anses som de vigtigste. De bløde feminine værdier, man kommer i kontakt med og skal benytte sig af – hvis man mærker efter i graviditeten og den første tid efter fødslen – er helt andre, end de samfundsmæssige opprioriterede.

Hun snakker om, at vi netop skal ”give os tid nok”, for at kunne blive den nærværende mor og skal kunne mærke os selv og tillade os sårbarhed, for herved at kunne tage et lille barn ind under huden.

Vinklen er her, at det ER en universel udvikling at få store følelser ved graviditet og fødsel og ikke den ENKELTE, der har fået en efterfødselsreaktion. Vi reagerer alle i større eller mindre grad. Mange af os har lært, at det ikke er ok, at have store følelser og kommer så til at føle os forkerte.

Mette kommer med bud på, hvordan nogle kvinder ikke lytter til sig selv og derfor bliver hønemødre, ravnemødre eller superkvinder i deres moderskab. ”Superkvinder” er de kvinder, der gerne vil leve op til at være perfekt på alle fronter: en god mor, en god kæreste, en god veninde, sund kost og gode motionsvaner, et pænt hjem mm. Superkvinden er nok den mest synlige i vores samfund og passer ind med de maskuline værdier, der netop er populære i vores samfund.

”Superkvinden” går igen i mange fortællinger, hvor kvinder overhører kroppens signaler i lang tid for at leve op til samfundets og deres egne forventninger. På denne måde bliver der et stort misforhold mellem de tanker og signaler, der kommer fra kroppen og de handlinger, der udføres, og det er dette misforhold, der gør

sig gældende, når vi taler om efterfødselsreaktioner, i langt de fleste tilfælde.

Mette ønsker de store følelser legaliseret, de feminine værdier i højsædet. Hun ønsker personer omkring de nybagte mødre, der kan rumme de store følelser, både i form af fagpersoner, men hun italesætter også, at vi har brug for en ”Big Mama” – en ældre vis mormor (farmor, eller blot en kvinde, der yder uformel omsorg), der er med til at støtte og give tryghed.

”Giv dig tid, mor” er en vedkommende bog med en lidt anden vinkel, end vi som sundhedsplejersker måske er vant til at se det fra. Mette får på fineste vis fremstillet vigtigheden af at kunne være ordentligt til stede for at kunne knytte sig til sit barn. For mig gav det associationer til Stern, Margrethe Broden, Karri Killen, Bowlby og Winnicott. Det skønne er, at det bliver fortalt på en så nærværende og hudløs ærlig måde af forskellige kvinder og kommer derfor ind under huden på en hel anden måde, end jeg er vant til. Der er bl.a. i bogen en yogalærer, der fortæller, at det skønneste er, når en travl mor lige pludselig rigtig mærker, hun er gravid gennem nærværet med kroppen i yogaen. Jeg tænker, det måske er vejen frem i vores arbejde med bla. tilknytning i graviditeten, at vi benytter os af andet end blot samtalen, vi skal have kroppen med på en måde, som er vedkommende og forståelig for kvinderne – måske i form af yoga.

Det vigtigste i bogen, hvilket virkelig har været en øjenåbner

for mig, er den måde, vi tit får præsenteret efterfødselsreaktionerne på: som noget, der er gået galt for den enkelte evt. pga. en forhistorie.

Mette tænker større: At det er ret naturligt at have store følelser efter en fødsel – at det netop er meningen i den store overgang, det er, at blive mor, men at vi i det samfund, vi har lavet, ikke har plads til det. Vi har lært, at de store følelser er lidt for meget og i vejen, og det skal ændres.

Og et råd til os sundhedsplejersker: Vi skal ikke have ”ondt af”, vi skal ikke synes det er ”synd for”, men vi skal kunne rumme de store følelser og være i dem sammen med den nybagte mor. Uden at vi nødvendigvis skal fikse disse følelser, de skal have lov til at være der, for så forsvinder de oftest helt af sig selv. Vi skal give udtryk for, at det er noget universelt og naturligt at have store følelser og at de mærkes forskelligt. At være der for disse mødre uden at de føler sig forkerte.

Vores udgangspunkt er rigtig hyppigt ”for barnets bedste”, og det er bestemt også vores vigtigste fokus. Mette viser her, at mere fokus på ”giv dig tid, mor” netop vil give en bedre tilknytning og bestemt være for barnets bedste.

Den samfundsmæssige tilgang til efterfødselsreaktionerne er ny og vedkommende og bogen har en anden vinkel end normalt, men understøtter alligevel al den teori vi kender.

Jeg kan varmt anbefale bogen – til kommende som værende mødre – men bestemt også til fagpersoner. ♥



UDGIVER

Fagligt Selskab for
Sundhedsplejersker

ANSVARSHAVENDE REDAKTØR

Tine Lohmann
I redaktionsgruppen: Dorte Fischer

NÆSTE DEADLINE

11. januar 2016

AFLEVERING AF MATERIALE TIL SUNDHEDSPLEJERSKEN

Indlæg sendes til redaktør Tine
Lohmann. 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
Tlf.: 40817136
susannehede@fs10.dk



KASSERER OG MEDLEMSANSVARLIG

VIBEKE WESTERGAARD

Kildegården 15, 2.th.
8000 Aarhus C
Tlf.: 51575190
vibekewestergaard@fs10.dk



BENEDICTE ENGSTRUP

Aalborg
benedicteengstrup@fs10.dk



WEBREDAKTØR

SUSANNE RANK LÜCKHE

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



NÆSTFORMAND

CHRISTINA LOUISE LINDHARDT

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



ANSVARSHAVENDE REDAKTØR

TINE LOHMANN

Peder Gydes Vej 35
6700 Esbjerg
Tlf.: 29358615
tineloemann@fs10.dk



DORTE FISCHER

Rudersdal Kommune
dortefischer@fs10.dk



KIRSTEN LISE ANDERSEN

(AKTIV SUPPLEMENT)

Københavns Kommune
kirstenliseandersen@fs10.dk



Sundhedsvejen - masser af muligheder

81 kommuner anvender journalsystemet NOVAX Sundhed i Sundhedsplejen. Her kan de kommunikere aktivt og digitalt med familierne. Al kommunikation foregår sikkert og journaliseres med det samme. Samtidig kan borgerne se deres journaldata på PC, tablet eller på telefon.

NOVAX udvider senere på året med en spørgeskema funktionalitet, således borgerne kan udfylde spørgeskemaer og samtykkeerklæringer online. Dette medfører forenklede arbejdsgange for sundhedsplejerskerne i tæt dialog med familierne.

Besøg os på www.novax.dk og læs mere om jeres mange muligheder.



DANMARK
PP

Sorteret
Magasinpost SMP

ID nr. 46443

Det bedste fra Allomin Syrnet og Semper BioGaia

En ny unik modermælkserstatning beriget med MFGM* og *Lactobacillus reuteri* Protectis®

Allomin Syrnet SensiPro 1 har alle de gode egenskaber, som du kender fra Allomin Syrnet 1 og lidt til. Allomin Syrnet SensiPro 1 indeholder nemlig den velkendte mælkesyrebakterie *Lactobacillus reuteri* Protectis® fra BioGaia, der findes i Semper Dråber.

Inspireret af TUMME-studiet¹ er Allomin Syrnet SensiPro 1 også beriget med MFGM*, for at sikre de bedste forudsætninger for vækst og udvikling i lighed med ammede børn.

* mælkefedtkuglemembran



Vil du vide mere eller fortælle os noget?
Du er altid velkommen til at kontakte os på
info@semper.dk eller tlf. 80 60 74 00.



Semper støtter WHO-koden. Hvis amningen fungerer, er modermælk den bedste ernæring for spædbarnet.

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.