

Sundhedsplejersken

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Nr. 02
April 2022

Flere mødre fremhævede, at det er meget vigtigt for dem, at sundhedsplejersken meget tydeligt fortæller om ADBB-observationen...

TEMA
ALARM DISTRESS
BABY SCALE



Tegning: Niels Poulsen

DENNE GANG: Seks år med ADBB i Danmark • Børn med inkontinens
Når et barn har en livstruende sygdom • Fødselsdepression i Danmark


Fagligt Selskab for
Sundhedsplejersker

MÆLKESYREBAKTERIER
DUOLAC®

Dagligt tilskud til børn 2 uger til 4 år

Duolac Duo+ D-dråber – nem, præcis og hygiejnisk at dosere

6 dråber Duolac Duo+ D-dråber hver dag giver børn (2 uger – 4 år) et dagligt tilskud af **500 mio. bifido** mælkesyre bakterier samt **10µg D-vitamin**.

- Eneste D-dråbe olie med **100% Bifidobacterium**, som udgør den største mælkesyre bakterieslægt i den nyfødtes tarmmikrobiom og næres af HMO
- Unik kombination af fire forskellige naturlige Bifidobacterium mælkesyre bakteriestammer – **4 BifidoMix®** bestående af B. infantis CBT BT1, B. longum CBT BG7, B. breve CBT BR3 og B. bifidum CBT BF3
- Letfordøjelig og smagsneutral MCT-olie (mellemkædede fedtsyrer)
- Unikt og patenteret dobbelt coating system, der sikrer optimal beskyttelse mod ydre påvirkninger.



Fås på apoteket – opbevares ved stuetemperatur

Specialist i mælkesyre bakterier

Nr. 02
April 2022

Indhold

Dette kan du læse om denne gang

TEMA
ALARM DISTRESS
BABY SCALE



Læs de mange
spændende artikler
i dette nummer af
Sundhedsplejersken



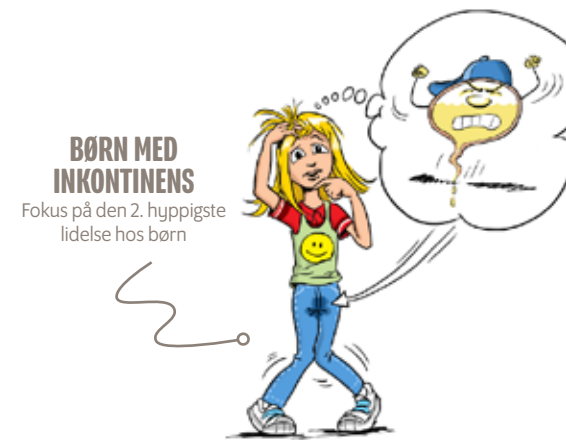
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker er et fagligt selskab under Dansk Sygeplejeråd (DSR). Selskabet har eksisteret siden 1976, og selve faget, sundhedspleje, er mere end 75 år gammelt. Som medlem får du vores magasin fem gange årligt.



**Tilmeld dig vores
nyhedsbrev**
På www.sundhedsplejersken.nu



[www.facebook.com/groups/
Sundhedsplejersken](https://www.facebook.com/groups/Sundhedsplejersken)



BØRN MED INKONTINENS

Fokus på den 2. hyppigste
lidelse hos børn

- 4** Leder
- 6** Tema: Seks år med ADBB i Danmark: Hvor er vi, og hvor skal vi hen?
- 8** Brugerperspektiver på ADBB
- 12** ADBB-metodens gyldighed i den universelle sundhedspleje i Danmark
- 16** ADBB i Danmark
- 20** Indstilling til Årets Sundhedsplejerske 2022
- 22** Børn med inkontinens
- 30** Når et barn har en livstruende sygdom
- 36** Sundhedsstyrelsen orienterer
- 38** “Kan sundhedsplejersken overse mødres tidlige svigt fordi at mødrenes mentaliseringsevne er fin?”
- 42** Kort fortalt
- 44** Fødselsdepression i Danmark
- 50** Anmeldelser
- 54** Bestyrelsen

UDGIVER

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

ANSVARSHAVENDE REDAKTØR

Anja Helle Kreutzmann
I redaktionsgruppen: Kirsten Birk, Dorte Fischer,
Lise Madsen og Gitte Karina Jørgensen

DEADLINE FOR AFLEVERING AF MATERIALE 2022

Nr. 03: 30. marts 2022

Nr. 04: 10. juni 2022

Nr. 05: 16. september 2022

Indlæg og tekster modtages på e-mail:
redaktoer@mediegruppen.net

Billeder på min. 1 MB opløsning vedhæftes separat.

UDKOMMER FEM GANGE ÅRLIGT

Februar, april, juni, oktober og december.

ANNONCER

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

LAYOUT OG GRAFISK PRODUKTION

Mediegruppen, www.mediegruppen.net

PAPIR

Denne opgave er trykt med god samvittighed som en del af den grønne omstilling. Forankret i effektfulde miljømærkninger og et socialt ansvars-kodeks. På papir – der stammer fra bæredygtig skovdrift og miljørigtig papirproduktion. Grafisk produktion er baseret på vegetabiliske materialer og genanvendelse af affald. Den indgår i en naturlig livscyklus og genbruges til nye papirprodukter. Det er moderne cirkulær økonomi, som gør skoven stærkere, levetiden længere og sparker til den grønne omstilling.

OPLAG

1.400 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 blandt andet lægger op til debat, og at det Faglige Selskab derfor ikke nødvendigvis deler den opfattelse, der gives udtryk for i bladet.



MG 31018



SUSANNE RANK LÜCKE

Formand for Fagligt Selskab
for Sundhedsplejersker

”Du har været med os fra 2000 gram til størrelse 44”

Sundhedsplejerskens arbejde kan vel ikke beskrives meget bedre eller vise spændvidden af det, der er nødvendig for at arbejde i sundhedsplejen. Vi følger familierne, fra de kommer hjem med det lille barn med alle de udfordringer, der helt naturligt følger med, til de små bliver til unge mennesker, der forlader folkeskolen – sågar i visse kommuner til videregående uddannelse.

Kontinuiteten ved at følge familien blive til og blive til flere samt igennem forskellige overgange i livet er et privilegium.

Vi ved rent fagligt, at overgange er noget af det, der påvirker en familie og barnet/den unge. Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker kæmper og har kæmpet for, at kontinuiteten starter i graviditeten, at der skal være tilbud om graviditetsbesøg til alle – i alle kommuner. Med Finanslovsaftalen for 2022 har regering og støttepartierne afsat 475 millioner kr. i perioden 2022-2025 til området ’Fødsel’. Fordelingen af pengene er lige nu

’hængt’ op på to dages indlæggelse til alle fødende. Dette vil sluge alle midlerne, og i vores optik ikke være den bedst mulige løsning for alle. Da midlerne endnu ikke fastsat, har vi endnu ikke givet op for at få en bredere tænkning ift. problematikken omkring familierne og fødslen.

Overgangene for familien er mange, en lille ny i familien, start i dagtilbud/børnehave, start i skole/SFO, fra barn til ung/puberteten, og der opstår spørgsmål hele vejen. Derfor er sundhedsplejersken en vigtig fagperson, der kan stå til rådighed ved tvivl eller brug for guidning. Bestyrelsen forsøger sammen med FALS & DSR at få dimensioneringen på sundhedsplejerskeuddannelsen op til 150 i de næste år, hvorved vi kan få nok uddannede sundhedsplejersker til at løse de opgaver, der er nødvendige for at familier, børn og unge & samfundet.

Så jeg kan kun sige tak til den mor, der sagde det så flot: ”Du har været med os fra 2000 gram til størrelse 44.” ♥

Hvad er vigtigt for en modernælks-erstatning ved mælkeallergi?

Laktose og HMO – til udviklingen af tarmmikrobiotaen og immunforsvaret^{1-2,10}

Laktose er den største kulhydratkilde i modernælk, som er den bedste ernæring for babyer. Althéra® indeholder 2’FL og LNnT*, som udgør mere end 30 % af den totale mængde HMO i modernælk.⁴

Sammen med renfremstillet laktose bidrager HMO'en i Althéra® til en vigtig præbiotisk virkning og støtter barnets immunforsvar, giver færre infektioner og en tarmmikrobiota mere lig den hos børn, som ammes.⁵⁻¹⁰ Derudover giver laktosen en bedre smag og dermed bedre compliance.



Indholdet i modernælk¹⁻³

Færre infektioner⁵⁻⁷

Tarmmikrobiota mere lig den hos børn, som ammes⁸⁻¹⁰

UDEN PALMEOLIE

Mød os på Landskonferencen for Sundhedsplejersker d. 2. – 3. maj og hør mere om HMO, og hvordan det gavner immunforsvaret.

*Althéra® indeholder 2'-fucosyllactose og lacto-N-neotetraose, ikke fra modernælk.

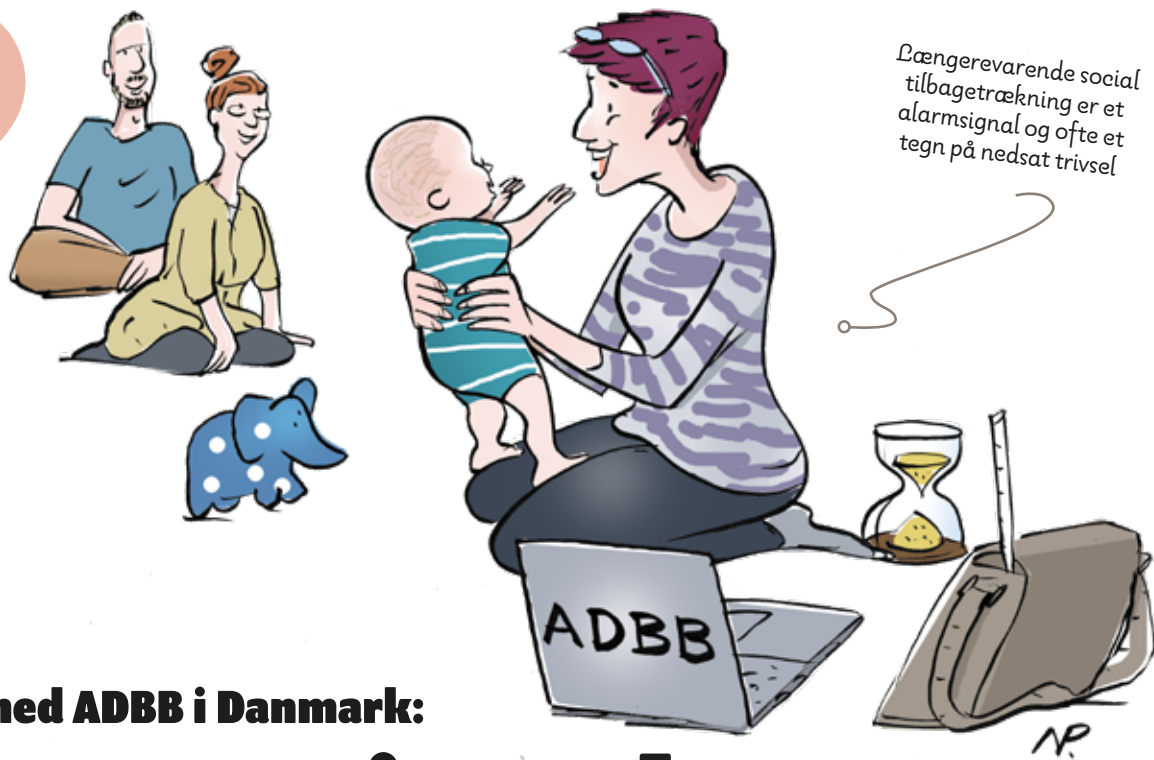
Referencer: 1. Bode L. Human milk oligosaccharides: Every baby needs a sugar mama. Glycobiology 2012;22(9):1147-62. 2. Zivkovic AM, et al. Human milk glycomics and its impact on the infant gastrointestinal microbiota. Proc Natl Acad Sci USA 2011;108(suppl 1):4653-58. 3. Wojcik KY, et al. Macronutrient Analysis of Nationwide Sample of Donor Breast Milk. J Am Diet Assoc 2009;109(1):137-40. 4. Kunz C, et al. Pediatr Gastroenterol Nutr 2017;64(5):789-98. 5. Vandenplas Y, et al. Nutrients 2022, 14(3), 530. 6. Vandenplas Y, et al. PAAM 2019. Abstract O72. 7. Puccio G, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2017;64(4):624-31. 8. Pedersen HK, et al. Poster FAAM 2020. 9. Berger, et al. mBio. 2020 Mar 7;11(2):e03196-19. 10. Francavilla R, et al. Pediatr Allergy Immunol 2012 Aug;23(5):420-7.

VIGTIG INFORMATION: Mødre skal opmuntres til at fortsætte med at amme sit spædbarn, også selvom det har komælksproteinalergi. Dette kræver ofte rådgivning fra diætist eller andet sundhedsfagligt personale, hvis moderen helt skal kunne udelukke komælksprodukter fra sin kost. Hvis det besluttet at give spædbarnet specialernæring, er det vigtigt at oplyse om korrekte tilberedningsinstruktioner og lægge vægt på vigtigheden af, at ukogt vand, usteriliserede flasker eller forkerte blandingsforhold kan betyde sygdom. Fødevarer til særlige medicinske formål (FSMP), der er udviklet til at dække spædbarns ernæringsmæssige behov, skal anvendes under lægelig overvågning.

Kun for sundhedsfagligt personale
www.nestlehealthscience.dk



TEMA
ALARM DISTRESS
BABY SCALE



Seks år med ADBB i Danmark:

Hvor er vi, og hvor skal vi hen?

Da vi i Center for Tidlig Indsats og Familieforskning (CIF) i 2014 satte os for at bidrage til at fremme forældreressourcer og mental sundhed i barnets første leveår i Danmark, var ét af vores eksplicite mål at blive bedre til tidligere at opdage de børn, som er i risiko for mistrivsel. Med andre ord var fokus på den tidlige universelle opsporingsindsats, så børnene og deres forældre tidligere kan få den hjælp, som de har brug for. Til dette formål valgte vi observationsmetoden Alarm Distress BaBy Scale (ADBB)[®], som er en vel-dokumenteret videnskabelig observationsmetode, der anvendes til opsporing af social tilbagetrækning hos spæd- og småbørn.

Evnen til at trække sig fra sociale samspil er en vigtig evne, som spædbørn har fra fødslen, og som beskytter barnet mod overstimulering. Men længerevarende social tilbagetrækning er et alarmsignal og ofte et tegn på nedsat trivsel. Social tilbagetrækning kan både være relationelt, somatisk eller genetisk betinget, og social tilbagetrækning er således det, man kan kalde en uspecifik risikoindikator. Social tilbagetrækning er ikke desto mindre vigtigt at opdage så tidligt som muligt, da det er i kontakten med andre

mennesker, at barnets sociale, sproglige, emotionelle og i høj grad også kognitive udvikling finder sted. Børn, som i større eller mindre grad har trukket sig fra sociale samspil, er i risiko for at udvikle en række psykosociale vanskeligheder på længere sigt.

I tre artikler i dette nummer af Sundhedsplejersken gør vi status over de første seks år med implementeringen af ADBB i sundhedsplejen i Danmark, ligesom vi peger på fremtidige perspektiver. Vi redegør for resultaterne af en række undersøgelser,

EVNEN TIL AT TRÆKKE SIG FRA SOCIALE SAMSPIL ER EN VIGTIG EVNE, SOM SPÆDBØRN HAR FRA FØDSELEN

som vi har lavet på baggrund af datamateriale, der stammer fra vores samarbejde med Københavns Kommune i Copenhagen Infant Mental Health Project, der løb i perioden 2015-2020. I første artikel opsummerer vi resultaterne fra to studier, der undersøger brugernes oplevelse af ADBB: Først har vi spurgt, hvordan sundhedsplejerskerne oplever at bruge ADBB i deres praksis, og dernæst hvordan forældrene oplever, at sundhedsplejerskerne bruger ADBB, når de undersøger deres børn. I artikel to opsummerer vi resultaterne fra en undersøgelse, der dokumenterer ADBB's validitet, når den anvendes i en dansk kontekst. Og vi diskuterer, hvordan vi i fremtidige studier vil kunne fastlægge et nyt cut-off, dvs. den grænseværdi, der fungerer bedst, når ADBB anvendes som et universelt tidligt opspo-

ringsredskab i Danmark. I artikel tre beskriver vi en nystartet landsdækkende undersøgelse af implementeringen af ADBB på tværs af kommuner i Danmark. God læselyst! ♥

REFERENCE

1. Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress BaBy Scale. Infant Mental Health Journal. 2001;22(5):559-75.

Alarm Distress BaBy Scale (ADBB)¹

Anvendes til systematisk opsporing af vanskeligheder i den sociale kontakt hos børn i alderen 2-24 måneder. Med ADBB observeres barnets sociale kontakt på følgende otte adfærdsområder:

- 1) Ansigtsudtryk
- 2) Øjenkontakt
- 3) Generelt aktivitetsniveau
- 4) Selvstimulerende adfærd
- 5) Vokalisering
- 6) Reaktionstid ift. stimulation
- 7) Relation
- 8) Opmærksomhedsinitiering og -fastholdelse

Det kræver en formel uddannelse og certificering at anvende ADBB. Som en del af systematikken og som et huskeredskab for den fagprofes-

sionelle anvendes tal ift. de otte områder, ligesom der arbejdes med en grænseværdi. I de tilfælde, hvor den samlede score er over grænseværdien, skal ADBB-observationen gentages indenfor 1-2 uger for at be- eller afkræfte den første observation.

I sin formidling af ADBB-observationen deler sundhedsplejersken sine iagttagelser med forældrene som nuancerede beskrivelser og som konkrete eksempler med udgangspunkt i barnets adfærd. Selv om sundhedsplejersken undervejs i sin ADBB-observation bruger tal til at systematisere sine observationer, så bærer et tal i sig selv ingen mening for forældrene.

FORFATTERNE TIL TEMAET



JOHANNE SMITH-NIELSEN
Associate Professor, Center for Tidlig Indsats og Familieforskning, KU



METTE SKOVGAARD VÆVER
Professor i klinisk børne-psykologi, Institut for Psykologi, KU



MARIA STOUGAARD
Postdoc, Center for Tidlig Indsats og Familieforskning, KU



IDA EGMOSE PEDERSEN
B.Sc. i Psykologi, KU



ANNE CHRISTINE STUART
Ph.D.-studerende, KU

Brugerperspektiver på ADBB:

Hvordan oplever sundhedsplejersker og forældre metoden i praksis?

TEMA
ALARM DISTRESS
BABY SCALE



ADBB-metoden er oprindelig udviklet, afprøvet og anvendt i børnelægepraksis.

Dog er ADBB i de senere år også i stigende grad anvendt af andre faggrupper i en række lande. Vores formål med at indføre ADBB i Danmark var at styrke den tidlige systematiske opsporingsindsats ved at implementere metoden i den universelle sundhedsplejepraksis. Derfor var det vigtigt at undersøge,

hvordan metoden fungerede i denne specifikke kontekst ved at undersøge, om sundhedsplejerskerne oplever, at det er muligt at integrere instrumentet i deres travle hverdag (gennemførlighed), og at instrumentet bidrager meningsfuldt til praksis (acceptabilitet). Disse parametre har nemlig stor betydning for, om metoden vil blive anvendt efterfølgende, eller om den med tiden slet ikke bliver brugt.

Gennemførlighed: Hvor mange børn undersøges med ADBB?

Vi ved fra andre studier, hvor man har evalueret implementeringen af universelle opsporingsindsatser, at det langt fra altid er tilfældet, at praktikere følger retningslinjerne om, at den givne metode netop skal anvendes til alle børn.⁽¹⁾ Det kan der være mange grunde til, f.eks. manglende supervision og uddan-

nelse i metoden, manglende opfølgning eller bekymringer hos den professionelle om, hvordan man skal agere ift. forældrene, hvis undersøgelsesresultatet peger på, at barnet har vanskeligheder.⁽²⁾ I evalueringen af en opsporingsmetode som ADBB er det derfor vigtigt at undersøge, om metoden rent faktisk bliver brugt i praksis i det omfang, det er hensigten. I implementeringslitteraturen

taler man om screening-prævalensen som et mål for dette. Screening-prævalensen er den andel af børn, der ifølge retningslinjerne 'burde' være blevet observeret med ADBB (dvs. har fået registreret en ADBB-score af deres sundhedsplejerske). Hvis praktikerne vælger at bruge metoden selektivt og kun ift. bestemte grupper af børn, f.eks. dem, hun baseret på et skøn, mener har behov for at blive undersøgt – så er der stor risiko for at overse en stor andel af de børn og forældre, som har brug for ekstra støtte. Målet er således, at screening-prævalensen er så tæt på 100% som muligt, da det angiver, at alle børn er blevet observeret med ADBB.

For at få en indikation af om ADBB'en kan implementeres effektivt nok i praksis til, at man kan tale om en universel opsporingsindsats, undersøgte vi screening-prævalensen i et studie, hvor de første 89 sundhedsplejersker, som var blevet uddannet i ADBB i Københavns Kommune, indgik.⁽³⁾ Via udtræk fra sundhedsplejeturnalerne fulgte vi ADBB-registreringerne på børn, som de uddannede sundhedsplejersker 'havde i hænderne' det første år efter, de begyndte at bruge ADBB. Undersøgelsen viste, at raten af børn med mindst én ADBB-registrering i løbet af deres første leveår (hvilket var målsætningen i København) steg fra 47% seks måneder efter implementering til godt 80% tolv måneder efter, at sundhedsplejerskerne begyndte at bruge metoden. En af de ting, vi kunne konkludere, var, at det tager tid at implementere en ny metode i praksis, og selvom langt størstedelen af børnene var blevet observeret med ADBB, så er det fortsat vigtigt at have fokus på, hvordan man sikrede, at også de sidste 20% blev observeret.

Sundhedsplejerskens holdning til ADBB hænger sammen med antallet af børn, som hun observerer med ADBB

En mulig årsag til at sundhedsplejersker (og andre praktikere) ikke følger de givne

retningslinjer, kan findes i praktikerens oplevelse af instrumentet. Derfor undersøgte vi i samme studie, om den enkelte sundhedsplejerskes screening-prævalens hang sammen med, om hun oplevede ADBB'en som et positivt eller negativt bidrag til hendes praksis. Sagt med andre ord, så var vi interesserede i at undersøge en hypotese om at acceptabilitet hænger sammen med gennemførlighed og dermed succesfuld implementering.

Syv måneder efter, at sundhedsplejerskerne begyndte at bruge ADBB, spurgte vi dem i en spørgeskemaundersøgelse, om de oplevede, at ADBB'en var et positivt bidrag til deres praksis, og om de oplevede, at ADBB nedsatte deres jobtilfredshed.

Besvarelsenerne blev analyseret sammen med de enkelte sundhedsplejerskers screening-prævalensrater, som blev målt efter yderligere fem måneder. Resultaterne viste, at jo mere en sundhedsplejerske oplevede ADBB som et positivt bidrag, jo flere børn undersøgte hun med ADBB.

Dette resultat er vigtig viden for ledere og beslutningstagere i kommuner, der anvender ADBB: Hvis sundhedsplejersken, der står med børnene i hænderne, af den ene eller anden grund ikke oplever ADBB som et positivt bidrag, så er der risiko for en mindre effektiv opsporingsindsats, og at vi dermed overser børn og familier, der har brug for en tidlig indsats.

Hvad fremmer og hvad hindrer implementeringen af ADBB?

For at undersøge, hvad der henholdsvis kan fremme og hindre implementeringen af ADBB, spurgte vi også sundhedsplejerskerne, hvilke positive bidrag og hvilke udfordringer de oplevede ved at bruge ADBB i deres arbejde. Via en kvalitativ analyse af besvarelsenerne viste der sig en række temaer, som fremgår af tabellen på næste side. ➤

Positive bidrag til praksis	Udfordringer ved at bruge ADBB
Øget kompetence ift. at observere spædbørns sociale adfærd	Det tager ekstra tid i et allerede travlt besøg
Styrker kommunikationen med forældrene, både ift. barnets ressourcer og udfordringer	Det kan være svært at formidle observationen til forældrene og/eller skabe anspændt stemning
Giver et fælles sprog - både med egne kollegaer og i tværfaglig kommunikation	Man kan føle sig usikker på, om ens vurdering er korrekt
Hjælper med at fastholde fokus på barnets sociale kontakt og udvikling – uanset hvad der ellers sker i besøget	Registreringen i NOVAX er besværlig

Samlet set konkluderede vi, at på trods af at der er en række udfordringer i forbindelse med at bruge ADBB i en dansk sundhedsplejerskepraksis, så opleves metoden i vid udstrækning af sundhedsplejerskerne som et positivt og meningsfuldt redskab - at den har en høj grad af acceptabilitet.

Denne konklusion er for nylig blevet bekræftet i en rapport fra Sundhedsstyrelsen, der evaluerede satspulje-projektet 'Tidlig indsats for sårbare familier', hvor en række kommuner bl.a. implementerede ADBB. Projektet løb fra 2017-2020, og i rapporten konkluderes det bl.a., at erfaringerne med ADBB er 'entydigt positive på tværs af kommuner og alle organisatoriske niveauer.'⁽⁴⁾ Analyserne af data fra satspuljeprojektet viser, at ADBB har bidraget med et mere ensartet og systematisk fokus på social tilbagetrækning, styrket refleksionsniveaet og højnet det faglige niveau.

Forældrenes oplevelser af ADBB

Man kan således slutte, at ADBB har en høj grad af acceptabilitet – set med praktikernes øjne. Men hvordan opleves

sundhedsplejerskens ADBB-observation af forældrene? Dette er et vigtigt spørgsmål, da forskning viser, at professionelle kan afholde sig fra at anvende metoder til tidlig opsporing, hvis de er bekymrede for, at det vil vanskeliggøre kontakten med forældrene.⁽²⁾

I 11 kvalitative interviews med mødre til børn, der var blevet observeret med ADBB af deres sundhedsplejerske, undersøgte vi, hvordan mødrene havde oplevet dette.⁽⁵⁾

Vi interviewede både mødre til børn, hvor sundhedsplejersken på baggrund af ADBB-observationen havde identificeret tegn på vanskeligheder i barnets sociale kontakt og mødre, hvor sundhedsplejersken ikke havde identificeret nogle vanskeligheder.

Generelt så mødrene positivt på ADBB-observationen som en del af sundhedsplejens tilbud. De fremhævede bl.a., at de gerne så tidligt som muligt vil vide, hvis deres barn har vanskeligheder i den sociale kontakt og gerne vil have vejledning i, hvad de kan gøre for at støtte deres barns udvikling. Nogle af mødrene havde dog også mere ambivalente holdninger ift. ADBB-observationen. På den ene side beskrev de, hvordan det, at deres barns sociale udvikling skal vurderes og

'passe ind i en kasse', kunne føles ubehageligt. På den anden side var de glade for, at deres sundhedsplejerske var opmærksom og undersøgte deres barns sociale kontakt og udvikling.

Flere mødre fremhævede, at det er meget vigtigt for dem, at sundhedsplejersken meget tydeligt fortæller om ADBB-observationen, dvs. hvornår hun laver den, hvad hun er opmærksom på, og også at hun er meget konkret i sin formidling af sin observation ved at give konkrete eksempler på barnets adfærd, både der hvor hun ser ressourcer og eventuelle vanskeligheder.



'Forstå din baby' – et manualbaseret samtaleværktøj, der anvendes sammen med ADBB-observationen

Interviewene med mødrene tydeliggjorde, hvor vigtig samtalen, der knytter sig til ADBB-undersøgelsen, er for forældrene.

Sammenholdt med, at sundhedsplejerskerne i vores første undersøgelse oplevede, at kommunikationen vedrørende ADBB-observationen ikke altid er let, peger dette på relevansen af, og behovet for, kontinuerligt at arbejde med formidlingen af ADBB-observationen, men også mere generelt videndelingen og kommunikationen om det lille barns sociale og følelsesmæssige udvikling. Dette har resulteret i, at vi i samarbejde med ti kommuner og på baggrund af en bevilling fra Nordea-Fonden har udviklet

indsatsen "Forstå din baby". Projektet løber i perioden 2019-2022 og er et manualbaseret samtaleværktøj, der knytter sig til ADBB-observationen, og som sikrer en systematisk universel videndeling med alle forældre om, hvordan de kan støtte deres barns sociale og følelsesmæssige udvikling og trivsel. I 'Forstå din baby' indgår bl.a. en systematisk brug af et samtalekort til ADBB.

Ligeledes har vi udviklet et videotek, som både forældre og sundhedsplejersker kan bruge. ♥

Læs mere om 'Forstå din baby' her www.sundhedsplejersken.nu/artikel/forstaa-din-baby-nu-i-gang-i-10-kommuner/ og her: forstaadinbaby.dk/

**FLERE MØDRE
FREMHÆVEDE, AT DET ER
MEGET VIGTIGT FOR DEM,
AT SUNDHEDSPLEJERSKEN
MEGET TYDELIGT
FORTÆLLER OM ADBB-
OBSERVATIONEN**

REFERENCER

1. Rice CE, Naarden Braun, K. V. Kogan, M. D., et al. Screening for developmental delays among young children--National Survey of Children's Health, United States, 2007. Morbidity and Mortality Weekly Report Suppl. 2014;63(2):27-35.
2. Gellasch P. Developmental screening in the primary care setting: a qualitative integrative review for nurses. Journal of pediatric nursing. 2016;31(2):159-71.
3. Smith-Nielsen J, Lønfeldt N, Guedeney A, Væver MS. Implementation of the Alarm Distress BaBy Scale as a universal screening instrument in primary care: Feasibility, acceptability, and predictors of professionals' adherence to guidelines. International journal of nursing studies. 2018;79:104-13.
4. Sundhedsstyrelsen. Tidlig indsats for sårbare familier afsluttende evalueringsrapport. Sundhedsstyrelsen; 2021.
5. Pedersen IE, Smith-Nielsen J, Væver MS. Et forældreperspektiv på ADBB-undersøgelsen og implikationer for praksis. En kvalitativ analyse af 11 mødres oplevelse af sundhedsplejerskers brug af ADBB til at vurdere deres spædbørns social kontakt under sundhedsplejerskens hjemmebesøg. Center for Tidlig Indsats og Familieforskning, Institut for Psykologi, Københavns Universitet; 2022.

ADBB-metodens gyldighed i den universelle sundhedspleje i Danmark

Begrebet validitet eller gyldighed er centralt, når man skal vurdere kvaliteten af forskellige metoder eller instrumenter. Validitet kan undersøges på flere forskellige måder, men handler dybest set om, at vi faktisk måler det, vi tror, vi måler. ADBB'en er oprindeligt udviklet i Frankrig, men metodens validitet er dokumenteret gennem adskillige internationale studier. F.eks. er der evidens for ADBB'ens kriterievaliditet, dvs. at metoden identificerer spædbørn, som også, målt med andre etablerede metoder, udviser tegn på psykisk mistrivsel.^(1,2) Ligeledes er den prædiktive validitet blevet dokumenteret, dvs. langtidsstudier har vist, at børn, der udviser social tilbagetrækning vurderet med ADBB, er i risiko for at udvikle en række adfærdsmæssige og psykiatriske vanskeligheder senere i livet.⁽³⁾

ADBB anvendes aktuelt i en række af de nordiske lande. En rapport fra 2021⁽⁴⁾ har bl.a. afdækket kvaliteten af de metoder, som anvendes i de nordiske lande i undersøgelser af 0-2-årige børn. I rapporten konkluderes det, at ADBB har en god kvalitet (niveau 3 ud af 4, hvor 4 er det bedste). Denne vurdering baserer sig netop på ADBB-metodens veldokumenterede validitet. Rapporten fremhæver dog også, at når en metode, som er udviklet i et andet land, oversættes og anvendes i en ny kulturel kontekst, så er det vigtigt at evaluere metodens validitet i den nye version og kontekst.

I denne artikel præsenterer vi resultaterne fra to studier, hvor vi undersøger ADBB-metodens validitet i Danmark på forskellige måder. Studierne tager udgangspunkt i et stort datamateriale fra Københavns Kommune og består af ADBB-observationer, udført af sundhedsplejersker i perioden marts 2015 til juli 2019. Data blev inddelt i tre grupper på baggrund af børnenes alder ved ADBB-observationen: 2-4 måneder, 4-8 måneder og 8-12 måneder. Der indgik data fra over 10.000 ADBB-observationer i hver aldersgruppe (se faktaboks på næste side).

ADBB'ens målemæssige kvaliteter

I det første studie⁽⁵⁾ undersøgte vi validiteten af ADBB ved hjælp af en metode, der hedder item response theory. Ifølge denne metode undersøger man først, om items (dvs. de enkelte områder, som man observerer barnets adfærd indenfor) på en skala lever op til en række kriterier. Alle items på ADBB'en levede op til de første tre kriterier.

Det vil sige, at:

- Sandsynligheden for, at et barn udviser usædvanlig adfærd på et item, stiger i takt med, at niveauet af social tilbagetrækning stiger (monotonicitet)
- Alle items på ADBB'en måler ét samlet fænomen (altså social tilbagetrækning) – og ikke flere forskellige fænomener (unidimensionalitet)
- Sandsynligheden for, at et barn udviser usædvanlig adfærd på et item, er kun forbundet til barnets niveau af social tilbagetrækning – og ikke til barnets køn eller gestationsalder (ingen differentiell item funktion)

Særligt det sidste kriterie er vigtigt, når ADBB implementeres som en universel opsporingsmetode. Hvis et item udviser differentiell item funktion, betyder det nemlig, at barnets score på det pågældende item ikke kun hænger sammen med det, som man forsøger at måle, men også med andre karakteristika, f.eks. barnets køn.

I vores studie finder vi, at alle ADBB-items er valide ift. at måle social tilbagetrækning hos både piger og drenge samt præmature og fuldbårne babyer. Ligeledes bekræfter vores studie, at ADBB-metoden fungerer lige validt til at undersøge børn i alderen 2-12 måneder. Dette datamateriale gik ikke længere end til 12 måneder, men internationale studier har dokumenteret, at ADBB validt kan bruges op til 24 måneder.^(2,6,7)

Vores studie viser også – hvad alle os, der bruger ADBB i praksis, godt ved – at det kan være svært at skelne mellem Rela-

tion (item 7) og Opmærksomhedsinitiering og -fastholdelse (item 8). Sammenhængen mellem de to items er stærkere, end hvad der kan forklares med, at begge items måler social tilbagetrækning, dvs. at der er lokal afhængighed mellem disse items. Når man kigger på definitionen af de to items, kan man også se, at de minder om hinanden og adskiller sig fra de øvrige items. Relation og Opmærksomhedsinitiering og -fastholdelse vurderes nemlig begge på et mere generelt niveau end de øvrige items, der har fokus på konkret adfærd hos barnet. På ADBB-super-visor-uddannelsen (se evt. psy.ku.dk/cif/kurser-og-efteruddannelse/adbb-supervi/) arbejder vi specifikt med at kunne adskille netop Relation og Opmærksomhedsinitiering og -fastholdelse fra hinanden.

Hvad fortæller de enkelte ADBB-items om social tilbagetrækning?
Vi undersøgte også, i hvor høj grad hvert enkelt ADBB-item fortæller os noget om social tilbagetrækning, og her kiggede vi på to ting:⁽⁵⁾

- Hvor gode er ADBB’ens forskellige items til at skelne mellem børn med mere eller mindre grad af social tilbagetrækning?
- Hvor højt et niveau af social tilbagetrækning skal der til, for at et barn udviser usædvanlig adfærd på et item?

Resultaterne viste, at alle ADBB-items er gode til at skelne mellem børn med forskellige niveauer af social tilbagetrækning. Men når vi sammenligner de otte items, så skiller Vokalisering (item 5) sig ud. En score på Vokalisering fortæller nemlig mindre om, hvorvidt barnet er socialt tilbagetrukket sammenlignet med en score på de andre items. Sagt med andre ord, så er der mange børn, der scorer over 0 på Vokalisering, som ikke i øvrigt udviser tegn på social tilbagetrækning. Dette stemmer også godt overens med den oplevelse, som mange sundhedsplejersker giver udtryk for. Det betyder dog ikke, at man skal undlade at medtænke Vokalisering i sin samlede score, idet færre vokaliseringer fortsat er en del af adfærden hos børn, som er socialt tilbagetrukne. Det betyder blot, at det er helt almindeligt, at børn, som ikke er socialt tilbagetrukne, kan score mere end 0 på Vokalisering. Resultaterne viste også, at børn skal være meget socialt tilbagetrukne, før de udviser Selvstimulerende adfærd (item 4) eller Nedsat reaktionstid (item 6). Endnu en gang stemmer dette godt overens med de tilbage-meldinger, vi får fra sundhedsplejerskerne om, at det er sjældent, at børn udviser usædvanlig adfærd på disse items.

Tabel 1. **Antal (%) børn, som scorer over cut-off ved en grænseværdi på hhv. 3, 4 og 5**

	2-4 mdr.	4-8 mdr.	8-12 mdr.
Cut-off på ≥ 3	1.358 (9,6 %)	651 (5,7 %)	537 (4,1 %)
Cut-off på ≥ 4	622 (4,4 %)	263 (2,3 %)	236 (1,8 %)
Cut-off på ≥ 5	199 (1,4 %)	93 (0,8 %)	88 (0,7 %)

Undersøgelsernes datagrundlag

Resultaterne er baseret på data indhentet fra Sundhedsplejournalerne. Data er indsamlet som en del af sundhedsplejerskernes rutinescreeninger af børn i Københavns Kommune i perioden marts 2015 til juli 2019.

Vi har inddelt screeningerne i tre aldersgrupper baseret på barnets alder:

- 2-4 mdr.: 14.113 ADBB-undersøgelser
- 4-8 mdr.: 11.369 ADBB-undersøgelser
- 8-12 mdr.: 12.958 ADBB-undersøgelser

Det samme barn kan indgå i flere af de forskellige aldersgrupper, men hvert barn indgår kun med én ADBB-undersøgelse i hver aldersgruppe.

Fremtidige perspektiver: Hvad skal grænseværdien for bekymring være på ADBB’en i Danmark?

I en netop påbegyndt undersøgelse kigger vi på, hvor stor en andel af børnene i vores sample fra Københavns Kommune, der scorer over den internationalt anvendte cut-off, dvs. scorer 5 eller mere, hvilket angiver, at barnet er socialt tilbagetrukket (se faktaboks i foregående artikel). Vi vil i dette kommende studie undersøge ADBB-metodens kriterievaliditet, dvs. hvor stor en andel af børn, der scorer over cut-off på ADBB, som også er i risiko målt med andre metoder, som anvendes af sundhedsplejerskerne. Dette skal give os indblik i, hvilken grænseværdi der fungerer bedst, når ADBB anvendes som universel opsporingsmetode i en dansk kontekst.

Tabel 1 viser andelen af børn, der scorer over et cut-off på 3, 4 og 5 fordelt på de forskellige aldersgrupper. Hvis vi anvender det internationalt anvendte cut-off på 5, så scorer mellem 0,7 % til 1,4 % af børnene over cut-off. Hvis vi derimod anvender et cut-off på 4, scorer mellem 1,8 % og 4,4 % af børnene

over cut-off og ved et cut-off på 3, er det mellem 4,1 % og 9,6 % af børnene, der scorer over cut-off.

Forekomsten af social tilbagetrækning målt med et cut-off på 5 på ADBB’en er også netop undersøgt i en ny evalueringsrapport fra Sundhedsstyrelsen.⁽⁸⁾ I rapporten undersøges forekomsten af social tilbagetrækning på tværs af 13 kommuner, der alle har deltaget i satspuljeprojektet 'Tidlig indsats for sårbare familier'. Resultaterne fra rapporten viser, at 0,4 % af børnene scorer over cut-off på ADBB’en.

Når vi sammenligner ADBB-tallene fra både Københavns Kommune og Sundhedsstyrelsens evalueringsrapport med, hvad der er rapporteret i udenlandske studier (f.eks. 8, 10), kan vi se, at forekomsten af social tilbagetrækning ved brug af en cut-off på 5 er lavere i de danske studier. Dette understøtter behovet for at undersøge og eventuelt nedjustere cut-off på ADBB’en, når den anvendes i en dansk kontekst. Vi forventer at have resultater klar i løbet af 2022. ♥



REFERENCER

1. Guedeney A, Matthey S, Puura K. Social withdrawal behavior in infancy: a history of the concept and a review of published studies using the Alarm Distress BaBy Scale. Infant Mental Health Journal. 2013;34(6):516-31.
2. Guedeney A, Fremania J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the Alarm Distress BaBy Scale. Infant Metal Health Journal. 2001;22(5):559 - 75.
3. Milne L, Greenway P, Guedeney A, Larroque B. Long term developmental impact of social withdrawal in infants. Infant Behav Dev. 2009;32(2):159-66.
4. Breivik K, Eng H, Kaiser S, Karjalainen P. The First 1000 Days in the Nordic Countries: Psychosocial Interventions and Psychological Tests: A Review of the Evidence. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, Nordic Council of Ministers Secretariat; 2021.
5. Egemose I, Smith-Nielsen, J., Lange, T., et. al. How to Screen for Social Withdrawal in Primary Care: An Evaluation of the Alarm Distress BaBy Scale using Item Response Theory. Int J of Nurs Stud Adv. 2021;3.
6. Dollberg D, Feldman R, Keren M, Guedeney A. Sustained withdrawal behavior in clinic-referred and nonreferred infants. Infant Ment Health J. 2006;27(3):292-309.
7. Puura K, Mantymaa, M., Luoma, I., et. al. Infants' social withdrawal symptoms assessed with a direct infant observation method in primary health care. Infant Behav Dev. 2010;33(4):579-88.
8. Sundhedsstyrelsen. Tidlig indsats for sårbare familier afsluttende evalueringsrapport. Sundhedsstyrelsen; 2021.



ADBB I DANMARK:

TEMA
ALARM DISTRESS
BABY SCALE

En national kortlægning af implementering, forekomst af og risikofaktorer for social tilbagetrækning hos spæd- og småbørn på tværs af landet

Efter implementeringen af ADBB i Københavns Kommune i forbindelse med Copenhagen Infant Mental Health Project (CIMHP) er vi i Center for Tidlig Indsats og Familieforskning (CIF) løbende blevet kontaktet af andre kommuner, som også var interesserede i at implementere ADBB. I dag er

sundhedsplejerskerne i 79 ud af landets 98 kommuner uddannet og certificeret i ADBB. Det betyder, at vi for første gang i Danmark i regi af sundhedsplejen har et universelt, stort set landsdækkende, redskab til en systematisk og standardiseret tidlig opsporing af børn, som måtte udvise vanskelig-

heder i deres sociale kontakt. På baggrund af en bevilling fra TrygFonden vil vi i de kommende år foretage en landsdækkende undersøgelse af ADBB. I denne artikel introducerer vi baggrunden og formålet med undersøgelsen.

Hvilke kommuner deltager i undersøgelsen?

På nuværende tidspunkt har 58 af de 79 kommuner, hvor ADBB er implementeret, takket ja til at deltage i projektet (se faktaboks). Vi håber, der kommer flere med, idet de kommuner, der har implementeret ADBB-metoden i løbet af 2020, først vil blive inviteret til at deltage i projektet i løbet af foråret 2022.

Alle de deltagende kommuner har på nuværende tidspunkt implementeret ADBB i deres sundhedsplejerspraksis, og vil bidrage med data for perioden fra tidspunktet, hvor kommunens sundhedsplejersker blev certificeret i ADBB-metoden til og med d. 31. december 2023. Vi inkluderer alle børn i alderen 2-24 måneder og deres forældre. Det vil sige, at vi får et meget stort datagrundlag, som vil basere sig på minimum 145.000 børn og deres forældre fra de (indtil videre) 58 kommuner.

Hvordan anvendes ADBB på tværs af kommuner?

Det første mål med den nationale kortlægning af ADBB i Danmark er at afdække implementeringen på tværs af landet. Det er op til de enkelte kommuner at fastlægge egentlige retningslinjer, ift. hvor ofte børnene skal observeres med ADBB. I nogle kommuner observeres børnene med ADBB ved alle hjemmebesøg fra barnet er to måneder, mens børnene i andre kommuner kun undersøges ved fire måneder.

Som vi også beskrev i den første artikel, så er det i evalueringen af en ny opsporingsmetode som ADBB vigtigt at undersøge screening-prævalensen, dvs. om metoden rent faktisk bliver brugt i praksis i det omfang, det er hensigten. I studiet af implementeringen af ADBB i Københavns Kommune kunne vi se, at det tager tid at implementere en ny

metode i praksis. I dette studie afdækker vi, hvilke ADBB-retningslinjer, der anvendes i de 58 kommuner, og hvordan screening-prævalensen ser ud på tværs af landet. Eftersom retningslinjerne for, hvornår sundhedsplejersken skal foretage ADBB-observationer, varierer på tværs af kommuner, har vi også mulighed for at undersøge, om retningslinjer for antallet af og tidspunkt for ADBB-observationer påvirker antallet af børn, der identificeres med ADBB. På baggrund af dette vil vi kunne komme med forskningsmæssigt kvalificerede anbefalinger, ift. hvornår og hvor mange gange børn bør observeres med ADBB.

På baggrund af de erfaringer, vi har gjort os, siden ADBB blev implementeret i Københavns Kommune, kan vi se, at en succesfuld implementering kræver mere end blot at sende alle sundhedsplejersker fra kommunen på uddannelse i ADBB. En succesfuld implementering kræver også, at der er ledelsesmæssig opbakning og fokus på en vedvarende kvalitetssikring af ADBB-observationerne. 'Coder drift' betegner det fænomen, at observatører over tid rykker sig

fra de oprindelige objektive kriterier, og så at sige kommer til at udvikle deres egne 'scoringkriterier'.

Der kan både opstå 'coder drift' ift. den enkelte sundhedsplejerskes anvendelse af ADBB, men der kan også udvikles lokale 'ADBB-kulturer', således, at sundhedsplejersker i én kommune over tid kommer til at vurdere børn lidt anderledes

end sundhedsplejersker i en anden kommune, selvom begge kommuner anvender ADBB.

For at fastholde en ensartet implementering af ADBB på tværs af kommuner har vi i CIF udviklet ADBB-supervisoruddannelsen, som henvender sig til erfarne ADBB-brugere med det formål at uddanne lokale ADBB-'superbrugere'. Læs mere om ADBB-supervi-

Deltagende kommuner

Samlet set har 58 kommuner takket ja til at deltage i projektet:

- 18 ud af 29 kommuner i Region Hovedstaden (62,1 %)
- 13 ud af 19 kommuner i Region Midtjylland (68,4 %)
- 10 ud af 17 kommuner i Region Sjælland (58,8 %)
- 10 ud af 22 kommuner i Region Syddanmark (45,5 %)
- 7 ud af 11 kommuner i Region Nordjylland (63,6 %)

soruddannelsen her psy.ku.dk/cif/kurser-og-efteruddannelse/adbb-supervi/.

I denne nye landsdækkende ADBB-undersøgelse vil vi bl.a. kunne se, om kommunernes praksis ift. ADBB ændres, efter de har uddannet ADBB-supervisorer.

Hvad udgør risikofaktorer i forhold til social tilbagetrækning hos forældre og barnet selv?

Det andet mål med den nationale kortlægning er at afdække sammenhænge mellem tegn på social tilbagetrækning og risikofaktorer hos forældre og spædbørn.

Denne del af undersøgelsen vil bidrage til vores viden om og kendskab til risikofaktorer for mistrivsel og udvikling af psykiske vanskeligheder i den tidlige barndom. Dette er vigtigt, fordi en sådan viden er nødvendig for at kunne sikre en effektiv strategi i det nationale sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. ↘

Vi forventer, at der vil være variation på tværs af kommunerne/regionerne



I et studie med data fra Københavns Kommune undersøger vi sammenhængen mellem ADBB-score og risikofaktorer hos forældre og børn i et community sample på 19.017 deltagere. Specifikt undersøger vi, om mødres og deres partners depressive symptomer (målt med Edinburg Postnatal Depression Scale) og præmaturitet er prædiktorer for social tilbagetrækning hos spædbørn (observeret med ADBB hhv. 2-3, 4-7 og 8-12 måneder efter fødslen). Studiet viser, at præmaturitet er forbundet med mere social tilbagetrækning i alle aldre, og at mødres depressive symptomer er forbundet med mere social tilbagetrækning, når barnet er 2-3 måneder. Partners symptomer er ikke forbundet med social tilbagetrækning.⁽¹⁾

I den nationale kortlægning vil vi kunne bekræfte præmaturitet og depressive symptomer som risikofaktorer for social tilbagetrækning, ligesom vi vil få mulighed for at undersøge tilstedeværelsen af andre risikofaktorer.

Hvad er forekomsten af social tilbagetrækning på tværs af landet?

Det tredje mål med undersøgelsen er at kortlægge forekomsten af social tilbagetrækning blandt spæd- og småbørn i Danmark. Vi forventer, at der vil være variation på tværs af kommunerne/regionerne, bl.a. begrundet i forskelle i forekomsten af risikofaktorer såsom forældres depressive symptomer og socioøkonomisk status.

Som nævnt i den anden artikel om ADBB i dette nummer af Sundhedsplejersken så er der en lavere forekomst af social tilbagetrækning, når vi anvender en grænseværdi

på 5 og sammenligner tal fra både Københavns Kommune og den nye rapport fra Sundhedsstyrelsen⁽²⁾ med udenlandske studier. Den nationale kortlægning af forekomsten af ADBB vil bidrage til vores undersøgelse af om cut-off på ADBB'en bør være lavere, når ADBB anvendes som universel tidlig opsporingsmetode i en dansk kontekst.

Som det er fremhævet i rapporten 'Mental sundhed og psykisk sygdom hos de 0-9 årige'⁽³⁾ og senest også i Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsens nye 10-års plan 'Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser'⁽⁴⁾ er der behov for implementering af solide og dokumenterede tidlige opsporingsredskaber og en forsat forskningsmæssig evaluering af disse. Det faktum, at mere end 80 % af alle kommuner i Danmark nu anvender det samme standardiserede observationsbaserede opsporingsredskab, betyder, at vi er kommet langt.^(3,4) En spændende fremtidsvision er, at alle 98 kommuner kommer med, og at det dermed vil være naturligt, at ADBB blev en del af Den Nationale Børnedatabase BDB, som administreres af sundhedsdatastyrelsen, men som på nuværende tidspunkt ikke indeholder nogen data, der omhandler barnets mental sundhed.⁽⁵⁾ ♥

REFERENCER

1. Stuart AC, Stougaard, M, Smith-Nielsen, J, Egmoose, I, Guedeney, A, Væver MS. Associations between symptoms of maternal postpartum depression, gestational age, and infant social withdrawal: a longitudinal study in a community cohort. Under Review. 2021.
2. Sundhedsstyrelsen. Tidlig indsats for sårbare familier afsluttende evalueringsrapport. Sundhedsstyrelsen; 2021.
3. Holstein BE, Henriksen, T.B., Rayce, S.B., et. al. Mental sundhed og psykisk sygdom hos 0-9-årige børn. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2021.
4. Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. Sundhedsstyrelsen; 2022.
5. Sundhedsdatastyrelsen. Den Nationale Børnedatabase (BDB): Sundhedsdatastyrelsen; [cited 2022.19.01]. Available from: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/graviditet-foedsler-og-boern/boernedatabasen>.

Nutramigen

Hjælp til at stoppe dominoeffekten med **NUTRAMIGEN 2 LGG®**

NYHED

STOP
symptomer på
KOMÆLKS-
ALLERGI
hurtigere†

START
med at mindske
risikoen for
allergiske
symptomer



Komælksallergiske spædbørn har op til 4 gange højere risiko for at udvikle andre allergiske symptomer senere i livet¹

Kun Nutramigen tilsat LGG® har videnskabeligt bevist at kunne hjælpe med at stoppe dominoeffekten^{2,3}

Information til sundhedsfagligt personale.

Nutramigen 2 LGG® er en fødevare til særlige medicinske formål og skal anvendes i samråd med læge eller diætist. Nutramigen 2 LGG® anbefales ikke til spædbørn med nedsat immunforsvar med mindre det er under opfølgning af barnets læge.

VIGTIGT: Brystmælk er spædbarnets bedste ernæring. Hvis amningen afbrydes, kan det være svært at begynde igen og tilskud af erstatning kan mindske produktionen af brystmælk. Man bør tænke på fordelene ved amning inden erstatning introduceres. Det er meget vigtigt at følge instruktioner for tilberedning. Fejltagtig håndtering kan påvirke barnets helbred. Forældre skal altid informeres af uafhængig sundhedsfagligt personale, når det gælder barnets kost.

1. Boyce JA et al. J Allergy Clin Immunol. 2010;126(6 Suppl):S1-S58. 2. Nocerino R, et al. J Pediatr. 2021;S0022-3476(21)00093-7. 3. Canani RB et al. Clin Immunol. 2017;139(6):1906-1913. † Sammenlignet med højthydrolyseret erstatning (eHF) baseret på kasein uden LGG®.

* Varemærke tilhørende Mead Johnson & Company, LLC© 2021 Mead Johnson & Company, LLC©. Alle rettigheder forbeholdes. LGG® er et varemærke tilhørende Chr. Hansen A/S. Juni 2021 DK-NUT-2021-001

Nyt fra bestyrelsen

Indstilling til Årets Sundhedsplejerske 2022

TANJA KOCH

Jeg ønsker hermed at indstille: Tanja Koch – sundhedsplejerske i Randers Kommune, som Årets Sundhedsplejerske 2022 for hendes indsats for og arbejde med børn med astmatisk bronkitis i Randers Kommune.

Baggrund:

Tanja startede initielt arbejdet med særlig fokus på tidlig opsporing og optimal behandling af børn med astmatisk bronkitis i 2019, og har siden arbejdet med indsatsen sideløbende med, at hun har været længst fremme i kampen mod Corona som fast medarbejder tilknyttet Randers Kommunes Corona-hotline i 2020/2021 - og nu som en del af hendes arbejde som småbørnssundhedsplejerske.

Tanjas arbejde med astmatisk bronkitis starter i samarbejde med hendes kolleger i sundhedsplejen i Randers, der hvor vi møder barnet med vejtrækningsproblemer, trivsels-

problemer og generelt udfordringer med luftvejene. Hun opsøger de relevante familier både dem, hun selv finder og dem, andre sundhedsplejersker finder. Hun kortlægger ved hjælp af både telefonsamtaler og hjemmebesøg hos den enkelte familie, hvorledes hun bedst kan hjælpe både det enkelte barn og familien på vej til, at barnet får så frie luftveje som muligt og kan fungere og udvikle sig på lige fod med sine jævnaldrende.

Tanja når langt ud med hendes viden og har således både kontakt til de praktiserende læger, personalet på børneafdelingen på RRA og samtlige af byens daginstitutioner, hvor hun i samarbejde med det enkelte hus har undervist både personalet, men også i flere omgange forældrene i de enkelte institutioner i, hvordan man bedst understøtter barnet.

Astmatisk bronkitis er den største oversete børnesygdom med over 5000 indlæggelser årligt. Derfor giver det så meget mening at

kunne opspore disse børn så tidligt som muligt og være med til sikre, at børnene er velbehandlede.

Med Tanjas store faglighed, grundighed og høje kompetencer har hun i samarbejde med kollegaer udviklet en indsats, som kan være til gavn for mange børn og familier, som dagligt skal leve med en kronisk sygdom. En indsats, som er innovativ, har stor fokus på tværfaglighed og kan være til inspiration for landets øvrige kommuner.

Jeg mener bestemt, at Tanja på baggrund af ovenstående har fortjent at komme i betragtning til titlen som Årets Sundhedsplejerske.

Med venlig hilsen

Trine Benn, sundhedsplejerske i Randers Kommune og kollega til Tanja

ANNE DALSØ

Jeg vil gerne indstille min medarbejder sundhedsplejerske, Anne Dalsø, som Årets Sundhedsplejerske 2022.

Anne er via Forum for Mænds sundhed udnævnt som Farambassadør for Kalundborg Kommune og har været initiativtager til oprettelse af Fars Legestue i Høng/Kalundborg Kommune i samarbejde med projekt Far for Livet. Som Farambassadør sætter hun far på dagsordenen på lige fod med mor og udbreder sin viden og erfaring til sine kollegaer.

Fars Legestue startede op d. 1. september 2021 i fine lokaler på Høng Bibliotek med kaffe på kanden og legetøj samt tumleting til børnene.

Anne har gennem flere år været fortaler for bedre inddragelse af fædre, når sundhedsplejersken kommer på hjemmebesøg både under graviditeten og efter fødslen. Og som underviser i Klar til Barn, som bekendt er målrettet kommende forældrepar, har det bekræftet hende i, at det giver god mening ikke kun at sætte fokus på 'mor.'

Selv om alle sundhedsplejersker er opmærksomme på, at barnet både har en mor og far, er det rigtig dejligt med en ildsjæl som Anne til at 'holde gryden i kog.'

Bodil Giversen

Afdelingsleder, Fagcenter for Børn, Læring og Uddannelse – Sundhedstjenesten -



HJERNEN&HJERTET Digital overlevering fra sundhedspleje til dagtilbud

- Overlevering af viden om barnet til dagtilbud
- Mulig inddragelse af forældrenes eget perspektiv
- Digital samtykke til overlevering

RAMBØLL

Se mere: hjernenhjertet.dk/overlevering



Fars Legestue

I Fars Legestue kan du komme med dit barn og lege og være sammen med andre fædre. Tilbuddet er helt uforpligtende og åbent for alle fædre med børn i alderen 0-3 år. Du kan komme, når det passer dig i åbningstiden. Sover dit barn, så kom og få en kop kaffe sammen med de andre fædre, der er plads til barnevognen. Ældre søskende er også velkomne.

Du vil blive mødt af sundhedsplejen, som byder alle fædre velkommen og sørger for, at der er kaffe på kanden og legetøj til alle.

Tid: Onsdag fra 13.00-15.00

Aldersgruppe: 0-5 år

Pris: Gratis

Tilmelding: Nej

Sted: Høng Bibliotek, Odinsvej 27, 4270 Høng





BØRN MED INKONTINENS

Hvor ofte har I mødt skolebørn, der siger: - Hej, jeg tisser i bukserne.
Det er de færreste børn, der vil være stolte af at prale med det.

Læge og forsker i børneinkontinens, Britt Borg, fortæller, at inkontinens hos børn er den 2. hyppigste lidelse hos børn - den hyppigste er astma. Men hvordan kan det så være, at befolkningen næsten intet ved om inkontinens, og at vi ikke hører mere om de børn, der lider af det?

Det skønnes, at der sidder 2-3 børn i hver klasse i indskoling med inkontinens, men ingen taler om det.

Før i tiden troede man, at inkontinens skyldtes en psykisk lidelse, i dag ved man bedre. Det er ikke en psykisk lidelse, det går som oftes ikke over af sig selv, det handler

ikke bare om selvhjulpethed, og ja barnet skal have hjælp.

Studier viser, at børn med inkontinens ofte bliver udfordret følelsesmæssigt f.eks. i form af lavere selvværd, og at deres livskvalitet bliver dårligere. Heldigvis ser man også, at hvis børnene bliver behandlet for inkontinens, og det går væk, så stiger deres livskvalitet og selvværd.

Men alt for mange børn får ikke den rette behandling og hjælp, som de har brug for.

Der mangler bedre viden hos fagfolk og bedre samarbejde mellem læge-familie-skole/institution.



KRISTINE BERG VINTHER
Familerådgiver og forfatter.

– Jeg har i mange år arbejdet med børn og familier. Mit hjerte brænder især for børn med inkontinens og de følgevirkninger, der er psykisk. Jeg har for nylig skrevet to børnebøger om børn med inkontinens. 'Mig og min blærerøvsblære.' Derudover yder jeg familietterapi og rådgivning til private. Jeg holder foredrag om børn med inkontinens for at klæde fagfolk bedre på til at hjælpe børn med inkontinens i skole og institution.

Rammer og vaner

Det er vigtigt at hjælpe barnet med gode vaner og rammer. Det skal både være i hjemmet, institutionen og skolen. Børn med inkontinens har ofte fået skabt uhensigtsmæssige toiletvaner, derfor skal barnet hjælpes til at bryde dem. Det kræver samarbejde imellem familien og fagfolk som sundhedsplejerske, lærere, pædagoger og læger.



Børnene bærer på en kæmpe byrde

Hemmeligheden om børnenes inkontinens

Børn har ikke lyst til at være anderledes. De fleste børn vil gerne være som de andre børn. De bryder sig ikke om at skille sig ud.

Mange børn med inkontinens vælger at skjule det for vennerne og klassekammeraterne, da de er flove over det. De er bange for, hvad de andre børn tænker om dem.

Mange af dem undgår forskellige sociale arrangementer, f.eks. sove- og legeaftaler, lejr tur, SFO m.m. De er bange for at blive drillet eller for at blive holdt uden for fællesskabet.

Det er en kæmpe byrde for børnene at bære rundt på sådan en stor hemmelighed.

Når børn går rundt med en stor byrde på deres skuldre, kan det desværre medføre angst eller ængstelighed. Børnene bruger meget energi på at holde på deres hemmelighed. De skal huske, hvor toiletterne er, hvornår de skal gå på wc, hvor deres skiftetøj er samt, hvor de skal ligge deres skiftetøj (så det ikke lugter af urin eller afføring) - for så kan de andre opdage det.

Når børn er trætte og har mindre overskud, det kan gå udover læring, trivsel og de sociale relationer i skole og institution.

Mange forældre til børn med inkontinens oplever, at deres børn ikke er i trivsel. Enten er de meget vrede, stille, indelukkede eller ængstelige, nogle af de børn lider også af skolevægring.

Forældrene føler ofte en manglende forståelse fra omverdenen og børnenes skole/institution. Det er enormt indgribende i familien og barnets hverdag, når man er ramt af inkontinens.

"Min datter er så flov over, at hun ikke kan holde sig. Hun deltager ikke rigtig i så mange sociale arrangementer, soveaftaler og lejr ture med de andre børn. Hun er begyndt at være meget hjemme, og der er mange ting, hun er bange for."

Mor til datter på 10 år

"Når der sker et uheld, er det helt uoverskueligt. Forstoppelse betyder, at afføringen er som ler, og det kræver mange vaskeklude at få væk. Og hvis man putter vådservietter i skolens toilet, stopper det. Så hvordan klarer man lige det, når man er 5, 6, 7 eller 8 år? Det gør man ikke. Man lader som ingenting og håber, man snart bliver hentet."

Mor til datter på 8 år



Børnebøger

Mange børn har glæde af at vide, at de ikke er de eneste med inkontinens. Her kan det være rart at læse om, at der også findes andre børn med inkontinens. Bøgerne er med til at give barnet en forståelse af de følelser og tanker, de sidder med, og at der også er andre børn, der oplever det. I bøgerne er der gemt gode råd og ideer til at arbejde med sin inkontinens.

Bøgerne er derudover med til at give et fællessprog til både børn og voksne om det at have inkontinens.

Hvad er inkontinens?

Daginkontinens

Barnet har daglige uheld med tisse. Ofte kan noget af årsagen findes i dårlige væske- og vandladningsvaner. Samtidig har en del børn en overaktiv blære, dvs. akut vandladningstrang og kraftig blæretømning.

Barnet går måske og holder sig i for lang tid, så kan blæremusklen blive slap, og det kan resultere i, at det er svært at tømme blæren. Andre drikker minimalt med væske for at undgå uheld, og blæren bliver derfor lille og utrænnet.

Der er flest piger, der lider af urininkontinens.

Sengevædning

Er, hvor barnet tisser i sengen om natten. Det er et fysisk problem, som kan skyldes:

- En forhøjet natlig urinproduktion
- En for lille blære
- Manglende evne til at vågne, når der ikke kan være mere urin i blæren

Ofte er der en ubalance imellem alle tre ting. Det er 2/3 del drenge, der lider af sengevædning.

Fækal inkontinens

Er, hvor barnet har ufrivillig afføring i bukserne.

Dette hænger for langt de fleste sammen med, at barnet har forstoppelse, og at der er gået rod i barnets afføringsvaner eller uhensigtsmæssige toiletvaner.

Det kræver hjælp, støtte og samarbejde at vinde over inkontinens

Børn med inkontinens kan have gavn af at blive tilset af egen læge og evt. henvises videre til børnelæge eller børneafdeling med speciale i inkontinens. Nogle børn kan have brug for at få medicinsk behandling mod f.eks. forstoppelse eller en overaktiv blære.

Fælles for det samlede billede er, at medicinsk behandling ikke kan stå alene, det skal gå 'hånd i hånd' med vaner og rutiner.

Ofte har børn med inkontinens gået med det længe, og de har derfor fået lavet nogle uhensigtsmæssige mønstre. Ofte har de også undertrykt de signaler, som kroppen sender omkring det at gå på wc.

Det kræver hjælp og støtte. Det er ikke nok at gå til kontrol hver 4. måned hos lægen, der skal arbejdes med nye rutiner i familien, skolen og institutionen.

Derfor er det utrolig vigtigt, at fagfolk klædes bedre på ift. viden om inkontinens.

Til fagfolk:

- Søg viden om inkontinens hos børn
- Tal med børnene om, hvad inkontinens er, og hvor mange der har det. At tale om det i fællesskab i skolen og institutionen er med til at bryde tabuer
- Sørg for det gode samarbejde med forældrene, lægen og sundhedsplejersken og få lagt en god plan for at hjælpe barnet

Gode råd:

- Skæld aldrig barnet ud ved uheld, sig PYT
- Fortæl barnet, at det ikke er sin inkontinens men, at den har en følgesvend i form af en drilleblære eller drillemave
- Hjælp barnet med gode toiletvaner
- Sørg for gode drikkevaner og sund kost
- Inddrag netværk, familie, skole og institution, så I sammen kan hjælpe barnet
- Beløn barnet for at prøve at vinde over sin drilleblære/drillemave
- Lav rare og sjove ting med barnet, som ikke handler om inkontinens. Anerkend og mød barnet følelsesmæssigt. Det er ikke sjovt eller nemt at have en drilleblære/drillemave

Behov for flere ressourcer til børn med inkontinens!

Skoletoaletterne

Ofte er dårlige toiletforhold på skoler og institutioner en medvirkende faktor for børns inkontinens.

Mange børn undgår at gå på toiletterne, fordi de er ulækre og beskidte. Hvilket forværrer deres inkontinens.

Derudover er der mange af toiletterne, der ligger langt fra klasse-lokalet eller fra, hvor barnet har sit skiftetøj. Ved de ældre toiletter kan der ses under døren. Det udfordrer mange børn at sidde og skulle skifte tøj med en angst om, at nogle kan se det under toiledøren.

Inkontinens er en sygdom

Vi er nødt til at se inkontinens som et symptom, der skal tages seriøst, det vil sige, at barnet skal have mulighed for at få ekstra hjælp og støtte i skole og institution.

Børnene skal have hjælp til at få omsat de gode rutiner og vaner både i hjem, skole og institution. Det kan vi ikke overlade til barnet selv i skolen, derfor skal der sættes ekstra ressourcer ind

Skældud virker ikke

Mange børn, der lider af inkontinens, har en signalforstyrrelse omkring det at mærke, om de skal tisse eller have afføring, og når derfor ikke at reagere i tide.

Mange voksne har svært ved at forstå, at børn ikke kan mærke, at de skal på wc. Derfor kommer nogle voksne til at blive sure eller irriterede på barnet. Det hjælper ikke.

Det er helt normalt, at barnet kan have lukket ned for de signaler, derfor skal barnet have hjælp til at få nye og gode vaner, da det er med til, at barnet lærer at mærke efter igen.



Søg hjælp



Børnehaven

Det vil være en stor hjælp, hvis sundhedsplejerskerne kunne være med til at hjælpe børn og personale via vejledning i børnehaven.

For mange børn er de første tegn på inkontinens allerede i 5-årsalderen, det vil sige lige inden skolestart. Jo tidligere hjælp, barnet får mod sin inkontinens, jo bedre. Det er svært at starte i skole og have inkontinens.



Skolen

Sundhedsplejerskerne kan bruges meget mere end i dag, når et barn i skolen sidder med inkontinens.

De kan f.eks. komme ned i klassen og tale om inkontinens eller vejlede lærere og pædagogisk personale. Ved at tale om det og få italesat, hvor mange der lider af det, bliver det synliggjort, at de børn ikke er alene.

Det er vigtigt at tale om de svære ting i fællesskab. På den måde bliver det mere legalt at være åben omkring det.



Sundhedsplejerskens rolle

Sundhedsplejerskerne kan i fremtiden, hvis det prioriteres, få en potentiel meget vigtig rolle ift. børneinkontinens. Flere østjyske kommuner arbejder aktuelt med dette.

Sundhedsplejerskerne kan, hvis de har specialviden om børneinkontinens, rådgive forældre og børn om inkontinens samt hjælpe dem med viderehenvisning ved behov.

Det betyder, at de også kan vejlede lærere og pædagoger og dermed agere det vigtige bindeled, der kan samle familien og lærere/pædagoger omkring de sundhedsfaglige anbefalinger.

Der er brug for meget større fokus og hjælp i overgangen i mellem hospital, hjem og skole/institution.

Da størstedelen af behandlingen handler om rammer, rutiner og vaner, skal der koordineres mellem hospital, hjem og skole/institution.

Børn i børnehaven og indskolingen kan ikke selv stå med det ansvar og være selvhjulpne omkring det. Ofte er det desværre det, mange børn bliver bedt om. Der skal sættes ind med støtte og hjælp fra de voksne omkring dem.

Det er vigtigt, at forældrene bliver rådgivet i, at inkontinens ikke skyldes, at der er noget psykisk galt med deres barn, og at det for rigtig mange ikke går over af sig selv.

Børn med inkontinens skal have hjælp. ♥

"Vi søgte hjælp hos lægen, fordi vores dreng ofte har uheld med afføring, og vi var nervøse for, hvordan det skulle gå ham, når han skulle starte i skole. Lægen gav os bare noget middel mod forstoppelse og sagde, det nok gik over, og han ville nok lade hver med det, når de andre børn i skolen opdagede det."

Far til dreng på 6 år

"Det er så hårdt at skulle kæmpe med skolen om, at de skal forstå min søns inkontinens. De bliver ved med at sige, at det handler om selvhjulpnehed, og de ikke har ressourcer til at hjælpe ham."

Mor til dreng på 9 år

Søg hjælp

- Egen læge
- Inkontinensforeningen f.eks. podcast: podcasts.apple.com/dk/podcast/inkontinens-hos-b%C3%B8rn/id1451580297?i=1000521403859
- Sundhedsplejerskeinkontinensklínik Djursland/Aarhus/Favrskov
- Facebook-gruppe: 'Pårørende til børn og unge med inkontinens'
- VIBU – klinik for børn og unge med inkontinens – Rigshospitalet
– Uroterapeuterne kan kontaktes på tlf. 3545 4831 alle ugens hverdage kl. 08.00-09.00
- Center for børneinkontinens - Aarhus Universitetshospital
– Har både en Facebook-gruppe samt en åben telefonlinje – alle forældre uanset bopæl kan ringe tirsdag og onsdag mellem kl. 15.00-17.00 på tlf. 8778 4121
- Børne- og ungeambulatoriet Slagelse (har en blæreskole) Børne og ungeambulatorier
- Familieterapeut, Kristine Berg Vinther, www.kristineberg.dk

DryNites®

Færre bekymringer, mere barndom

3-5 børn i 0. klasse er sengevædere

>20% af forældrene er bekymrede for om deres børn får den rigtige behandling

Forældrene efterspørger meget mere viden om sengevædning og behandling

Få
GRATIS
informations-
kuffert!



DryNites® natunderbukser hjælper både barnet og forældrene til at få en god nats søvn. DryNites® har ekstra høj beskyttelse og er designet, så de ligner almindelige underbukser.

Bestil på www.drynites-kuffert.dk

Få mere information om sengevædning på www.drynites.dk

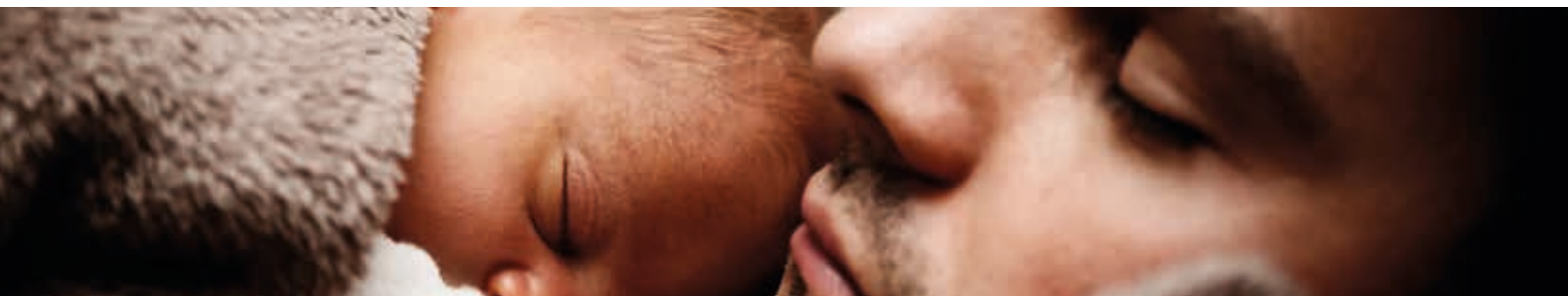


NBO Center Danmark

NBO – the Newborn Behavioural Observations – er en relationsstøttende observation af spædbørn udviklet af professor dr. Kevin Nugent et al. på Harvard Medical School, Boston Children's Hospital i 90'erne. Dansk Råstof - Familieprojektet er NBO Center i Danmark med eneret til at udbyde dette kursus.

NBO er en certificeret metodisk tilgang til en fælles observation af spædbarnet og består af 18 delelementer, der skal kobles sammen til en helhedsforståelse af det individuelle spædbarn. NBO synliggør således spædbarnets sprog og adfærdsmæssige evner gennem en fælles systematisk observation af spædbarnets adfærd. NBO er ikke en test, men en måde at tolke og forstå spædbarnets adfærd i fællesskab med forældrene.

Thisted Kommune er den første kommune i Danmark, hvor hele sundhedsplejen er certificeret i NBO i 2015 og hvor sundhedsplejerskerne har integreret NBO i større eller mindre omfang. NBO er siden 2016 integreret i sundhedsplejen i flere andre kommuner samt på Vuggestedet og Bethesda i Aarhus i 2018. I 2019 har vi bl.a. undervist medarbejdere fra Bagsværd Observationshjem, Holmegårdshuset, samt jordemødre fra flere hospitaler i hovedstadsområdet.



Uddannelsesforløb

Underviserne er uddannede fra the Brazelton Center UK, Cambridge og er i tæt forbindelse med Boston, USA Brazelton Institute v/ Harvard Medical School. NBO-uddannelsen består af to sammenhængende dage med introduktion til NBO både teoretisk og praktisk samt en erfaringsdag tre måneder efter kurset.

Prisen for at deltage i et kursus for at blive certificeret i NBO metoden er 7.500 kr. pr. deltager inklusive forplejning.

Kommende NBO kurser:

9. – 10. maj 2022 i København

Opsamlingsdag 21. september 2022.

15. – 16. september 2022 i Vejle

Opsamlingsdag d. 2. februar 2023.

24. – 25. november 2022 i København

Opsamlingsdag d. 10. marts 2023.

Prisen er 7.500 kr. for tre dages undervisning.

Udover denne pris er det nødvendigt for de individuelle kursister at medbringe en bog, som man selv køber: **Nyfødtes atferd og tidlige relasjoner. Kevin Nugent et al.**

Kontakt Pernille Ploug på mail pernille.ploug@familieprojektet.dk for tilmelding eller spørgsmål eller mobil +45 29 65 03 95.

For spørgsmål om fakturering kontakt administrationschef Tine Lykke på mail tine.lykke@dr.nu eller mobil 3311 0644.

Læs mere her: www.fampro.dk/information-om-nbo

Hvem er vi?

FamilieFOKUS er en del af Sundhedsstyrelsens palliative indsats for børn og unge i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2018). Vi er et landsdækkende tilbud til familier med et barn med en livstruende eller livsbegrænsende sygdom. FamilieFOKUS' tværfaglige team har mange års erfaring inden for området og består af børnefamiliemedarbejder, ergoterapeut, fysioterapeut, musikterapeut, psykolog, specialpædagogisk konsulent og sygeplejerske. Vores forløb er gratis – og tilrettelægges altid, så familien møder flere relevante faggrupper.

Hvem kan henvise til FamilieFOKUS?

Fagpersoner kan henvise familier til et forløb i FamilieFOKUS, men det er også muligt for familierne selv at tage kontakt til os.

W **Hjemmeside:**
www.familiefokus.dk

Kontakt for henvisning eller yderligere information:

Koordinator Hilde Skrudland,
tlf. 4040 9373 eller sikker
mail: familie-fokus@rm.dk.

Når et barn har en livstruende sygdom

FamilieFOKUS, et landsdækkende tilbud til hele familien

Siljas forældre henvender sig til FamilieFOKUS efter at have hørt om tilbuddet gennem et online forum, hvor forældre til børn med epilepsi støtter hinanden.

Olivers socialrådgiver kontakter FamilieFOKUS for at spørge, om der er mulighed for hjælp til Olivers familie. Oliver har leukæmi og er i langvarig kemoterapibehandling.

Marius og hans familie henvises til FamilieFOKUS af en sygeplejerske på sygehusets

intensive afsnit for nyfødte, efter at Marius er kommet til verden med multiple funktionsnedsættelser, hjertefejl og respirationsvanskeligheder.

Både Siljas, Marius' og Olivers familier er eksempler på familier, der kan søge hjælp gennem FamilieFOKUS. Deres omstændigheder er helt forskellige, hvilket er meget kendetegnende for de familier, vi møder i FamilieFOKUS. Nogle forældre ved, at deres

barn for altid vil være i øget risiko for at dø af f.eks. infektioner; også infektioner, som andre børn problemfrit ville kunne komme igennem. Andre forældre lever med frygten for at miste deres barn til en livstruende sygdom, men kan også have et håb om at kunne komme 'ud på den anden side' med et barn, der overlever sin sygdom. Atter andre ved, at de på baggrund af en progredierende sygdom kommer til at skulle tage afsked med

barnet, længe før det bliver voksent. Inden for børnepalliation bruges både begreberne sygdomme og tilstande, samt livstruende og livsbegrænsende til at beskrive målgruppen (se boks). Dette for at afspejle variationen i de diagnoser, målgruppen rummer.

I artiklen her bruges af hensyn til enkeltheden begrebet 'livstruende sygdomme.'



INA CHRISTENSEN VOLDER

Fra FamilieFOKUS.

Ina er autoriseret psykolog og specialist i klinisk psykologi og psykoterapi, voksne. Ud over forløb med familier med børn med livstruende sygdom, laver Ina bl.a. også undervisning og supervision af fagpersoner, der arbejder inden for området.

I palliative indsatser for børn og unge er målgruppen både:

Livstruende sygdomme:

Sygdomme, hvor helbredende behandling er en mulighed, men hvor der også er risiko for, at behandlingen ikke har ønsket effekt, og barnet / den unge derfor dør af sin sygdom. Eksempler er cancer, hæmatologiske sygdomme og organsygdomme.

Livsbegrænsende sygdomme

eller tilstande: Sygdomme eller tilstande, hvor der ikke er helbredende behandlingsmuligheder.

Der kan være tale om:

- a) sygdomme med intensiv livsforlængende behandling, som f.eks. muskeldystrofi
- b) progredierende sygdomme uden egentlige behandlingsmuligheder, som det bl.a. ses ved neurodegenerative sygdomme og visse sjældne syndromer
- c) svære neurologiske handicaps, f.eks. som følge af hjerneskader, der ikke i sig selv er fremadskridende, men som gør barnet særligt sårbar over for komplikationer ved f.eks. luftvejsinfektioner.

Der kan også ses behov for palliative indsatser inden for andre diagnosegrupper.

Kilde: Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for palliative indsatser til børn, unge og deres familier.

Fælles for de familier, vi møder i FamilieFOKUS, er en høj grad af kompleksitet – betinget af de vilkår, der med barnets sygdom er flyttet ind i familiernes hverdag. Vilkår, der omhandler pleje, medicin og ofte utallige hospitalsbesøg og andre professionelle kontakter. Men også vilkår, der gør, at man hele tiden konfronteres med en virkelighed, hvor tab, sorg, krise og bekymring tager fast plads i éns og familiens liv.

En forandret hverdag...

I de familier, som FamilieFOKUS møder, er hverdagen på mange måder helt forandret i forhold til, hvad de tidligere har kendt. Måske går mor eller far ikke på arbejde mere – som hos Silja, der skal passes hjemme pga. sin svære epilepsi. Olivers søskende kan ikke længere have legekammerater med hjem fra skole, fordi Oliver ikke må udsættes for nogen form for unødigt smitterisiko. Og hos Marius' familie er det en stor omvæltning, at de nu har hjælpere i hjemmet mange timer om ugen; hvilket på den ene side opleves som en kærvkommen aflastning, men på den anden side også en udfordring i forhold til, at deres private, trygge base er blevet nogens arbejdsplads.

Ikke to familier er ens, men vi ser her eksempler på, hvordan hverdagen for familier fuldstændig kan forandre sig, når et barn får en livstruende sygdom.

Eksemplerne sætter også en tydelig streg under den omstændighed, at når et barn får en livstruende sygdom, rammes hele familien. Derfor har FamilieFOKUS ikke blot fokus på det syge barn, men også på dets forældre, søskende og eventuelle andre pårørende, som f.eks. bedsteforældre. Dette ud fra ønsket om at understøtte netop hele familiens trivsel under nogle udfordrende, svære og for mange familier helt uoverskuelige livsomstændigheder.

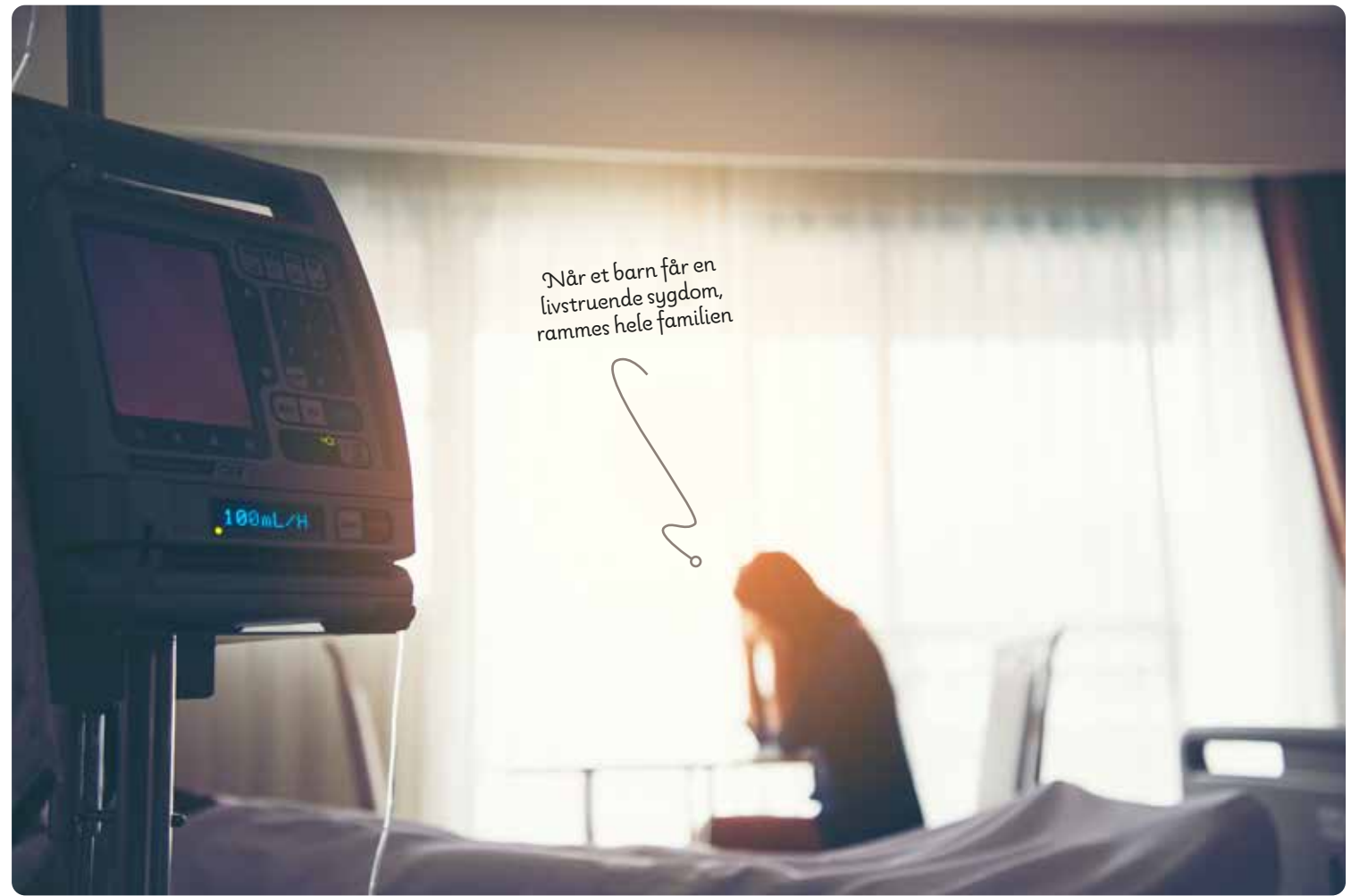
Ud over de opgaver og kontakter, f.eks. til praktiserende læge og daginstitution, der er forbundet med den almindelige forældreop-

gave, skal denne gruppe forældre håndtere og have overblik over en lang række yderligere kontakter til 'hjælpesystemet' og forskellige fagpersoner. Fagpersoner, der hver især løser en del af de behov for behandling, pleje, aflastning og afklaring af økonomiske forhold, der er. Mange forældre beskriver dette som særdeles ressourcerævende; at skulle være den, der samler trådene, formidler viden, aftaler og koordinerer med og imellem de forskellige fagpersoner. For den enkelte fagperson kan dette være et 'usynligt' vilkår, noget man ikke umiddelbart får øje på, fordi man i stedet har fokus på den

opgave, man skal løse. Men for familien er vilkåret, at man måske er den 10. fagperson, som mor har kontakt med den uge. Det er som fagperson vigtigt at være opmærksom på dette; både i forhold til at forstå forældres mulige reaktioner på samarbejdet. Men også for som fagperson at få øje på muligheder for at afhjælpe i forhold til koordinering, netværksarbejde osv. (Verberne et al. 2019; Raunkiær 2015; Jensen 2011).

... i en ny følelsesmæssig virkelighed

Siljas mor beskriver: - Det er, som om jeg aldrig kan finde ro! Jeg lytter hele natten, er



Ordene fra Siljas mor og Olivers far viser os, hvordan man som forældre parallelt med store ydre forandringer i familiens hverdag også skal leve i en meget svær følelsesmæssig virkelighed. Mange forældre beskriver, hvordan de gennem hele barnets sygdomsperiode – hvilket for nogles vedkommende vil sige hele barnets liv – har været i konstant alarmberedskab. Dette pga. konkrete (livstruende) sygdomsperioder, men også pga. bekymringer for, hvornår barnet igen får en svær sygdomsfase eller bliver terminalt syg.

For mange forældre opleves dette som at leve i et konstant alarmberedskab. En stressfyldt tilstand, som ofte vedligeholdes og forstærkes af praktiske omstændigheder omkring barnets sygdom, f.eks. at barnet er pleje- eller overvågningskrævende om natten.

At leve med tab, mens livet skal leves...

I familier, hvor et barn har en livstruende sygdom, er det at skulle miste flyttet ind som en uønsket del af tilværelsen. Hvor meget det italesættes og fylder eksplicit i hverdagen er forskelligt fra familie til familie. Også det enkelte forældrepar imellem kan der være forskel på, hvordan man lever i og med dette vilkår. Det kan for nogle par være svært og give konflikter. Men som mennesker er vi forskellige og har varierende behov på varierende tidspunkter, også når det gælder sorg (jf. særligt Stroebe og Shut's toprocesmodel, Guldin 2014; bl.a. Stroebe & Shut 2001; anticipatory grief, bl.a. Al-Gamal & Long, 2010).

Hos Marius' forældre har hans mor f.eks. behov for at tage stilling til, hvor han skal være, og hvem han skal være sammen med 'den sidste tid.' Hun vil gerne være forberedt, hvis hun skulle miste ham, næste gang han får en infektion. Marius' far ønsker derimod ikke at gøre sig disse konkrete overvejelser. Han ønsker snarere at have fokus på, hvad der her og nu gør Marius glad, og hvordan de alle i familien har mulighed for at holde fast i den hverdag, de kender. Begge er naturlige

måder at være med det at skulle miste Marius. Det vigtige er, at begge sider – både det at miste, sorgen og tabets følelser og udtryk, og det liv, der skal leves og måske 'genforhandles' – på forskellige tidspunkter får plads både hos den enkelte og i familien (børn og sorg, se bl.a. Guldin og Dyregrov 2017).

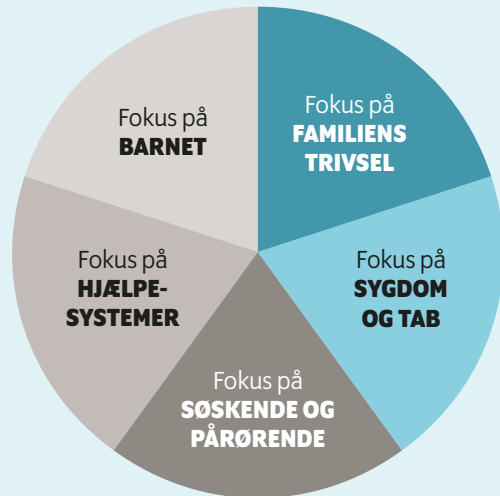
Langt de fleste forældre til børn med livstruende sygdomme vil også kunne beskrive en række tab af mere psykologisk karakter.

Eksempler på dette kan være tabet af 'det normale børneliv,' 'det raske barn' eller tab af forestillinger og drømme om, hvordan deres familie skulle være. F.eks. fortæller Siljas forældre om, hvor ondt det gør, at de helt må 'omskrive,' hvordan de troede, de skulle være som familie. De var en familie, der før rejste meget og så venner hver weekend. Nu kræver Siljas epilepsi, at de skærmer hende fra mange indtryk og mest opholder sig hjemme.

Mange forældre kan ligeledes beskrive et oplevet tab af egen identitet, f.eks. i forhold til job og karriere. Beskrivelser af ikke at kunne arbejde i det omfang og på den måde, de har været vant til, kan ofte være forbundet med mange svære følelser (bl.a. Collins et al., 2016). Olivers mor måtte f.eks. sige farvel til sin lederkarriere for at kunne gå hjemme med Oliver. Hun beskriver, hvordan hun ikke tror, hun nogensinde kommer tilbage til det samme karrieremæssige sted igen; og hvordan hun kan have svært ved at genkende sig selv, fordi det at fungere godt på job og præstere fagligt var en stor del af hendes identitet. Et oplevet tab af identitet kan f.eks. også omhandle, at man ikke længere kan se sig selv som den kæreste/ægtefælle/mor/far, man engang var. Både fordi mulighederne for at lave aktiviteter som at gå ud at spise, tage på ture osv., er blevet begrænsede, men også fordi det konstante alarmberedskab, der er beskrevet ovenfor, 'flytter med ind' i familiens relationer og kan bl.a. påvirke nær-vær og kommunikation (bl.a. Pinguart, 2019; Woolf et al., 2015).

At være en del af FamilieFOKUS' tilbud

FamilieFOKUS' grundlag er vores fem fokus-områder, som kan ses i figuren her ved siden af. Fokusområderne skal afspejle, at man for at forstå og møde familier i den virkelighed, der er blevet deres hverdag, må bringe flere forskellige perspektiver i spil. Når Siljas far beskriver, hvordan Siljas epilepsi "spredte sig som ringe i vandet i hele deres hverdag og for alle medlemmer i familien," er det netop dette, fokusområderne tydeliggør og afspejler.



I forlængelse af de fem fokusområder er FamilieFOKUS optaget af at skabe fokus på alle perspektiver i familien – barnet med sygdom, søskende i alle aldre, forældre som individ og par, bedsteforældre og andre nære pårørende. Vi søger herigennem at understøtte den bedst mulige trivsel for hele familien.

De steder, hvor familiens medlemmer tidligere har fundet glæde og 'ladet' batterierne op, kan opleves at skrumpes ind eller forsvinde helt. Det gælder både for familiens børn, hvor tid til den enkelte kan opleves som meget svær at prioritere, barnet med sygdom kan have begrænsede muligheder for deltagelse; og for familiens voksne, hvor både roller og muligheder i forhold til både job, venner og fritids-aktiviteter kan forandres markant (*bl.a. Lövgren et al. 2016*) (*for interviews om søskendeperspektivet på dansk, se bl.a. Petersen 2017*).

FamilieFOKUS giver plads til forståelse af de forskellige familiemedlemmers reaktioner, fra de voksne forældre og pårørende til de mindste søskende. Vi søger at støtte familien i at skabe rum for at tale om det, der er svært.

Vi ønsker også at understøtte familien i at finde de steder, hvor man kan få øje på sine egne og andres ressourcer – og hvor der kan findes 'næring' for den enkelte, men i særdeleshed også sammen som familie. For mange familier kan det at få hjælp til at strukturere hverdagen og sætte gode rammer for samvær og aktiviteter være det vigtige. Andre efterspørger et fysioterapeutisk blik på kroppens belastning, f.eks. ved mange løft.

Musikterapeutiske aktiviteter kan både være et rum, der samler familien om noget fælles, men kan også være lindrende i forhold til barnet med sygdom, forældres reaktioner osv. Samtaler med fagpersoner om belastning, sorg og andre svære tanker og følelser samt, hvordan disse bedst håndteres, er ofte også en del af forløbet. Det samme er samtaler, der understøtter, at familien får et godt samarbejde med professionelle hjælpesystemer fremadrettet. Temaer, der samlet understreger betydningen af, at familier med børn med livstruende sygdomme mødes af et tværfagligt tilbud med fleksibilitet og mulighed for at tilgodese den enkelte families aktuelle behov.

Et forløb i FamilieFOKUS er gratis og kan bestå af:

- Et lindrende ophold, hvor familien er afsted i fire dage i en af FamilieFOKUS' ferieboliger.
- Et hjemmeforløb, der foregår i familiens eget hjem

Forløbene er altid tilpasset den enkelte families behov i forhold til faglighed, indhold og planlægning.

Efter ophold eller hjemmeforløb er der mulighed for, at familien kan deltage på et netværksskursus sammen med andre familier. Familierne er afsted i fire dage og netværksskursus består af faglige oplæg og erfaringsudveksling familierne imellem.

Ud over forløb til familier med børn med livstruende sygdomme bibringer og formidler FamilieFOKUS også viden inden for det børnepalliative område. Dette sker bl.a. gennem formidling til fagpersoner, som faglig sparring, temadage, undervisning, supervision og andet.

FAMILIEFOKUS GIVER PLADS TIL FORSTÅELSE AF DE FØRSKELLIGE FAMILIEMEDLEMMERS REAKTIONER, FRA DE VOKSNE FORÆLDRE OG PÅRØRENDE TIL DE MINDSTE SØSKENDE

Hvad kan du som sundhedsplejerske gøre i forhold til et tilbud i FamilieFOKUS?

Vores erfaring er, at sundhedsplejersken kan have en særlig rolle i forhold til at hjælpe familier med et barn med en livstruende sygdom til den relevante hjælp. Som sundhedsplejerske kommer du i familiens hjem og møder familierne 'hvor de er,' og i den hverdag de lever i. At møde sundhedsplejersken er for mange familier forbundet med 'noget normalt,' noget alle børnefamilier gør – og det kan give en unik adgang til at hjælpe dem videre til den rette hjælp.

Som sundhedsplejerske er du altid velkommen til at ringe med spørgsmål og overvejelser om, hvorvidt FamilieFOKUS kunne være et relevant tilbud til en af de familier, du kommer i (se kontaktinformationer i boks på side 30). Med familiens samtykke kan du henvise familier direkte til os. For mange familier kan det være en stor hjælp, at nogen tilbyder at lave opkaldet for dem og evt. kan sende materiale med henblik på visitation. Forældrene er også meget velkomne til selv at tage kontakt til FamilieFOKUS.

Vi sender meget gerne informationsmateriale til dig, som du kan medbringe i familierne. Se hvordan på vores hjemmeside www.familiefokus.dk. ♥

Familierne i artiklen er er fiktive, men baseret på konkrete erfaringer og forældredragsagn fra FamilieFOKUS.

REFERENCER, anbefalinger til dansk litteratur på området

- Guldin, M.-B. (2014), Tab og sorg. En grundbog for professionelle. København: Hans Reitzels Forlag.
- Raunkjær, Mette (2015), Palliativ indsats til familier med børn og unge med livsbegrænsende eller livstruende tilstande – et litteraturstudie. København: Palliativt Videncenter.
- Sundhedsstyrelsen (2018), Anbefalinger for palliative indsatser til børn, unge og deres familie. Tilgængelig her: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/anbefalinger-for-palliative-indsatser-til-boern,-unge-og-deres-familier>.

FORSLAG TIL ANDEN RELEVANT LITTERATUR PÅ DANSK

- Guldin, M.-B. & Dyregrov, A. (2017), 'Jeg vil gerne tale om min sorg.' København: Akademisk Forlag.
- Jensen, C. (2011), 'Det kronisk syge barn og livet i familien.' København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Petersen, M.G. (2017), 'Sondemad og flødeboller – en portrætbog om søskende til mennesker med handicap.' København: Specialpædagogisk Forlag.
- Tvede, B. & Hestbæk, T. (2020), 'Mor forfra – fortællinger om at blive mor til et barn med handicap.' Frederiksberg: Frydenlund.

ØVRIGE REFERENCER I ARTIKLEN

- Al-Gamal, E. & Long, T. (2010), Anticipatory grieving among parents living with a child with cancer, Journal of Advanced Nursing, 66(9), 1980-1990.
- Collins, A., Hennessy-Anderson, N., Hosking, S., Hynson, J., Remedios, C. & Thomas, K. (2016), Lived experiences of parents caring for a child with a life-limiting condition in Australia: A qualitative study, Palliative Medicine, 30(10), 950-959.
- Lövgren, M., Bylund-Grenklo, T. & Jalmesell, L. (2016), Bereaved siblings' advice to health care professionals working with children with cancer and their families, Journal of Pediatric Oncology Nursing, 33(4), 297-305.
- Pinquart, M. (2019), Posttraumatic stress symptoms and disorders in parents of children and adolescents with chronic physical illnesses: a metaanalysis, Journal of Traumatic Stress, 32, 88-96.
- Stroebe, M. & Schut, H. (2001), Models of coping with bereavement: a review. Stroebe, M., Hansson, R., Stroebe, W. & Schut, H. (eds.), Handbook of bereavement research: consequences, coping and care (375-403). Washington: APA.
- Verberne, L.M., Kars, M.C., Schouten-van Meeteren, A.Y.N., van den Bergh, E.M.M., Bosman, D.K., Colenbrander, D.A., Grootenhuys, M.A. & van Delden, J.J.M. (2019), Parental experiences and coping strategies when caring for a child receiving pediatric palliative care: a qualitative study, European Journal of Pediatrics, 178, 1075-1085.
- Woolf, C., Muscara, F., Anderson, V.A. & McCarthy, M.C. (2015), Early traumatic stress responses in parents following a serious illness in their child: a systematic review, Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, DOI 10.1007/s10880-015-9430-y

Sundhedsstyrelsen orienterer

Nyt fra Sundhedsstyrelsen af Annette Poulsen



ANNETTE POULSEN

Sundhedsplejerske,
MSP, CNO

Mail via leder til fob@sst.dk
att: ANP

Marianne Albagaard,
sundhedsplejerske og tidligere
leder af sundhedsplejen i
Område Brønshøj/Vanløse



Sundhedsstyrelsen har ansat en ny sundhedsplejerske i 'Enhed for forebyggelse og ulighed'

Jeg hedder Marianne Albagaard, er 51 år og starter pr. 1. april 2022. Jeg er uddannet sundhedsplejerske i 2007 og har 9 års praksiserfaring med mig, foruden de sidste 5½ år, hvor jeg har været leder af sundhedsplejen i Område Brønshøj/Vanløse, som er et af Københavns Kommunes fem områder.

Foruden ledelsen af 34 sundhedsplejersker har jeg også erfaring med projektledelse af tværfaglige indsatser, der knytter sig til Københavns Kommunes 'Tidlig indsats' program, som er særligt rettet mod sårbare og udsatte familier.

Med andre ord er jeg vant til at samarbejde med mange forskellige faggrupper samt interessenter i både kommuner og regioner. Jeg ser meget frem til at blive en del af Sundhedsstyrelsens medarbejderstab og være med til at præge den nationale forebyggelsesindsats samt generelle indsatser af folkesundheds- og forebyggelseskarakter, som er knyttet til børn og unges sundhed og trivsel. ♥

Sundhedsstyrelsens TEMA-side om de første 1000 dage

På Sundhedsstyrelsens nye TEMA-side er der samlet både Sundhedsstyrelsens publikationer og større nationale og internationale projekter vedrørende tidlig indsats til børn og familier i de første 1000 dage, herunder Policy Recommendations fra Nordisk Ministerråds projekt: The First 1000 Days in the Nordic Countries.

På siden er også materialer i relation til konferencen 'En god begyndelse' - om de første 1000 dage, som blev afholdt 1. december 2021, herunder med PowerPoints fra oplægsholdere og korte film med dagens oplæg. Temasiden kan findes på dette link www.sst.dk/da/foerste-1000-dage

Vi håber meget, at denne side kan være til gavn i samarbejdet med og omkring familier og børn i de første 1000 dage. ♥

Stemmer fra praksisfeltet



I kølvandet på projektet 'Tidlig indsats for sårbare familier' udgav Sundhedsstyrelsen en antologi med artikler fra de 16 kommuner, der deltog i projektet. Artiklerne kan sammen med evalueringsrapport inspirere landets sundhedsplejersker til arbejdet med at målrette sundhedsplejens ydelser og er et vægtigt bidrag til, hvordan man kan arbejde med at styrke det tværfaglige samarbejde med henblik på tidlig opsporing og reduktion af ulighed i sundhed.

Antologien kan rekvireres hos Rosendahls Distribution på sundhed@rosendahls.dk mod porto og ekspedition (så længe lager haves) eller kan hentes på dette link

www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/Stemmer-fra--praksisfeltet-Fortællinger-til-inspiration-i-arbejdet-med-den-tidlige-indsats

Evalueringen kan hentes på dette link:

www.sst.dk/-/media/Puljer/Tidlig-indsats-for-s%C3%A5rbare-familier/Evaluering---Tidlig-indsats-til-saarbare-familier_SST.ashx ♥



Opdatering af pjecer om forebyggelse af vuggedød

De ledende sundhedsplejersker er pr. mail orienteret om, at pjecerne 'Forebyg vuggedød' er opdaterede med nyere tal for forekomsten og med billeder af far.

Forekomsten ligger under 10 pr. år og nogle år under 5. Anbefalingerne er uændrede. Pjecer fra 2011 bedes kasseret. ♥

Unik terapeutisk ammeindlæg

- FORDI AMNING IKKE SKAL GØRE ONDT!

Nursicare modulerer inflammation, renser kontinuerligt og sikrer hurtig heling af sår og revner. Nursicare er udviklet af professionelle sårbehandlere i samarbejde med ammespecialister og er baseret på de anerkendte Multifunktionelle sårbandager PolyMem®, som er dokumenteret smertelindrende.

- Fremmer heling
- Lindrer smerter
- Sikker for mor & barn
- Enkelt i brug



NYHED!

Læs evidensen bag de terapeutiske ammeindlæg



NURSICARE
Kærlig omsorg for dig

Apodan

“Kan sundhedsplejersken overse mødres tidlige svigt fordi at mødrenes mentaliseringsevne er fin?”

Der er belæg for, at sundhedsplejen tilbyder flere besøg til mødre, der har været udsat for omsorgssvigt i barndommen, når deres barn er mellem 5-12 måneder til trods for, at disse mødre udviser gode mentaliseringsevner de første fem måneder af barnets levetid.



at det er omsorgspersonens kontinuitet og tilgængelighed over for barnet, der medfører, at der skabes indre arbejdsmodeller i barnet, som hviler på tillid, tryghed og anerkendelse (Bowlby, 1994). Forskning viser, at omsorgssvigt i barndommen kan få negative konsekvenser for forældrekompetencer i voksenlivet. Dette kan bl.a. komme til udtryk ved, at forælderen har en generel mistillid til sig selv og omverdenen og kan have sværere ved at indgå i et udviklingsstøttende samspil med eget barn (Bowlby, 1994).

Metode

Vi har undersøgt, hvilken betydning det kan have for tilknytningen til eget barn, at man selv har været udsat for omsorgssvigt i barndommen. I vores afsøgning af viden på området har vi fået dybdegående indsigt i emnet og fundet resultater fra et omfattende kohorte-studie, der kan have stor relevans for, hvordan vi fremover tiltæller sundhedsplejens tilbud til udsatte familier i Danmark.

Metoden for opgaven er et litteraturstudie med hermeneutikken som videnskabsteoretisk referenceramme (Birkler, 2005). Ud fra en systematisk litteratursøgning med inklusions- og eksklusionskriterier fremkom der fire artikler (Talmon et al., 2019) (Fuchs et al., 2015) (Tedgård et al., 2018) (Kistin et al., 2014), som var relevante for problemstillingen og derved udgjorde datagrundlaget for opgaven. Der blev bevidst inkluderet både kvalitative og kvantitative studier i litteraturstudiet for at belyse problemstillingen fra flere vinkler. De kvantitative studier bestod af to kohorte studier, mens de kvalitative studier var interviews med mødre, der har været udsat for omsorgssvigt. Med afsæt i Merete Bjerrums tematiske analysemodel (Bjerrum, 2005) fremkom to overordnede temaer; ‘Psyisk sårbarhed som en barriere for tilknytning’ og ‘Tilknytning over tid.’

Temaet ‘Tilknytning over tid’ resulterede i nye viden for os, som vi fandt væsentlig at få vidensdelt. Fundene synes særligt relevante

Kohortestudie

Kvantitativ forskningsmetode som relaterer sig til undersøgelser, der sammenligner en gruppe, der har været udsat for en specifik eksponering, med en anden gruppe, som enten ikke er blevet eksponeret eller blev eksponeret i en anden grad.

i forhold til måden, hvorpå sundhedsplejen udvikler og forvalter tilbuddene til mødre, der har været udsat for omsorgssvigt, hvorfor temaet ‘Tilknytning over tid’ vil være det gennemgående fokus i denne artikel.

Resultater

I et omfattende tysk kohortestudie af Fuchs et. al, professorer i psykiatri sammenlignede man en gruppe på 58 mødre, der har været udsat for omsorgssvigt i barndommen med en kontrolgruppe på 61 mødre, der ikke har været udsat for omsorgssvigt – se figur på næste side. Gennem en blindet observationsmetode af mor/barn-samspillet fremgår det af resultaterne, at der ikke er signifikant forskel på de to grupper af mødres følelsesmæssige tilgængelighed over for deres barn ved 5 måneders alderen. Dog viser der sig en signifikant forskel på de to grupper ved 12 måneders alderen, hvor det fremgår, at gruppen af omsorgssvigtede mødre tydeligt stagnerer i deres udvikling af den følelsesmæssige tilgængelighed over for deres barn.

Dette blev bl.a. beskrevet i studiet med “...only very discrete interaction alterations at an infant age of 5 months compared to a comparison group, they differed significantly in emotional availability (EA) at the child’s age of 12 months.” (Fuchs et al., 2015).



RIKKE BJERREGAARD

RN, BScN, Sundhedsplejerske, Herning Kommune
Björg Nielsen, BSN, RN, Kommende Sundhedsplejerske i Silkeborg Kommune, pt. på barsel

MARIANNE EG

RN, MScN, Ph.d., Forskningssygeplejerske, Børn og Unge, Hospitalsenhed Midt

Indledning

Sundhedsplejen i Danmark fungerer som en vigtig aktør i forhold til at støtte forældres udvikling i at blive kompetente omsorgsgivere.

I familier, hvor forældre udviser mangel på sensitivitet, mentaliseringsevner og omsorgskompetencer, kan sundhedsplejerskens indsats få afgørende betydning for tilknytningen mellem forældre og barn (Rasmussen & Samberg, 2012). Mødre, der har været udsat for omsorgssvigt, kan have vanskeligere ved at mentalisere og være sensitiv i relationen med deres barn, hvilket kan få negativ be-

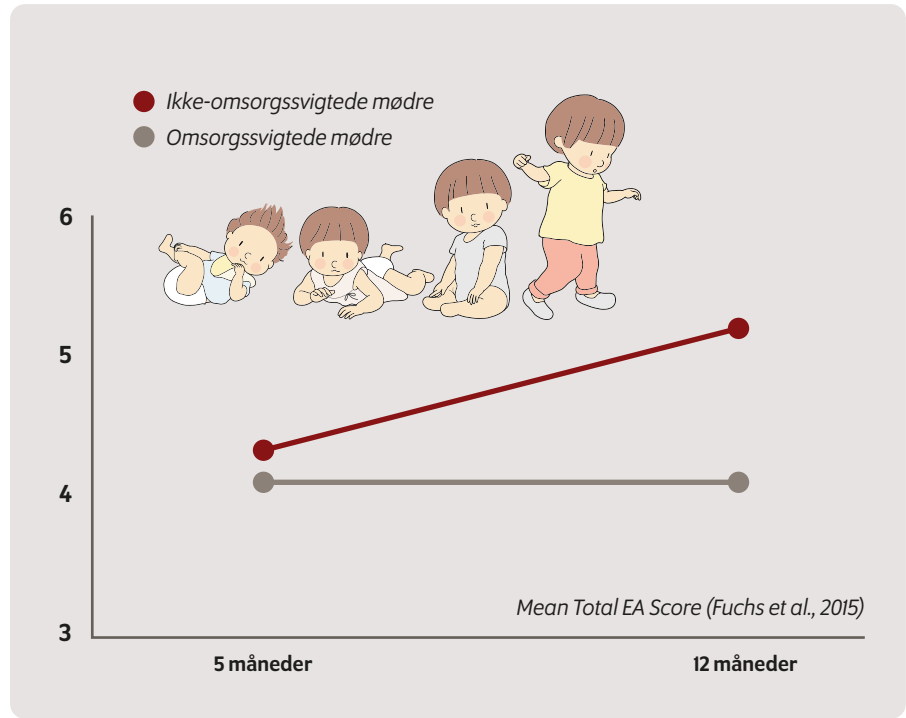
tydning for evnen til at understøtte barnets udvikling og tilknytning. I takt med, at barnet bliver ældre, og der er flere nuancer i barnets behov, skal barnet tilsvarende stimuleres og opleve at blive mødt med respekt for dets autonomi.

Et litteraturstudie i forbindelse med den afsluttende opgave på sundhedsplejerskeuddannelsen viser, at mentaliseringsevnen hos mødre, der har været udsat for omsorgssvigt, stagnerer, når deres barn er omkring fem måneder. Dette giver anledning til at stille spørgsmål om, hvorvidt sundhedsple-

jen bør tilbyde flere besøg til disse mødre for at forebygge en evt. tilknytningsproblematik.

Baggrund

Ifølge Susan Hart, specialist og supervisor i børnepsykologi, er det væsentligt, at barnets omsorgspersoner udviser glæde og sensitivitet over for barnet. Dette skaber en grundlæggende følelse af at blive set og elsket og dermed et fundament for barnets emotionelle udvikling og tilknytningsbånd mellem barn og omsorgspersoner (Hart, 2009). John Bowlbys tilknytningsteori påpeger,



Tids-vindue for tilknytning

Fuchs et. al har målt på flere parametre i forhold til mor/barn-samspillet, herunder sensitivitet, respons fra barnet, engagement osv. (se ovenstående illustration). Gruppen af mødre, der har været udsat for omsorgssvigt, viste bl.a. nedsat sensitivitet overfor deres barn ($t(117) = -6.00; p < 0.001$) samt en grænseoverskridende og påtrængende adfærd, når deres barn nåede 12 måneders alderen: *“The study shows significant interactions between time of assessment and group for the total EA score and the subscales sensitivity, intrusiveness, and responsiveness.”* (Fuchs et al., 2015).

Endvidere udviste børnene af mødre, der har været udsat for omsorgssvigt, en signifikant nedsat respons i samspillet sammenlignet med kontrolgruppen: *“In the 12-month-old children, significantly lower scores on infant responsiveness and infant*

involvement were observed.” (Fuchs et al., 2015).

Børn er i rivende udvikling fra 5 til 12 måneders alderen og skal tilsvarende opleve at blive mødt med respekt for dets autonomi og understøttet dets naturlige udvikling (Hart, 2016). I studiet fremgår det, at mødre, der har været udsat for omsorgssvigt, kan opleve børnenes udvikling over tid som udfordrende. Mødrene i studiet gav udtryk for tiltagende tab af kontrol i interaktionen med deres barn, desto ældre barnet blev: *“A sense of loss of control might emerge, a situation in which the abused mother might experience again her own helplessness and victimization through interactions with the child.”* (Fuchs et al., 2015).

Nedsat mentaliserings-evne hos mødre, der har været udsat for omsorgssvigt

Manglende sensitivitet hos mødre, der har været udsat for omsorgssvigt, kan medføre, at de ikke formår at afstemme deres barn følelsesmæssigt. Ifølge psykoanalytiker, Peter Fonagy, er udgangspunktet for en tryk og harmonisk relation til en primær omsorgsperson grundlaget for et barns tilknytning og udvikling. I sådan en relation vil barnet tilbydes et udviklingsstøttende samspil, hvori det lærer at sætte ord på egne følelsesmæssige tilstande (Fonagy, 2018). Det kan tyde på, at mødrenes manglende sensitivitet ikke er en bevidst handling, men derimod et udtryk for, at de mangler redskaber og forståelse for, hvordan man mentaliserer med sit barn i takt med, at det bliver ældre.

Det fremgår af resultaterne, at omsorgssvigtede mødre kan udvise en grænseoverskridende og påtrængende adfærd i samspillet med deres barn. Fonagy påpeger, at hvis barnets indre erfaringer ikke mødes af en ydre forståelse, vil barnet blive utrygt og forvirret og dermed ikke lære at sætte sig ind i andres følelser, dvs. at de ikke lærer at mentalisere (Fonagy, 2018). Mødrenes nedsatte evne til mentalisering kan derfor betyde, at de kan have svært ved at indgå i et udviklingsstøttende samspil med respekt for barnets grænser og autonomi.

Ifølge Fonagy skal mentalisering forstås som *“...fokus på mentale tilstande hos én selv og hos andre især i forbindelse med forklaring på adfærd”*. Fonagy påpeger, at bevidsthed om egne følelser er grundlaget for at kunne mentalisere med andre (Fonagy, 2018). Det antages derfor, at

det kan være vanskeligere for mødre, der har været udsat for omsorgssvigt, at mentalisere og være sensitiv i relationen med eget barn, herunder aflæse følelser, sætte ord på dem samt regulere dem. En styrket

mentaliserings-evne vil kunne bidrage til at øge mødrenes sensitivitet over for barnet og dermed styrke tilknytningen.

Udvikling af sundhedsplejens tilbud til mødre, der har været udsat for omsorgssvigt

Viden om, at der kan være risiko for stagnation i mentaliserings-evne hos mødre, der har været udsat for omsorgssvigt, fra barnet er 5-12 måneder, synes at stille krav til sundhedsplejen i forhold til at opspore og iværksætte en rettidig indsats for at sikre tilknytning mellem mor og barn.

Med ovenstående viden er der belæg for, at sundhedsplejen tilbyder flere besøg til mødre, der har været udsat for omsorgssvigt, når barnet er mellem 5-12 måneder til trods for, at mødrene udviser gode mentaliseringsevner ved 5-måneders alderen. Vi er bevidste om, at der allerede tilbydes udvidet sundhedspleje til sårbare og udsatte familier i kommunerne.

Vi ønsker med denne artikel ikke at anfægte det nuværende tilbud, men i stedet at sætte fokus på en mulig faldgrube, såfremt sundhedsplejersken vurderer, at standardbesøg jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2019), er tilstrækkelige, fordi moren udviser gode mentaliserings-evner ved 4-6 måneders-besøget. Her vil næste besøg ligge, når barnet er 8-10 måneder, og dermed kan der kan gå op mod seks måneder mellem besøg. Med afsæt i ovenstående viden risikerer vi at lade os snyde at gode mentaliserings-evner hos disse mødre og dermed overse en evt. tilknytningsproblematik.

Vi ønsker med denne artikel at sætte fokus på denne problemstilling og håber, at det kan give anledning til drøftelser og overvejelser i kommunerne i forhold til det nuværende tilbud.

Den afsluttende opgave på specialuddannelsen til sundhedsplejerske kan rekvireres på bjoerg.nielsen88@gmail.com
Rikke.bjerregaard@herning.dk



REFERENCER

- Birkler, J. (2005). Kapitel 6. Forståelse. I Viden-skabsteori—En grundbog (Bd. 1). Munksgaard.
- Bjerrum, M. (2005). Fra problem til færdig opgave (1. udgave, 2. oplag, Bd. 1–1). Akademisk Forlag.
- Bowlby, J. (1994). En sikker base: Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser. Det lille Forlag.
- Fonagy, P. m. fl. (2018). Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling (A. Lev & A. Bonnevie, Overs.; 2. udgave). Akademisk Forlag.
- Fuchs, A., Möhler, E., Resch, F., & Kaess, M. (2015). Impact of a maternal history of childhood abuse on the development of mother–infant interaction during the first year of life. *Child Abuse & Neglect*, 48, 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.023>
- Hart, S. (2009). Den følsomme hjerne: Hjernens udvikling gennem tilknytning og samhørighedsbånd (1. udgave). Hans Reitzel.
- Hart, S. (2016). Fra tilknytning til mentalisering (1. udgave). Hans Reitzel.
- Kistin, C. J., Radesky, J., Diaz-Linhart, Y., Thompson, M. C., O'Connor, E., & Silverstein, M. (2014). A Qualitative Study of Parenting Stress, Coping, and Discipline Approaches Among Low-Income Traumatized Mothers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 35(3), 189–196. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000032>
- Rasmussen, J., & Samberg, V. (Red.). (2012). Sundhedspleje: Et fag i forandring (1. udgave). Munksgaard.
- Sundhedsstyrelsen. (2019). Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Sundhedsstyrelsen.
- Talmon, A., Horovitz, M., Shabat, N., Haramati, O. S., & Ginzburg, K. (2019). “Neglected moms”—The implications of emotional neglect in childhood for the transition to motherhood. *Child Abuse*, 10.
- Tedgård, E., Råstam, M., & Wirtberg, I. (2018). Struggling with one’s own parenting after an upbringing with substance abusing parents. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13(1), 1435100. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1435100>

Næste deadline for materiale
til Sundhedsplejersken nr. 3:

D. 30. marts 2022

Skriv til redaktoer@mediegruppen.net

Kort fortalt



Småbørnsskemaet

I foråret 2022 lancerer BørnUngeliv det nye småbørnsmodul, som er målrettet forældre til børn i alderen 8-10 måneder. Småbørnsmodulet anvendes til sundhedsplejens 8-10 måneders besøg og har til formål at give fagpersoner en nyttig viden, som kan bruges i arbejdet med det enkelte barn. Samtidig er det hensigten at styrke forældres opmærksomhed på barnets trivsel og sundhedsplejerskens understøttende rolle i forhold til forældrene.

Småbørnsskemaet er blevet til i et konstruktivt samarbejde i en arbejdsgruppe, bestående af sundhedsplejersker fra deltagerkommunerne i BørnUngeliv og en række forskere, og er dermed tilpasset kommunernes ønsker og behov i praksis. ♥



Ny hæfteserie er udarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og FSTB

FSTB (foreningen for støtte til transkønnede børn) har med støtte fra sundhedsstyrelsen, udarbejdet en hæfteserie.

Serien henvender sig til fagprofessionele og familier, som er i berøring med transkønnede børn og unge.

Mange af de råd og den viden, der er i hæfterne, kan også anvendes i arbejdet med børn og unge, der generelt har en anden oplevelse af

deres køn, end det de fik tilkendt ved fødslen.

Det er muligt at hente hæfterne via PDF ved at følge dette link

www.fstb.dk/viden

Ønskes hæfterne i fysisk form, kan de bestilles via hjemmesiden

www.fstb.dk.

Der gøres opmærksom på, at hæfterne er gratis, men at modtager betaler porto. ♥

BørnUngeliv som ny forening

BørnUngeliv er officielt blevet etableret som en selvstændig almenyttig forening med egen bestyrelse. BørnUngeliv udarbejder spørgeskemaer til kommunerne til at få konkret viden om børn og unges trivsel. BørnUngeliv er kommunernes eget redskab til tværfagligt samarbejde og dialog, som gør det muligt tidligt at opspore mistrivsel hos børn og unge.

Den nye forening har afholdt sit første bestyrelsesmøde den 14. januar 2022, hvor den nye bestyrelse er trådt sammen. I 2022 vil foreningen BørnUngeliv især have et stort fokus på forankring af den nye organisation, så vi fortsat kan lykkes godt med at skabe de bedste betingelser for børn og unges sundhed og trivsel. Ambitionen er at fortsætte en organisation, der er kendetegnet ved, at medlemskommunerne har indflydelse på foreningens udvikling og retning, og at BørnUngeliv er en attraktiv samarbejdspartner, der fortsat tilbyder et redskab, der er fleksibelt, praksisnært og let at anvende. ♥

olívy baby care

[diaper change]

Vejen til en sund og modstandsdygtig babyhud

Olívy renser, plejer og beskytter huden under bleen. Den unikke blanding af olivenolie og kalk opretholder hudens naturlige barrierefunktion og forebygger bleudslæt.

Anbefal Olívy i stedet for vand, sæbe og vådservietter – til glæde for alle børn, der bruger ble.



Læs mere på www.olivy.dk

FOREBYGGER
RØDME OG
IRRITATION

BASERET PÅ
OLIVENOLIE



Fås på apoteket og hos Matas

Allergicertificeret / Dermatologisk testet / Klinisk dokumenteret effekt



Fødsels-depression i Danmark

Samarbejdet mellem forskning og praksis

Sundhedsplejersker spiller en afgørende rolle i forhold til at opspore og identificere mødre og fædre med en fødselsdepression, og de er derfor vigtige samarbejdspartnere i dansk forskning inden for forældres mentale helbred. Denne artikel fokuserer på den nuværende viden om fødselsdepressioner, samt opsummerer nogle igangværende danske forskningsprojekter indenfor feltet.

Vigtige pointer:

- Tidlig opsporing af fødselsdepression hos forældre er vigtig, da det giver mulighed for tidlig og målrettet indsats og behandling
- Screeningstiltag og behandlingsmuligheder for fødselsdepression varierer på tværs af danske kommuner
- Sundhedsplejerskernes bidrag til dansk forskning er vigtig for at forbedre fremtidens praksis i forhold til opsporing og behandling af fødselsdepressioner

Fødselsdepression – en sygdom med konsekvenser

Fødselsdepression er en velkendt komplikation til det at blive forælder. Det kan ramme både mødre og fædre, og hos nogle starter symptomerne allerede i graviditeten.^[1,2] En fødselsdepression hos den ene forælder eller begge kan have store konsekvenser, både for de der rammes, men også for resten af familien som helhed, og især barnet. Der er bl.a. risiko for en negativ påvirkning af parforholdet samt øget risiko for tilbagefald senere i livet. Når en forælder er ramt af fødselsdepression, ses der i nogle tilfælde en dårligere tilknytning til barnet, og barnets emotionelle, kognitive og adfærdsmæssige udvikling kan ligeledes være påvirket negativt på kort og lang sigt.^[3,4]

Hvem rammes?

Der er en række velbeskrevne risikofaktorer for fødselsdepression, såvel biologiske faktorer som sociale og psykologiske aspekter i personens liv. Nogle af de fremtrædende risikofaktorer er familiær disposition, tidligere depressive episoder, negative eller traumatiske livsbegivenheder i tiden omkring fødslen, problemer i parforholdet samt sparsom støtte fra det øvrige netværk.^[3,4] Derudover viser studier, at fædre er i øget risiko for at få en fødselsdepression, hvis moderen udvikler en fødselsdepression.^[4] På trods af, at der er identificeret en række enkeltstående risikofaktorer, mangler der stadig viden om årsagerne til fødselsdepression. Der er ligeledes utilstrækkelig viden om, hvordan disse risikofaktorer interagerer med



hinanden, og hvordan fødselsdepression effektivt kan forebygges.

Hjælp til fædre og mødre med en fødselsdepression

Det er afgørende, at en fødselsdepression bliver identificeret tidligt, da hurtig og relevant indsats kan forebygge de negative konsekvenser, som sygdommen kan have for de ramte og familien.^[5] Symptomer på en fødselsdepression kan komme forskelligt til udtryk hos fædre og mødre. Hos fædre rammer symptomerne ofte senere end hos mødre og fører langt sjældnere til ambulante kontakter i psykiatrien, indlæggelse eller selvmord. En forklaring herpå er bl.a. den biologiske forskel, der er mellem fædre og mødre i forbindelse med graviditet og fødsel, hvor kvinden gennemgår store hormonelle udsving.^[1,2] Heterogeniteten i både symptomer og timing er et vigtigt opmærksomhedspunkt for fremtidige projekter, der fokuserer på forebyggelse og behandling af fødselsdepression og for sundhedsprofessionel praksis.

Et af de hyppigst anvendte værktøjer til tidlig opsporing af symptomer på en fødselsdepression er Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).^[6] I de danske kommuner ses stor variation i, hvordan og hvornår screeningerne foregår. Ved sammenligning af kommunerne varierer det bl.a., om alle forældre tilbydes screening, eller om det kun er de, der udviser symptomer. I en rapport fra Sundhedsstyrelsen peger resultaterne

Forekomst af fødselsdepression i Danmark

 **Ca. 10-15 %**
af alle mødre
rammes

 **Ca. 6-10 %**
af alle fædre

på, at mere systematisk screening af forældre vil betyde opsporing af flere mødre og fædre med symptomer på fødselsdepression.^[6] Dette screeningsbehov understreges også af en nyere undersøgelse fra Mødrehjælpen, hvori det tyder på, at mange forældre med symptomer ikke opdages og dermed ikke modtager den rette hjælp.^[7]

Der ses ligeledes stor variation i de behandlingstilbud, kommunerne har at tilbyde forældre med milde til moderate depressioner, og om de har tilbud til både mødre og fædre. Desværre er der også nogle kommuner, som oplever direkte mangel på henvisningsmuligheder.^[6] En ny rapport fra VIVE beskriver bl.a., at der generelt mangler viden om virkningen af de interventioner, der tilbydes, og dette specielt hos fædre.^[8]

Nye behandlingstilbud og infrastrukturen for denne bør derfor være et fokusområde og en metode, som endnu ikke er afprøvet i Danmark til behandling af milde og moderate fødselsdepressioner, er internetbaseret kognitiv adfærdsterapi. Det er afprøvet i udlandet med positive resultater og er et behandlingstilbud, der er let at implementere i praksis, såfremt det viser sig at være effektivt i en dansk kontekst og i sammenligning med relevante alternativer.^[9]

Udover henvisning til kommunernes egne behandlingstilbud kan forældrene henvises til den praktiserende læge, som kan viderehenvise til psykiatrisk behandling ved behov. Behandlingen af en fødselsdepression skal tilpasses sværhedsgraden, og i

FORFATTERNE

NETE STUBKJÆR THOMSEN

Cand.scient.san.publ.
Forskningsassistent, Aarhus Universitet.

TRINE MUNK-OLSEN

Professor, Syddansk Universitet
og Aarhus Universitet

METTE-MARIE ZACHER KJELDSSEN

Cand.scient.san.publ.
PhD-studerende, Aarhus Universitet

VIBE GEDSØ FRØKJÆR

MD, PhD. Overlæge, Psykiatrisk Center København.
Klinisk forskningslektor i Psykiatri, Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet.

Seniorforsker og gruppeleder, Neurobiologisk Forskningsenhed, Neurologisk afdeling, Rigshospitalet

Adjungeret professor, Institut for Psykologi, Det samfundsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.

KATHRINE BANG MADSEN

Cand.scient.san, PhD
Forsker Aarhus Universitet

milde til moderate tilfælde startes oftest med non-farmakologiske tiltag, såsom forskel-
 lige typer af samtaleterapi.^[10] Er dette ikke
 tilstrækkeligt, suppleres med medicinsk
 behandling, og i de sværeste tilfælde kan
 indlæggelse være nødvendigt.^[1, 2]

Dansk forskning i fødselsdepression
 På trods af en bred forståelse af f.eks. risiko-
 faktorer for fødselsdepressioner er der sta-
 dig behov for yderligere viden og evidens til,
 og udvikling af, klinisk praksis indenfor om-
 rådet. I Danmark er der flere igangværende

forskningsprojekter, som beskæftiger sig
 med forældres mentale helbred, og hvordan
 dette påvirker barnet. Tabel 1 viser en over-
 sigt over de igangværende forsknings- og
 formidlingsprojekter, vi har identificeret.

Tabel 1. **Oversigt over danske forskningsprojekter**

Titel	Projektleder	Fokus	Metode
HOPE Fødselsdepression ^[11] HELP ^[12] www.hope.au.dk hope@econ.au.dk (Aarhus Universitet og Syddansk Universitet)	Trine Munk-Olsen Kathrine Bang Madsen	Risikovurdering i forhold til udvikling af fødselsdepression hos mødre og fædre Sammenhængen mellem ADHD og fødselsdepression	Kohorte studie baseret på registerdata, data fra spørgeskema og sundhedsjournaldata Registerforskning og udvikling af rådgivningstilbud
MAMA maternal mental health trial ^[13] www.clinicaltrials.gov Identifier: NCT04685148 (Region H Psykiatri/ Københavns Universitet)	Vibe Gedsø Frøkjær	Evaluering af østrogen-plaster de første tre uger efter fødslen som forebyggende strategi hos gravide kvinder, der tidligere har haft en fødselsdepression.	Randomiseret dobbelt-blinded klinisk forsøg med østrogen-plaster de første tre uger efter fødslen over- for placebo
KU Babylab Copenhagen Infant Mental Health Project (CIMHP) 1. Alarm Distress BaBy Scale (ADBB) ^[14] 2. Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) ^[5] 3. Tryghedscirklen (COSP [®]) ^[15] (Københavns Universitet)	Susanne Harder Mette Skovgaard Væver Simo Køppe Johanne Smith-Nielsen	Mor-barn interaktionen Psykisk trivsel hos forældre og spædbørn 1. Implementering og validering af ADBB 2. Validering af EPDS 3. Evaluering af COSP [®]	Eksperimentel forskning over en længere tidsperiode (longitudinelt) Randomiseret kontrolleret forsøg i sundhedsplejen
Wellbeing and Resilience: Mechanisms of transmission of health and risk in parents with complex mental health problems and their offspring (WARM) ^[16] (Københavns Universitet)	Susanne Harder	Faktorer, der har betydning for barnets udvikling, når moderen har en psykisk lidelse	Fremadrettet kohortestudie i Dan- mark og Skotland, baseret på data indsamlet på fem definerede tids- punkter via interviews samt allerede eksisterende spørgeskemaer
Forstå din baby ^[17] (Københavns Universitet)	Ida Egmos Pedersen	Førstegangsforældres evne til at forstå og møde deres 0 til 1-årige barns signaler og behov	Randomiseret kontrolleret forsøg i samarbejde med sundhedsplejersker
Prediction of depressive symptoms after birth: An online pregnancy risk profile screening tool (PRE-SCREEN) ^[18] (Region Hovedstaden)	Kamilla Woznica Miskowiak	Prædiktio af fødselsdepression hos mødre ved hjælp af neuropsykologisk undersøgelse	Observationsstudie over længere tid (longitudinelt)
Far for livet ^[19] (København – Forum for mænds sundhed)	Svend Åge Madsen	Far-barn relationen	Formidling og forskning indenfor fædres mentale helbred

Blandt projekterne, nævnt i Tabel 1, har
 nogle entydigt fokus på fødselsdepression,
 mens andre fokuserer mere bredt på det
 mentale helbred hos nybagte forældre. Der
 er ligeledes projekter, som beskæftiger sig
 med tidlig opsporing og forebyggelse, mens
 andre studier fokuserer på, hvordan en fød-
 selsdepression hos en forælder kan påvirke
 barnet.

**Sundhedsplejerskernes rolle
 i danske forskningsprojekter**
 Copenhagen Infant Mental Health Project
 (CIMHP) samarbejder i deres delprojekter
 med sundhedsplejersker ude i praksis. De
 har i et af deres delprojekter implementeret
 screeningsværktøjet Alarm Distress BaBy
 Scale (ADBB) i sundhedsplejen med det
 formål at opspore spædbørn, der mistrives
 [14]. De foreløbige resultater fra projektet er
 positive, og de undersøger fortsat brugen af
 ADBB i sundhedsplejen.^[20] Et andet delprojekt
 under CIMHP evaluerer Tryghedscirklen
 (COSP[®]), som er et gruppebaseret forældre-
 program, der støtter en sund relation mellem
 forældre og barn. Her sammenligner de virk-
 ningen af COSP[®] med det sædvanlige tilbud,
 der gives til sårbare familier, hvor implemen-
 teringen og evalueringen sker i samarbejde
 med sundhedsplejen.^[15]
 Sundhedsplejen er også en vigtig aktør i
 projekt ‘Forstå din baby.’ Projektet har til for-
 mål at opnå viden om førstegangsforældres

oplevelse af at blive forældre samt udbrede
 viden om spædbørns sociale og følelses-
 mæssige udvikling via Forstå din baby-
 indsatsen. Formålet er at undersøge,
 hvorvidt Forstå din baby-indsatsen, vil få
 førstegangsforældre til at føle sig mere kom-
 petente og trygge i deres nye roller.^[17]

**Tidlig opsporing af fødsels-
 depression sikrer en tidlig indsats**
 Forskningsprojektet HOPE Fødselsdepres-
 sion undersøger, hvorfor nogle forældre
 udvikler en fødselsdepression, mens andre
 ikke gør. Målet er at udvikle et screeningsred-
 skab, som kan anvendes i sundhedsplejen til
 at vurdere den enkeltes risiko for at udvikle
 en fødselsdepression. Lykkes dette, vil det
 være muligt at indsætte relevante indsatser
 tidligt. Projektet indsamler data fra mødre og
 fædre via en spørgeskemaundersøgelse, og
 der anvendes ligeledes journaldata fra sund-
 hedsplejen. Også i dette projekt er samarbej-
 det med sundhedsplejen vigtigt. Både til at
 informere forældre om spørgeskemaunders-
 søgelsen, og til at give accept til udlevering af
 journaldata.^[11]

I 2022 udvides HOPE projektet med del-
 projektet HELP, som vil undersøge sammen-
 hængen mellem fødselsdepression og ADHD
 hos mødre. Projektet vil teste et rådgivnings-
 forløb i samarbejde med ADHD-foreningen
 og Mødrehjælpen.^[12]

**Når forskning og praksis går
 hånd i hånd**
 I Danmark er der stor forskningsaktivitet
 inden for emnet fødselsdepression. Der er
 unikke muligheder for forskning bl.a. fordi,
 der er høj tillid til forskning, der er adgang
 til detaljerede data af høj kvalitet, og der er
 et godt samarbejde med praksis, herunder
 sundhedsplejen.

Symptomer på
 fødselsdepression

Symptomerne på en
 fødselsdepression ligner
 de symptomer, der er ved
 depressioner på andre tider i
 livet. Ved en fødselsdepression
 har symptomerne oftest
 forældreskabet som
 omdrejningspunkt.

- Kernesymptomer**
 - Nedtrykthed
 - Nedsat lyst og interesse
 - Manglende glæde
 - Nedsat energi
 - Øget træthed
 - Uoverkommelighedsfølelser

- Ledsagersymptomer**
 - Nedsat selvtillid
 - Selvbefræjdelse
 - Skyldfølelse
 - Selvmordstanker
 - Angst
 - Søvnforstyrrelser
 - Nedsat appetit
 - Koncentrationsbesvær
 - Hukommelsestab
 - Psykomotorisk hæmning
 (nedsat mimik, langsomhed i
 tanke og tale eller agitation)



Den igangværende forskning vil bidrage med en bred viden, der i praksis vil styrke sundhedsprofessionelle i arbejdet med familier, hvor den ene eller begge forældre er ramt af en fødselsdepression. Derudover vil den nye viden ligeledes understøtte politiske og strukturelle diskussioner samt udvikling og forbedring af nuværende tilbud. Dette både i forhold til forebyggende initiativer, men også behandlende og sundhedsfremmende tilbud til familierne og børnene.

Sundhedsplejerskers og andre sundhedsprofessionelles villighed til at samarbejde med forskningsprojekter er meget værdifuld for at sikre resultater af høj kvalitet, der kan oversættes og anvendes i praksis. Der er et påtrængende behov for at eksisterende og kommende viden samles og gøres tilgængelig for de fagfolk, der arbejder med kommende og nye forældre. Dette for, at det kan omsættes til den ønskede værdi for familierne. ♥

Hjælp HOPE Fødselsdepression

Skal sundhedsplejen i din kommune bidrage til HOPE's forskning?

Vi har brug for hjælp til at få besvarelser på vores spørgeskema og har allerede flere kommuner, der uddeler pjecer for os, når de besøger forældrene i deres arbejde.

I kan kontakte HOPE på hope@econ.au.dk ved interesse.

REFERENCER

- Munk-Olsen T, Maegbaek ML, Johannsen BM, et al. "Perinatal psychiatric episodes: a population based study on treatment incidence and prevalence." *Translational Psychiatry* 2016 18;6(10):e919
- Madsen KB, Lund M, Thomsen NS, et al. "Pregnancy and postpartum psychiatric episodes in fathers: A population-based study on treatment incidence and prevalence." *Journal of Affective Disorders* 2021 1;296:130-135
- Patel M, Bailey R, Ali S, et al. "Postpartum Depression: A review." *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 2012 34(2):534-42
- Glasser S and Lerner-Geva L. "Focus on Fathers: Paternal Depression in the Perinatal Period." *Perspectives in Public Health* 2019 139(4):195-98
- Smith-Nielsen S, Matthey S, Lange T, Væver MS. "Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression." *BMC Psychiatry* 2018 18(1):393
- Sundhedsstyrelsen. "Tidlig indsats for sårbare familier afsluttende evalueringsrapport" Rambøll 2021.
- Mødrehjælpen. Den første tid efter fødslen. "4 ud af 10 forældre mangler hjælp ved efterfødselsreaktioner." Winnie Alim. Mødrehjælpen (10) 2021.
- Pontoppidan M., Smith-Nielsen J., Nøhr K. "Indsats i forhold til fødselsdepression – En litteraturgennemgang af eksisterende viden." VIVE. Sundhedsstyrelsen 2022.
- Lau Y, Htun TP, Wong SN, et al. "Therapist-Supported Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Stress, Anxiety, and Depressive Symptoms Among Postpartum Women: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of Medical Internet Research*. 2017 19(4):e138
- Sundhedsstyrelsen. "Anbefalinger for svangreomsorgen." Komiteen for Sundhedsoplysning 2021
- hope.au.dk – Om projektet. Findes på: <https://econ.au.dk/the-national-centre-for-register-based-research/hope/om-projektet/> Besøgt 05-01-2022
- Sygeforsikring.dk – Donationer i 2021. Findes på: <https://www.sygeforsikring.dk/donationer-i-2021> Besøgt 05-01-2022
- Høgh S, Hegaard HK, Renault KM, et al. "Short-term oestrogen as a strategy to prevent postpartum depression in high-risk women: protocol for the double-blind, randomised, placebo-controlled MAMA clinical trial." *BMJ Open* 2021;11:e052922.
- psy.ku.dk – Opsporing med ADBB. Findes på: <https://psy.ku.dk/cif/forskning/copenhagen-infant-mental-health-project/implementering-og-validering-af-adbb-som-universelt-screeningsredskab/> Besøgt 05-01-2022.
- Væver MS, Smith-Nielsen J, Lange T. "Copenhagen infant mental health project: study protocol for a randomized controlled trial comparing circle of security –parenting and care as usual as interventions targeting infant mental health risks." *BMC Psychology* 2016 22;4(1):57
- Psy.ku.dk – Wellbeing and Resilience: Mechanisms of transmission of health and risk in parents with complex mental health problems and their offspring (The WARM Study) Findes på: https://psy.ku.dk/Forskning/forskerklynger/ecdu/forskning/the_warm_study/ Besøgt 05-01-2022
- Forstaadinbaby.dk – Hvad er Forstã din baby? Findes på: <https://forstaadinbaby.dk/om-projektet> Besøgt 05-01-2022
- research.regionh.dk - Prediction of depressive symptoms after birth: An online pregnancy risk profile screening tool (PRE-SCREEN). Findes på: [https://research.regionh.dk/psykiatrien/da/projects/prescreen\(84a43ce6-3bcc-4f29-9e52-dac2053b53b8\).html](https://research.regionh.dk/psykiatrien/da/projects/prescreen(84a43ce6-3bcc-4f29-9e52-dac2053b53b8).html) Besøgt 05-01-2022
- farforlivet.dk – Om. Findes på: <https://www.farforlivet.dk/om/> Besøgt: 05-01-2022
- Smith-Nielsen J, Lønfeldt N, Guedeney A, Væver MS. "Implementation of the Alarm Distress BaBy Scale as a universal screening instrument in primary care: feasibility, acceptability, and predictors of professionals' adherence to guidelines." *International Journal of Nursing Studies* 2018 79:104-113



Nestlé præsenterer de nye NANCARE produkter.



NANCARE FIBERS
Ved fordøjelsesbesvær



NANCARE TRIPLUS
Under behandling med antibiotika



NANCARE HYDRATE
Til ernæringsmæssig håndtering af væske og elektrolytmangel ved opkast og/eller diarre

Nestlé NANCARE er vores skræddersyede udvalg af videnskabeligt baserede, avancerede kosttilskud & fødevarer til særlige medicinske formål.

Hvert NANCARE produkt er specielt designet til spæd- og småbørn og indeholder én eller en kombination af omhyggeligt udvalgte aktive ingredienser, såsom mælkesyrebakterien *L.rhamnosus*, oligosaccharider eller fibre GOS/FOS.

Nestlé har 150 års erfaring med børneernæring og introducerer nu det nye NANCARE udvalg af produkter til spæd- og småbørn.

VIGTIG INFORMATION WHO anbefaler udelukkende amning de første 6 måneder. Nestlé støtter fuldt ud dette ligesåvel som delvis amning bør fortsætte sammen med introduktion af en varieret kost ifølge råd fra sundhedsplejerske eller egen læge. Dette produkt er ikke en erstatning for modermælk. Kosttilskud kan ikke erstatte en varieret kost og en sund livsstil. Den anbefalede dosis bør ikke overskrides. Produktet skal kun bruges i samråd med sundhedsplejerske eller egen læge. NANCARE HYDRATE anvendes under lægelig overvågning. Fødevarer till særlige medicinske formål.

Nestlé
NANCARE

Anmeldelser



På sporet af det gode børneliv – et børneperspektiv på tidlig indsats

Pernille Juhl er cand.pæd.pæd.psyk., ph.d. og lektor ved Roskilde Universitet.

Bogen tager udgangspunkt i hendes empiriske arbejde og analyser i forbindelsen med hendes ph.d.-afhandling fra 2014.

I bogen søger Juhl svar på følgende spørgsmål: Hvad ser ud til at være vigtigt for småbørns udviklingsmuligheder i deres hverdagsliv? Hvordan kan vi forstå betydningen af sociale problemer i et børneperspektiv, og hvordan får tidlig indsats betydning i børn og deres forældres hverdagsliv?

I sit empiriske arbejde følger Juhl fire børn gennem observationer i børnenes hverdagsliv. Hun følger børnene i deres dagtilbud, i overgangen fra dagtilbud til hjemmet og i hjemmet. På denne måde får læseren et unikt indblik i børnenes hverdagsliv, og hvordan forskellige arenaer påvirker hinanden.

Hensigten er at få barnets stemme og perspektiv med i synet på barnet.

Bogen starter med en interessant gennemgang af, hvordan måden at forstå børn på og børns rettigheder har udviklet sig historisk og politisk fra 1990 og frem til i dag.

Herefter er bogens kapitler bygget op omkring Juhls observationer i henholdsvis

børneliv i dagtilbud, forældreperspektiver på hverdagen, overgangen mellem steder og børneliv i familien.

Afslutningsvis er der en diskussion og analyse af observationerne.

Bogen er skrevet i et godt og flydende sprog, og opbygningen er overskuelig, idet hvert kapitel dækker over observationer og analyser af de fire børn, men i samme arena. På den måde får læseren et bredt indblik i, hvordan de forskellige arenaer påvirker barnets hverdagsliv.

Bogen er relevant, fordi den viser, at fagprofessionelle kan komme til at sætte ind med velmenende hjælp og støtte, men forkerte steder, hvis vi ikke har børneperspektivet med i vores analyse af problemstillingerne.

Bogen er med til at huske os på, hvor vigtigt det er at få barnets og familiens perspektiver med, når vi arbejder med familierne. Især kapitel 6 - 'Børneliv i familien' er relevant for sundhedsplejersker og giver stof til refleksion omkring vores arbejde med de sårbare familier. ♥

FORFATTER

Pernille Juhl

FORLAG

Frydenlund Academic

UDGIVELSEÅR

2022

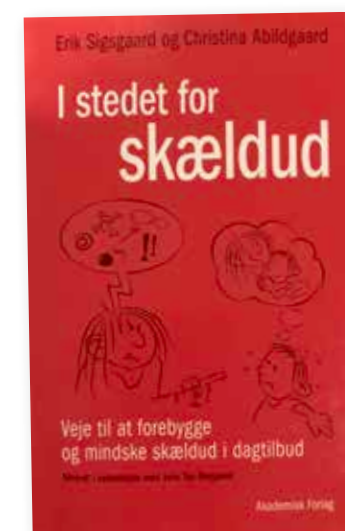
ANTAL SIDER

256 sider

ANMELDER

Kathrine Ludvigsen

Anmeldelser



I stedet for skældud – veje til at forebygge og mindske skældud i dagtilbud

Bogen er skrevet til alle, der arbejder i dagtilbud, og som har lyst til at mindske skældud. Forfatterne beskriver, at bogen er opstået ud fra, at når der bliver skældt ud i dagtilbud, er noget gået galt, og med vores tillid til pædagoger, til deres viden og engagement, kan der gøres noget, som kan sættes i stedet for skældud. Forfatternes ønske med bogen er derfor, at pædagoger arbejder ud fra et fremtidsperspektiv, hvor der er mulighed for at lave om på tingene, og de håber, at bogen kan anvendes som et opslagsværk hertil.

Erik Sigsgaard blev særlig kendt for sit skældud-projekt (1994-2002) og arbejder fortsat med at sikre børns rettigheder og medindflydelse. Christina Abildgaard arbejder for at sikre børns trivsel gennem kommunikation.

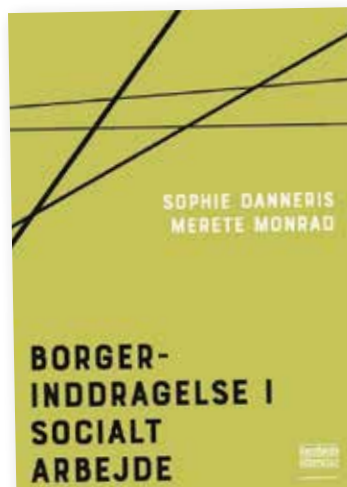
Bogen tager udgangspunkt i pædagogens perspektiv og arbejder herefter over mod barnet, som får skældud. Bogen er inddelt i 10 kapitler, hvor de første kapitler definerer skældud, den subjektive opfattelse af, hvad skældud egentlig er, samt hvem og hvor der skældes ud. Bogen giver et indblik i, at nogle

børn bliver skældt mere ud end andre, dette ud fra barnets behov og ressourcer samt pædagogens relation til barnet.

De næste kapitler beskriver, hvordan man som fagperson kan forholde sig i de konkrete situationer og afværge skældud. Herefter slutter bogen af med at beskrive HVR-metoden, som en metode til at undersøge skældud-situationer fra flere perspektiver herunder såvel børne- samt voksenperspektiv.

Bogen er i dens opdeling overskuelig og kan efter første gennemlæsning godt bruges som opslagsværk i skældud-situationer, ligesom den også er tiltænkt til af forfatterne. Det har en god effekt, at den kan relateres til hverdagen med konkrete situationer, hvor skældud kan forekomme, og den belyser HVR-metoden som en proces, der i form af tid, indsamling og viden helt sikkert vil kunne anvendes i hverdagen i dagtilbuddet. Bogen er interessant at diskutere dagtilbuddets form og normer ud fra, da den ser fremad på muligheder i stedet for begrænsninger, og den kan helt sikkert sætte nogle tanker og refleksioner i gang ud fra dens perspektiver. ♥

Anmeldelser



Borgerinddragelse i socialt arbejde

Bogen henvender sig til studerende og praktikere på tværs af det sociale område.

Forfatterne leverer ikke anvisninger på, hvordan man rent praktisk kan arbejde med inddragelse af borgere i det velfærdsprofessionelle arbejde. Derimod er ambitionen at udfolde det komplekse fænomen, borgerinddragelse.

Håbet er, at læserne får et overblik over begrebet, som ifølge de to forfattere indeholder potentialer for, at udsatte grupper behandles respektfuldt og retfærdigt, mødes med hjælp, der er lydhør overfor deres ønsker og behov samt får indsatser, der er virksomme i forhold til at hjælpe. Det er imidlertid også væsentligt at reflektere kritisk over rammerne samt have blik for de mange udfordringer, der er forbundet med borgerinddragelse i praksis.

I bogen er et kort afsnit om børn og unge, som bidrager til at eksemplificere nogle af de problemstillinger, der knytter sig til borgerinddragelse. Dette afsnit er i høj grad relevant for en sundhedsplejerske. Men bogen er,

som tidligere nævnt, ikke en guide i det daglige arbejde, men derimod et bidrag til en nuanceret forståelse af, hvad brugerinddragelse er, samt hvad rammerne for inddragelse betyder for praksis. Til dette formål fungerer bogen rigtig godt. I forlængelse heraf er den primært relevant for den eller de sundhedsplejerske(r), der ønsker at fordybe sig i be-

grebet borgerinddragelse, f.eks. i forbindelse med et udviklingsprojekt, et fagligt forum, et videreuddannelsesforløb samt for studerende på Specialuddannelsen til sundhedsplejerske. ♥

BOGEN ER ET BIDRAG TIL EN NUANCERET FORSTÅELSE AF, HVAD BRUGERINDDRAGELSE ER, SAMT HVAD RAMMERNE FOR INDDRAGELSE BETYDER FOR PRAKSIS

FORFATTER

Merete Monrad og Sophie Danneris

FORLAG

Samfundslitteratur

UDGIVELSEÅR

2021

ANTAL SIDER

125 sider

ANMELDER

Gitte K. Jørgensen

Efterskole

med fokus på sundhed, livsstil og personlig udvikling

8., 9. eller 10. klasse på Livsstilsefterskolen Hjernø

Et dobbelt KRAM er dobbelt så godt

Livsstilsefterskolen Hjernø arbejder ud fra en helhedsorienteret tilgang til sundhed med "Det dobbelte KRAM" som fundament for det brede sundhedsbegreb. Vi har desuden valgt at supplere med det dobbelte S, for søvn, og for styrke (mentalt, socialt, fagligt og fysisk).

Vi møder således de unge ud fra det dobbelte KRAMS fokusområder og arbejder målrettet på at skabe livsstilsændringer gennem sund kost, nye udfordringer og forskellige former for bevægelse. Alt sammen i et tæt fællesskab på skolen.

“

Jeg har fået lov til at blomstre. Mit år her på Livsstilsefterskolen er den bedste beslutning, jeg nogensinde har taget.

Laura Raunsø, tidligere elev i 10. klasse.

Mød Laura og flere af vores tidligere elever på vores website.

**Styrke
Sundhed
Fællesskab
Faglighed**

**Livsstils
efterskolen**
Hjernø
- venner og venner for livet

Besøg os

Mød elever og ansatte og hør mere om skolen. Kontakt os på info@bgi.dk

Bestyrelsen



Susanne Rank Lücke
Formand
Tønder Kommune
Tlf. 2962 4221
susannelucke@fs10.dk



Dorte Fischer
Næstformand,
redaktionsgruppen
Rudersdal Kommune
Tlf. 6146 3154
dortefischer@fs10.dk



Anja Helle Kreutzmann
Ansvarshavende redaktør
Ballerup Kommune
Tlf. 6048 6073
anjakreutzmann@fs10.dk



Kirsten Birk
WEB ansvarlig,
redaktionsgruppen
Skanderborg Kommune
Tlf. 2143 7210
kirstenbirk@fs10.dk



Lene Petersen
Kasserer, medlemsansvarlig,
legat gruppen
Lolland Kommune
Tlf. 6052 1945
lenepetersen@fs10.dk



Jeanne Vetterstein
Konferenceansvarlig
Københavns Kommune
Tlf. 2175 0005
jeannevetterstein@fs10.dk



Tine Lohmann
Konference gruppen
Esbjerg Kommune
Tlf. 2935 8615
tineloehmann@fs10.dk



LISE MADSEN
Aktiv suppleant
Københavns Kommune
Tlf. 2173 0476
lisemadsen@fs10.dk



GITTE KARINA JØRGENSEN
Aktiv suppleant
VIA University College
Tlf. 2060 8382
gittejorgensen@fs10.dk

Foto: Helle S. Andersen, privat



Rigtig mange kommuner har nu fået leveret de helt nye Oscilla A30 Audiometre – Tak for den store interesse!



Mød os på landskonferencen for sundhedsplejersker i Aarhus 2022



Det nye Oscilla A30 Audiometer har et forbedret headset, så man undgår at ledningerne vikler sig sammen. Og den nye svarknap, med farvet lys, kan hjælpe på børnenes koncentration under den automatiske høretest - Ring og få et Audiometer på prøve.



Slip for bøvl med licenser til softwaren - Ny Multi-licens sikrer, at alle kommunens Oscilla Audiometre, både gamle og nye, kører på en fælles licensnøgle – Ring og hør nærmere.



Det nye Oscilla Audiometer opfylder de nye EU-krav til medicinsk udstyr og software.



Oscilla A/S - Åbogade 15 - 8200 Aarhus - tlf. 61728170 - info@oscilla.dk



ALLOMIN ERSTATNINGER

– mere mælkefedt, ingen palmeolie



BLØD START
for små maver

Alle Allomin indeholder nu mere mælkefedt, og er uden palmeolien.
Indholdet af D-vitamin er 1,5 µg/100 ml, så hvis barnet får 800 ml Allomin
eller mere pr. døgn, skal det ikke have D-vitamin tilskud.

www.sempernutrition.dk



DANMARK

PP

Sorteret
Magasinpost SMP

ID nr. 46443