

TEMA
Mental
sundhed

“Der er i dag et paradoks mellem, hvad vi ved fra forskningen, og hvad vi faktisk gør i forhold til spædbørns psykiske sundhed”

CIMHP-TEAMET

LÆS OGSÅ

- Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn og deres familier
- Ingen andre har forstået os, har forstået, hvor vigtige vi er
- Selvmordshandlinger blandt børn og unge samt mødre

Sundhedsplejersken

Nr. 03 | juni 2016 | årgang 38



Fagligt Selskab for
Sundhedsplejersker

BRUGER DU FOR MEGET TID PÅ DOKUMENTATION OG FOR LIDT TID PÅ BØRNENE?



Har du også oplevet, hvor svært det kan være at få tid til familien, når du er på hjemmebesøg?

Med NOVAX journalsystemet er dokumentation let som en leg. Det er en af grundene til, at 81 kommuner dagligt bruger systemet i sundhedsplejen.

NOVAX
- FORDI GLADE KUNDER BETYDER ALT!



"Der er indført trivselsmålinger på skolebørn, og gennem jeres sundhedssamtaler med børn og unge i skolen får I en unik viden om det enkelte barn / unges trivsel."
Grete Christensen

Indhold

- 4 Leder
- 6 Sikre metoder til at spore tidlig mistrivsel og stress hos spædbørn
- 14 Nyt fra bestyrelsen
- 20 Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn og deres familier
- 28 Opslagstavlen
- 30 Ingen andre har forstået os, har forstået, hvor vigtige vi er
- 36 Sundhedsstyrelsen orienterer
- 38 Selvmordshandlinger blandt børn og unge samt mødre
- 44 Diætetisk behandling af børn med overvægt
- 50 Bestyrelsen

...SUNDHEDSPLEJERSKERNE MANGLER EFFEKTIVE METODER I ARBEJDET MED AT IDENTIFICERE TIDLIG MISTRIVSEL OG STRESS HOS SPÆDBARNET", CIMHP



SUSANNE RANK LÜCKE
Formand for Fagligt Selskab
for Sundhedsplejersker

Mental Sundhed

Tak for den store opbakning der var til den årlige Landskonference på Hindsgavl Slot. Sundhedsplejersker fra hele landet samt England & Grønland kom og deltog aktivt i de faglige debatter. Fokus de to dage var mental sundhed – og er inspiration til følgende.

Sundhedsplejersker, der arbejder med børn, små som store, har også den mentale dimension af sundhed i tankerne dagligt. Evnen til mentalisering, efterfødselsreaktion, relation, afstemning med barnet, sociale evner, mobning, selvskadende adfærd, selvmordsforsøg. Listen er lang og hver enkelt sundhedsplejerske kan føje flere til.

Sundhedsplejerskens besøg er en hel naturlig del af det at få et spædbarn og sundhedsplejersken kommer i langt de fleste danske hjem. Den mentale sundhed vurderes allerede i det eventuelle graviditetsbesøg, hvor sundhedsplejerskens faglighed og vurdering er med til at afdække forældrenes behov for støtte og vejledning.

Langt de fleste kommuner screener mødre for en efterfødselsreaktion, nogle screener også fædrene. De mødre, der ikke får det bedre i det første år, trods indsatser, skal have ekstra opmærksomhed. Kvinder, der ikke er trygt tilknyttet og ikke responderer på indsatserne, kan være en stor risikofaktor for deres børns mentale sundhed. En deprimeret mor, der er trygt tilknyttet, kan være en god mor, der har vanskeligheder i andre sammenhænge end i kontakten til sit barn. Her skal sundhedsplejerskens faglige vurde-

ring indgå som et redskab til vurdering af indsatser i familien. Evnen til mentalisering afdækkes i samarbejdet med forældrene og undersøges/udvikles hen over tid sammen med familierne. Mentalisering kan blive sat på prøve af udefrakommende faktorer. Søvn, følelsesmæssig stabilitet og overskud er vigtige elementer i at kunne se både sig selv og den anden.

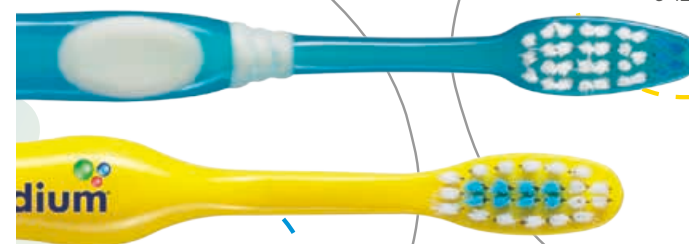
Der er en udfordring i hele landet, når vi tænker på den mentale sundhed i forhold til de flygtninge, der får ophold. Disse familier møder vi som sundhedsplejersker rundt om i hele landet – såvel i hjemmet som på skolerne. En del flygtninge har oplevet krig, uretfærdigheder og dårlig behandling, en farefuld flugt fra hjemlandet, oplevelser som er så voldsomme og som vi i et velfærdssamfund er forskånet for. Derfor kræver det stor viden og indlevelsessevne fra de sundhedsplejersker, der arbejder med flygtninge.

Landskonferencen 2. & 3. maj 2016 symboliserer også en ny epoke. Formand Susanne Hede og næstformand Christina Lindhardt havde valgt at ændre deres bestyrelsesstatus til aktive suppleanter. I bestyrelsen vil vi gerne sige TAK for jeres store arbejde i de seneste 12-14 år og vi er glade for, at I følger den nye bestyrelse på vej i det kommende år. Vi byder sundhedsplejerske Kirsten Birk fra Skanderborg Kommune velkommen til bestyrelsen samt sundhedsplejerske Karin Serup fra Vordingborg Kommune som suppleanter.

God læsning. ♥

Susanne Rank Lücke

GIV DIT BARN
GODE **TAND-
BØRSTEVANER**
FRA START



zendium
Junior
Tandbørste
6-12 år

zendium
Første Børste
0-5 år

**DIT BARN HAR
BRUG FOR DIN
HJÆLP MED
TANDBØRSTNING
DE FØRSTE
10-12 ÅR**



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

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

zendium
STYRKER MUNDENS EGET FORSVAR

”EVNEN TIL MENTALISERING AFDÆKKES I SAMARBEJDET MED FORÆLDRENE OG UNDERSØGES/UDVIKLES HEN OVER TID SAMMEN MED FAMILIERNE.”



SIKRE METODER TIL AT SPORE TIDLIG MISTRIVSEL OG STRESS HOS SPÆDBØRN

Sårbare spædbørn skal opspores tidligt, så man hurtigst muligt kan sætte ind med hjælp til barnet og dets familie, og de danske sundhedsplejersker spiller en vigtig rolle med at identificere netop de børn, som er i risiko for mistrivsel. Men sundhedsplejerskerne mangler effektive metoder i arbejdet med at identificere tidlig mistrivsel og stress hos spædbarnet. Over de næste to år vil et forskningsprojekt mellem sundhedsplejen i Københavns Kommune og forskere på Københavns Universitet kortlægge, hvordan metoder til at screene børn for tidlige tegn på mistrivsel fungerer i praksis.

LEKTOR METTE SKOVGAARD VÆVER, POST.DOC
JOHANNE SMITH-NIELSEN OG VIDENSKABELIG
ASSISTENTER RIE VON WOWERN OG KATRINE
WENDELBOE SAMT PROJEKTKOORDINATOR
METTE LINE LAVALLEE, KØBENHAVNS
UNIVERSITETS BABYLAB (TEKST)
COLOURBOX, PRIVATFOTO (FOTO)

Der er fokus på tidlig opsporing af mistrivsel hos børn – både internationalt og i Danmark. Kommunernes Landsforening kom sidste år med udspillet ”De udsatte børn – fremtiden er deres”, hvor fokus er på, hvordan kommuner tidligere kan hjælpe spæd- og småbørnsfamilier, som er i fare for mistrivsel.

I en nyere dansk rapport (Christensen & Jørgensen, 2008) skønnes det, at der i én ud af fem danske familier er risiko for, at forældrene ikke har tilstrækkelige ressourcer til at varetage omsorgen for deres barn, og at barnet derfor kan komme til at mistrives. En mistrivsel, der kan have alvorlige konsekvenser for barnet, for familien – og for hele samfundet.



Der er i dag enighed om, at tidlig opsporing er vigtig og sundhedsplejerskerne udgør ”frontlinjepersonalet” i mødet med de sårbare spædbørn og deres familier. Men aktuelt findes kun få redskaber til rådighed i opsporingen af børn med tidlige psykosociale vanskeligheder. Derfor arbejder vi i BabyLab på Københavns Universitets Institut for Psykologi med at afprøve og udvikle konkrete metoder, der kan hjælpe sundhedsplejerskerne til hurtigt og effektivt at identificere de spædbørn, der er i fare for at mistrives.

Copenhagen Infant Mental Health Project (CIMHP) er et forskningssamarbejde mellem universitetets BabyLab-forskere, Københavns Kommunes Børne- og Ungdomsforvaltning og kommunens sundhedspleje i de tre distrikter Amager,

Brønshøj/Vanløse og Indre by/Østerbro og. Målet med vores forskning er at bidrage med ny viden, der kan fremme spædbørns psykiske

sundhed.

Projektet er finansieret af en bevilling fra TrygFonden og medfinansiering fra Københavns Kommune samt Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

I CIMHP arbejder vi med at udvikle nye screenings-metoder til at opspore de sårbare spædbørn. Blandt andet afprøver vi systematisk en metode, der kaldes ”Alarm Distress Baby

Scale” (ADBB), som bruges i sundhedsplejerskernes praksis til at identificere tidlig mistrivsel og stress hos spædbarnet.

Videnskabeligt solid metode

ADBB-metoden tegner til at være et godt bud på en videnskabeligt solid metode, der fungerer for de kommunale sundhedsplejersker, og gør dem i stand til tidligt at opspore de spædbørn, der ikke trives. Erfaringen fra sundhedsplejerskerne i de tre københavnske bydistrikter er indtil nu, at de, når de anvender ADBB-metoden, bliver bedre til at identificere hvilke familier, der har brug for en særlig indsats, så kommunen tidligere kan sætte ind med støtte og hjælp til familien.

Tryk tilknytning afgørende for resten af livet

Den tidlige forældre-barn-tilknytning er afgørende, fordi den fungerer som en skabelon for barnets fremtidige sociale relationer og hjælper barnet til at udvikle evnen til at håndtere stressede situationer og regulere negative følelser senere i livet (Væver, 2015). Omkring 60 procent af børnene i danske familier er trygt tilknyttede. Resten viser et utrygt eller et desorganiseret tilknytningsmønster, som begge udgør en risiko for senere udvikling af psykiske vanskeligheder. Og netop evnen til at regulere stress og negative følelser udvikles bedst, når det spæde barn oplever en tryk tilknytning til sin mor eller en anden primær omsorgsperson.

Evnen til at regulere stress og negative følelser er nemlig vigtig for en stor del af de følelsesmæssige og sociale funktioner, vi som mennesker benytter os af hver

Alarm Baby Distress-metoden:

- Sundhedsplejersken vurderer otte forskellige adfærdsudtryk, såkaldte ”items”, hos barnet på en skala fra 1 til 4.
- Hvis barnet scorer over cut-off, skal undersøgelsen gentages en til to uger efter, for at sikre, at den ikke var udtryk for en forbigående tilstand hos barnet.
- ADBB-metoden giver sundhedsplejersken mulighed for med observationer på otte til ti minutter at udføre en valid vurdering af barnets sociale kontakt, hvilket gør metoden anvendelig i stor skala, som for eksempel i den kommunale praksis.

Sådan lærer man at bruge ADBB-metoden

- Sundhedsplejerskerne certificeres i at anvende ADBB-metoden ved at deltage i et 2-dages kursus, hvor metoden introduceres.
- De ser også videooptagelser af spædbarnsundersøgelser, som træner dem i at vurdere børn ud fra de otte adfærdsparametre.
- Efter kurset skal sundhedsplejersken under supervision selv vurdere en række børn på videooptagelser og eventuelle uenigheder i bedømmelsen af børnene diskuteres.
- Ved den afsluttende eksamen skal sundhedsplejersken vurdere en række børn på videooptagelser, og hendes vurdering sammenlignes med ”guldstandarden”.
- Hvis sundhedsplejersken kan dokumentere sin evne til at bedømme børnene rigtigt, bliver hun certificeret i brugen af ADBB-metoden.

dag. F.eks. vores sociale kompetencer, vores moralske udvikling, empati og vores evne til at tilegne os akademisk viden (Fearon et al, 2010; Groh et al 2012, 2014).

Hjernen ændres

Nyere forskning i hjernens tidlige udvikling viser, at hjernen kan ændres hos børn, som i løbet af det første leveår oplever ”toksisk stress” f.eks. ved alvorligt omsorgssvigt og utilstrækkelige forældre-evner (Garner et al, 2012).

Spædbørn er – på grund af deres afhængighed af omgivelsernes omsorg – mere udsatte for psykiske risici end ældre børn. Børn kan være særligt udsatte og sårbare på grund af biologiske risici – f.eks. hvis de er født for tidligt, er udviklingshæmmede eller har et fysisk handicap – eller på grund af psykosociale risici i familien – f.eks. psykisk syge forældre, svær fattigdom eller narkotika- og alkoholmisbrug.

Der er i dag et paradoks mellem, hvad vi ved fra forskningen, og hvad vi faktisk gør i forhold til spædbørns psykiske sundhed. Forsknin-gen har i de sidste 45 år givet os om-fattende viden om, hvad der karakteriserer et barn, der trives socialt og følelsesmæssigt. Vi kender i dag risikofaktorer for barnets tidlige psykiske udvikling. Alligevel er det stadig kun en lille del af denne viden, der er blevet omsat til praksis.

Det skyldes, at det tager lang tid at bygge bro mellem forskning og praksis, og når det drejer sig om spæd- og småbørns psykiske sundhed, er denne brobygning kun lige begyndt. Derfor har vi i Copen-

hagen Infant Mental Health Project fokus på at etablere et effektivt samarbejde mellem os forskere og de sundhedsplejersker, der har det praktiske arbejde med spædbørnsfamilierne ude i kommunerne, så den viden, som forskningen frembringer, kan komme ud og virke i praksis.

En anden vigtig del af projektet er en systematisk evaluering af, om denne nye praksis virker efter hensigten og gør en reel forskel både for borgerne og for de kommuner, som har ansvaret for at sætte ind med hjælp til de sårbare børn.

Tidlig opsporing en god forretning

Når der i disse år er stort fokus på tidlig indsats, skyldes det, at forskningen har vist, at det både er til barnets og samfundets bedste – også økonomisk. I 2000 modtog den amerikanske økonom James J. Heckman Nobelprisen i økonomi. Han fik prisen for at udvikle en statistisk model, der hjælper økonomer til at måle effekten af sociale indsatser. ”Heckman-kurven” (se figuren) viser de samfundsøkonomiske gevinster ved tidligt at investere i effektive indsatser, der kan forbedre børns trivsel.

Og kurven taler sit tydelige sprog:

Jo tidligere man sætter ind med indsatser, der hjælper barnet, jo større effekt har det for barnets trivsel senere i livet og dermed også for samfundsøkonomien. Et barn, der trives, bliver højst sandsynligt ikke senere placeret i en dyr anbringelse uden for hjemmet, begår sandsynligvis ikke kriminalitet, når han eller hun bliver ældre, har mindre risiko for at udvikle psykiske vanskeligheder og bliver sandsynligvis også en bedre skatteborger som voksen.

Heckmans centrale pointe er, at det mest hensigtsmæssige, man kan foretage sig, når man arbejder med børn, er tidligst muligt at støtte udviklingen af de sociale og følelsesmæssige kompetencer, der har betydning for børnenes udvikling senere i livet.

Derfor er det afgørende at afprøve og evaluere de metoder, der kan bruges i praksis til at opspore de tidlige tegn på social og følelsesmæssig mistrivsel. Og sundhedsplejerskerne er afgørende i brobygningen mellem forskning og praksis.

Sundhedsplejersker nøglen til tidlig opsporing

Næsten alle nyfødte i Danmark er i en sundhedsplejerskes hænder flere gange i løbet af deres første leveår. Sundhedsplejerskerne i Danmark er meget veluddannede og har et godt ry i familierne. De har etableret en tillidsfuld relation til stort set alle danske forældre og udgør i dag frontlinjepersonalet i velfærdsstatens arbejde med at sikre trivsel for alle danske børn. Men selvom sundhedsplejersken både har fokus på barnets fysiske og psykiske trivsel og udvikling, indgår der aktuelt ikke i disse undersøgelser en systematisk og standardiseret vurdering af barnets sociale og følelsesmæssige udvikling.

I mange kommuner anvendes den såkaldte ”Boel-test”, der bruges til at vurdere barnets syn, hørelse og motorik, og i denne test vurderes også sociale aspekter af barnets udvikling. Men hvis sundhedsplejerskerne systematisk skal kunne vurdere, om barnet socialt og følelsesmæssigt udvikler sig, som det skal, har de brug for en konkret og videnskabeligt baseret screenings-metode, der er udviklet netop til dette formål.

Alarm Distress Baby Scale

I Copenhagen Infant Mental Health Project evaluerer vi brugen af en standardi-

seret metode, som kan hjælpe sundhedsplejersken med at klarlægge, om barnet i løbet af sit første leveår viser symptomer på stress eller problemer i den sociale kontakt. Metoden hedder Alarm Distress Baby Scale, forkortet til ADBB, og kan anvendes til systematisk at screene det 0-2 årige barn.

ADBB-metoden er udviklet i Frankrig og er anvendt til børn ned til to-månedersalderen i blandt andet Norge, Frankrig og Finland. Men det er første gang, metoden anvendes og evalueres systematisk i Danmark. Det er ikke et diagnostisk redskab men en screenings-metode, der kan anvendes til at vurdere om barnet viser tegn på social mistrivsel og stress. Scorer barnet højt på skalaen og udviser tegn på at være socialt tilbagetrukket – viser

screeningen, at sundhedsplejersken bør undersøge situationen nærmere. Det kan nemlig være et tidligt tegn på, at barnet har en begyndende forstyrrelse i sin tilknytning til omsorgspersonerne.

Tegn på social mistrivsel og tilbage-trækning kan være, når barnet gennemgående ikke viser positive udtryk, som smil, lyde og øjenkontakt. Et barn, der heller ikke græder eller på anden måde giver udtryk for negative følelser kan også være et barn i risikozonen. Forskningen viser, at en høj ADBB-score udgør en alvorlig risikofaktor for barnets psykiske sundhed – også på langt sigt. Barnets problemer kan både skyldes medfødte vanskeligheder hos barnet og manglende ressourcer og forældrekompetencer i familien. ↘



Fra venstre: Rie von Wowern, videnskabelig assistent, Katrine Wendelboe, videnskabelig assistent, Johanne-Smith-Nielsen, post.doc, MetteLine Lavallee, projektkoordinator og Mette Skovgaard Væver, lektor.

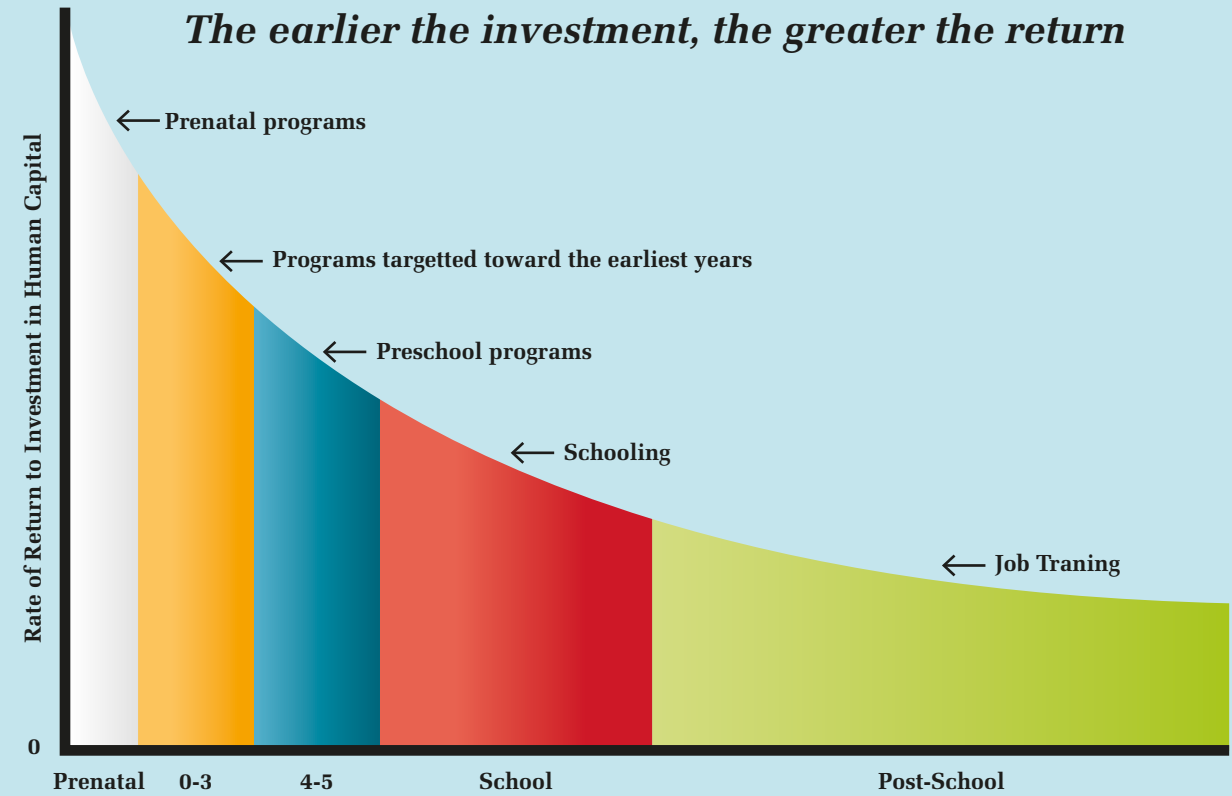
ADBB-skalaen

ADBB-skalaen er en metode, som sundhedsplejersken kan bruge til systematisk at kunne observere og opdage social tilbagetrækning hos børn mellem 2 og 24 måneder. Skalaen kigger på otte forskellige aspekter, såkaldte items, i spædbarnets adfærd i en social situation med undersøgeren:

- 1) Ansigtsudtryk
- 2) Øjenkontakt
- 3) Generelt aktivitetsniveau
- 4) Selvstimulerende bevægelser
- 5) Vokaliseringer (hvilke lyde siger barnet?)
- 6) Respons ved stimulering (fx hvordan reagerer barnet, når man rører det?)
- 7) Evnen til at indgå i et samspil
- 8) Evnen til at tiltrække sig opmærksomhed

Hvert område scores på en skala fra 0 til 4, hvor 0 er "typisk", mens 4 er betydelig og massiv atypisk adfærd. Dette summeres så til en totalscore fra 0 til 32.

Heckman-kurven:
Early childhood development
is a smart investment
The earlier the investment, the greater the return



Source: James Heckman, Nobel laureate in economics

Evaluerer ADBB-metoden i praksis

I Copenhagen Infant Mental Health Projekt evaluerer vi over de næste to år ADBB-metoden via en enkel sammenligningsproces. Først anvender ADBB-certificerede sundhedsplejersker i tre københavnske bydele metoden til at undersøge alle de børn, de møder på deres hjemmebesøg.

Herefter anvender de ADBB-resultatet til at henvise de familier, hvor barnet er blevet vurderet til at score over en bestemt grænse, den såkaldte "cut-off score", til universitetets Babylab, hvor en psykolog så igen udfører en ADBB-undersøgelse af barnet.

Det er psykologens vurdering, der udgør "guldstandarden" for hvilke børn, der er socialt tilbagetrukne, og jo mere sammenfald, der er mellem psykologens og sundhedsplejerskernes vurdering af social tilbagetrukkenhed, des bedre virker ADBB-metoden. Og netop screeningsmetodens præcision er vigtig, da vi både ønsker at blive bedre til at identificere flere risiko-børn tidligere, end vi gør i dag, men også vil have sikkerhed for, at ADBB-metoden hjælper os til at identificere de rigtige børn.

Det, at sikre, at det lige præcis er de rigtige børn, vi finder – og at vi er enige om, hvem de rigtige børn er – kræver, at alle, som bruger ADBB-metoden, er trænet i at vurdere barnets adfærd ud fra præcis de samme objektive kriterier. På den måde bliver den enkelte sundhedsplejerskes vurdering af barnets trivsel kvalificeret og objektiv, og ADBB-metoden kan indgå i den bredere faglige vurdering. Derfor er sundhedsplejerskernes optræning og certificeringen i at anvende ADBB-metoden en helt central del af projektet.

110 sundhedsplejersker certificeret

På nuværende tidspunkt er 110 sundhedsplejersker fra København trænet

og certificeret i brug af ADBB-metoden, men det at bygge bro mellem forskning og praksis kan være udfordrende og bør evalueres grundigt. Derfor undersøger vi også systematisk i forskningsprojektet, hvordan sundhedsplejerskerne har oplevet implementeringen af ADBB-metoden.

Flere sundhedsplejersker udtrykte, inden projektet startede, nogen tøven og usikkerhed i forhold, hvordan samtalen med forældrene om ADBB-screening skulle gribes an. Nogle var bekymrede for, om det ville gøre dem til "fejlfindere", og at det ville give unødigt uro hos forældrene.

Og nogle sundhedsplejersker giver da også udtryk for, at netop dette udgør en særlig udfordring for dem.

En sundhedsplejerske, der anvender metoden, siger:

– Det er vanskeligt at forklare forældrene, når der er noget med deres barn. Meget følsomt... jeg er ved at finde ud af, at jeg måske ikke skal gå så meget i detaljer med ADBB, men mere sige at her er noget, hvor deres barn ser ud til at have det lidt svært.

En anden sundhedsplejerske fortæller:

– Det, at man kun har et øjebliksbillede, kan komme til skabe en kæmpe bekymring hos forældrene på et meget tidligt stadie (...), her tænker jeg især på 2-måneders-besøget.

Problemet med de falsk-positive

I screeninger vil der altid være en vis mængde såkaldte "falsk-positive" udfald

– altså undersøgelser, hvor resultatet ser ud til at afspejle et problem, der ikke er der. I ADBB-screeningen kan f.eks. et barn med begyndende feber være træt under undersøgelsen og derfor virke mere apatisk end normalt. Vores forskningsresultater vil i løbet af de næste to år belyse, hvor mange falsk-positive resultater, der er ved brug af denne screenings-metode, så vi kan bedømme, hvordan ADBB-metoden fungerer som generelt screeningsinstrument her i Danmark.

Diskussionen om falsk-positive svar er til stede i overvejelserne om alle former for screening. Nogle gange vil en falsk-positiv screening give anledning til unødigt bekymring hos den, som blev screenet. Det er en af de store ulemper ved screenings-programmer. Omvendt må vi også spørge os selv, hvis vi

ikke screener – hvor mange børn i tidlig mistrivsel overser vi så eller opdager for sent?

Det er en af grundene til, at vi i arbejdet med ADBB-metoden lægger stor vægt på, at sundhedsplejerskerne ikke bare lærer at bruge metoden korrekt – det handler i høj grad også om, at de bliver klædt rigtigt på i forhold til at tale med forældrene om, hvad en høj score kan – eller ikke kan – være udtryk for.

En mere objektiv vurdering af barnet

Inden forskningsprojektets start udtrykte nogle af sundhedsplejerskerne håb om, at ADBB-metoden ville kunne bidrage til en kvalificering og objektivisering af den bekymring, som den enkelte sund-

”JO MERE SAMMENFALD,
DER ER MELLEM
PSYKOLOGENS OG
SUNDHEDSPLEJERSKERNES
VURDERING AF SOCIAL
TILBAGETRUKKENHED,
DES BEDRE VIRKER
ADBB-METODEN”

hedsplejerske kan have for et barn. Både i dialogen med forældrene, men også i forhold til at rejse bekymringen i forvaltningen.

En af de sundhedsplejersker, som i dag har erfaring med at anvende ADBB-metoden til screening, beskriver fordelene ved den systematiske undersøgelse af de spæde børn sådan her:

– Metoden er med til at kaste lys på en bekymring man har, og screeningsresultatet er med til at styrke det, man er bekymret for. Resultatet kan være med til at give forældrene en større forståelse for bekymringen.

Andre sundhedsplejersker fra projektet fortæller:

– Jeg oplever, at jeg nemmere kan forklare forældrene, hvis der er en bekymring for deres barn. Metoden har givet mig et

”sprog” til at sætte ord på mine observationer af barnets adfærd”.

– Det er et godt redskab til at få sat ”ord” på de børn, der ”er et eller andet med”, uden at det er helt konkret.

– Det er med til at tydeliggøre en afvigelse af det normale barns udvikling, som jeg ellers vil have en ”fornemmelse” af. Derfor er det også blevet lettere at informere forældrene om, da det nu er et konkret ”item” [adfærdsområde, red.], jeg kan vejlede ud fra.

Copenhagen Infant Mental Health Project foregår over de næste to år, men vi har allerede vigtig viden om, hvordan ADBB-metoden fungerer i praksis: Hvordan den skærper sundhedsplejerskens opmærksomhed på de tidlige risikotegn og også kan fungere som ramme for samtale og vejledning i sundhedsplejerskernes møde med forældrene. Som en sundhedsplejerske fortæller:

– Metoden giver anledning til at få snakket mere detaljeret med forældrene om vigtigheden af f.eks. øjenkontakt og nærvær med sit barn. Jeg får talt mere om, hvordan de kan stimulere barnet – og man kan bagefter se fremskridt i barnets udvikling.

Således kan ADBB ses at fungere – ikke bare som en screeningsmetode – men også som en samtale og vejledningsmetode i relationen til forældrene. ADBB metoden bidrager dermed til, at den viden, som forskningen har frembragt om betydningen af tidlig social og følelsesmæssig trivsel, faktisk også kommer ud og virker i praksis – til fordel for børnene, deres familier og samfundet som helhed. ♥

REFERENCER

Christensen, E. & Jørgensen, P. S. (2008). Hvad er omsorgssvigt og hvor mange børn handler det om. KBH: SFI – Det sociale Forskningscenter for Velfærd.

Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A., & Roisman, G. I. (2010). The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study. Child Development, 81, 435-456.

Garner, A. S., Shonkoff, J. P., Siegel, B. S., Dobbins, M. L., Earls, M. F., McGuinn, L. et al. (2012). Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. Pediatrics, 129, e224-e231.

Groh, A. M., Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Steele, R. D., & Roisman, G. I. (2014). The significance of attachment security for children's social competence with peers: a meta-analytic study. Attachment & Human Development, 16, 103-136.

Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. (2012). The Significance of Insecure and Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study. Child Development, 83, 591-610.

Guedeney, A., Matthey, S., & Puura, K. (2013). 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, 34, 516-531.

Heckman, J. J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. Science, 312, 1900-1902.

Murray, L., Arcthe, A., Fearon, P., Halligan, S., Croudace, T., & Cooper, P. (2010). The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51, 1150-1159.

Væver, MS (2015): ”Tilknytningsvanskeligheder og udsathed i spæd- og småbarnsalderen”. Kapitel i ”Udsatte børn og Unge – En grundbog”, pp. 133-148, Hans Reitzel, København

• ”METODEN HAR GIVET MIG ET ”SPROG” TIL AT SÆTTE ORD PÅ MINE OBSERVATIONER AF BARNETS ADFÆRD.”

GRATIS INFORMATIONSMATERIALE TIL FORÆLDRE Revideret 2016

Mejeriforeningen har udviklet en kort og overskuelig vejledning om børnemad til forældre. Materialet er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens nyeste anbefalinger for sund mad til spæd- og småbørn.

- ’MAD TIL BØRN’ hæfte 32 sider med korte, kontante råd om mad til børn 0-6 år – fra skemad til madpakke
- ’MAD TIL BØRN’ plancher Giver i skemaform overblik over, hvilken mad barnet har brug for i forskellige aldersgrupper – fx til ophængning på køleskab eller på inder-siden af køkkenskabet
- WWW.MADTILBOERN.DK Hjemmeside til computer, tablets og smartphones med grundlæggende og supplerende oplysninger, instruktionsfilm og nyttige links

Materialet kan bestilles gratis på www.ernaeringsfokus.dk Se under ’Materialer’



Formand for DSR Grete Christensen taler til de 200 fremmødte sundhedsplejersker.



UDDRAG AF FORMAND FOR DSR GRETE CHRISTENSENS TALE TIL LANDSKONFERENCEN I FORBINDELSE MED UDNÆVNELSEN AF "ÅRETS SUNDHEDSPLEJERSKE 2016"

GRETE CHRISTENSEN (TEKST) DORTE FISCHER (FOTO)

.....Med udviklingen i sundhedsvæsenet er der behov for et nyt syn på det nære sundhedsvæsen i kommunerne.

Vi har derfor udgivet et nyt udspil om det nære sundhedsvæsen med konkrete forslag til sundhedsindsatser.

Dansk Sygeplejeråds vision for det nære sundhedsvæsen, er: Det nære sundhedsvæsen skal med afsæt i det enkelte menneske give alle forudsætningen for et sundt liv.

I udspillet sætter vi især fokus på betydningen af de forebyggende indsatser.

Og I er netop eksperter i forebyggende indsatser.

Derfor forsøger vi at sætte politisk fokus på vigtigheden af jeres sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Det er i sundhedsplejens tidlige indsatser, at kimen ligger til at forebygge ulighed i sundhed.

Og sundhedsplejen i Danmark er helt unik.

I har adgang til stort set alle familier, som eneste faggruppe.

Det er især vigtigt for udsatte familier med børn, at de får samme tilbud som alle andre familier, så stigmatiseringen undgås.

Hjemmebesøget er fortsat et af jeres vigtigste indsatsområder.

Vi ved, at det virker – specielt også over for de mest udsatte familier. Familier som ofte er svære at nå.

Derfor skal I argumentere – og kæmpe for at bevare de 5 hjemmebesøg i barnets første år, som sundhedsstyrelsen anbefaler.

Som Bjørn Holstein siger: "Det er nødvendigt at give alle børn cykelhjelm på, da vi ikke ved hvem, der vælter på cyklen."

Der må ikke skæres mere i jeres generelle forebyggende arbejde. Det er allerede skåret helt ind til benet i flere kommuner.

Men, når det er sagt, ser jeg også at sundhedsplejersker kan spille en aktiv og betydningsfuld rolle i andre udfordringer fremover.

Jeg mener derfor, at der er et paradigmeskifte på vej i sundhedsplejen.

Her vil jeg nævne nogle af de vigtigste nye veje, I kan gå – set med mine øjne. Så må vi se om I er enige.

Børn, der indlægges på sygehus, udskrives også hurtigt i dag

Herefter skal forældrene varetage behandlingen af f.eks. et barn med astma, dosere medicin eller overholde et kostregime.

Mange forældre er usikre på behandlingen, og det kan resultere i at barnet bliver genindlagt.

Ny vej for sundhedsplejen:

Ved tilbud om hjemmebesøg efter udskrivelse kan sundhedsplejersken hjælpe familien med vejledning i forhold til at sikre den korrekte behandling af barnet.

16 procent af danske børn og unge har en langvarig eller kronisk sygdom

Det er en gruppe børn og unge, der ofte er oversete.

De oplever begrænsninger i deres hverdag og ofte føler de sig anderledes, trætte, ensomme og uden for fællesskabet.

De kan være indlagt i lange perioder på sygehus. Det har betydning for indlæringen i skolen og det sociale fællesskab.

Ny vej for sundhedsplejen:

Sundhedsplejersker kan i samarbejde med barnet/den unge/ forældre – under- vise klassekammerater og lærer i barnets sygdom, så der er mere forståelse for barnets situation. Det

vil have betydning for trivsel og læringen hos barnet/den unge.

Greve sundhedspleje har allerede iværksat et projekt for børn i alderen 0-15 år, der lider af en kronisk sygdom: 'SOS – trivsel for børn'.

Anbragte børn og unge

Anbragte børn og unge har ofte mange svigt bag sig.

Børnene og de unges sociale problemer kan derfor overskygge deres sundhedsmæssige problemer. En svensk forsker fandt i 2014, at flere af børnene havde sundhedsmæssige problemstillinger, der var overset.

Ny vej for sundhedsplejen:

Det er vigtigt, at sundhedsplejen har fokus på disse børn fremover. For at sikre alle anbragte børn og unge et årligt sundhedstjek.

Mariagerfjord kommunes sundhedspleje har gennemført et sundhedstjek blandt de anbragte børn og unge både i plejefamilier og på anbringelsesstedet.

De fandt forskellige problematikker hos knapt 40% af børnene.

Mentale helbredsproblemer udgør en stor sygdomsbyrde hos børn og unge, herunder trivselsproblemer med psykiske og psykosomatiske symptomer og ensomhed

KORAs undersøgelse fra 2015 viser, at sårbare børn med vanskelige opvækstvilkår klarer sig markant dårligere i grundskolen end deres jævnaldrende, og at der er forskel på kommunernes evne til at løfte de sårbare børns faglige resultater.

Der er også truffet en politisk beslutning om, at børn med forskellige problematikker skal inkluderes i den almindelige skole. Det skaber udfordringer for både barn/familie og skolen.

Det skal vi gøre noget ved. Så vi bygger ulighed i sundhed.

I gør allerede meget i dag for at understøtte den gode start i livet. I har fokus på den helt tidlige og livsvigtige tilknytning mellem forældre – barn.

Og på forældrenes mentale sundhed, bl.a. ved at screene forældrene for efterfødselsreaktioner, have tilbud om forældrekurser og andre intensive sundhedsplejerskeforløb.

I målretter tilbuddene til forældrenes behov og ressourcer. Og det er yderst vigtigt.

Der er indført trivselsmålinger på skolebørn, og gennem jeres sundhedssamtaler med børn og unge i skolen får I en unik viden om det enkelte barn / unges trivsel. Men også en viden om klassens trivsel generelt, og om der er specielle problematikker i klassen.

Det giver jer en rigtig god baggrund for at indgå i det tværfaglige samarbejde med læreren og de andre fagprofessionelle, der er om barnet /den unge i skolen.

Vi ved, at det tværfaglige samarbejde i skoleregi ikke fungerer optimalt på alle skoler. Derfor er det tværfaglige samarbejde et område, som I med fordel kan sætte øget fokus på.

Ny vej for sundhedsplejen:

Det handler om at gøre tidlig systematisk tværfagligt samarbejde til virkelighed for de børn, der mistrives både i daginstitutioner og i skolen.

Det tværfaglige samarbejde er yderst vigtigt for at opnå et helhedsindtryk af barnet /den unges trivsel. Og en forudsætning for at den rette indsats iværksættes i samarbejdet med forældre og barnet /den unge. Og jeres faglighed og kendskab til barnet /den unge er vigtig i det tværfaglige samarbejde, og ved samarbejdet med forældrene.

Der er flere aktører, der sætter jeres kompetencer højt.

Det ses bl.a. tydeligt i Psykiatrifondens nye udspil, der blev lanceret på en konference på Christiansborg den 20. april:

'Forebyggelse af psykisk sygdom hos børn og unge'

Der er især tre indsatser i udspillet, hvor sundhedsplejersker gives en fremtrædende rolle. Indsatser, der blandt

andet vil kræve flere sundhedsplejersketimer til hjemmebesøg og på skolerne fremover:

1. For det første i den tidlige indsats i hjemmebesøget. Her er et ønske om, at der udvikles et værktøj til systematisk screening for uhensigtsmæssig tilknytning og kontakt i spædbarnsfamilierne. Sundhedsplejersken skal efterfølgende tilbyde gruppetilbud til de forældre, som hun vurderer har ekstra behov for støtte.

2. For det andet. Højt skolefravær er varsel om dårlig trivsel. Derfor skal skolelederen advisere sundhedsplejersken, så hun kan tage kontakt til familien for at undersøge årsagen til fraværet og rådgive familien til støtte-muligheder, hvis det skyldes mistrivsel hos barnet.

3. For det tredje. Generel undervisning i psykisk trivsel i grundskolen og udvikling af undervisningsmateriale.

Men der er også en helt anden og presserende udfordring, som hele Europa står med i disse år. Det er det stigende antal flygtninge.

Mennesker, som har været igennem langvarige, barske oplevelser som krige, katastrofer og flugt...

... Som I ved, er asylansøgerbørn berettiget til samme sundhedsbehandling og sundhedsfremmende foranstaltninger, som danske børn, og skal tilbydes forebyggende helbredsundersøgelse af en læge...

Jeg blev den 14. marts inviteret til møde med sundhedsplejersker, der arbejder i asylcentre. Mødet blev afholdt i Center Sandholm.

Her fortalte sundhedsplejerskerne mig om de mange komplekse og meget forskelligartede udfordringer, som de har i forbindelse med jobbet.

- Blandt andet fremgår det ikke af kontrakten mellem Udlændingestyrelsen og en kommune, hvem der konkret har ansvaret for personalet eller for sundhedsområdet.
- Der mangler faciliteter og inventar til rådighed for undersøgelserne.
- Normeringen er for lav. Derfor har børn og unge ikke fået tilbud om helbredsundersøgelsen inden 10. dagen som loven siger.
- Der er behov for nye kompetencer i forhold til at arbejde med flygtninge og asylsøgende børn og unge.

Vi har været i løbende kontakt med KL for at få styr på disse forhold.

Det er afgørende, at der er en tilstrækkelig normering for at kunne arbejde fagligt forsvarligt på asylcentre. Både sygeplejersker og sundhedsplejersker skal varetage opgaver af uforudsigelig karakter, og derfor er der nødt til at være en vis 'buffer' i forhold til at kunne sætte ind med sin faglighed ved

særlige krisesituationer.

Det er netop indsatsen for flygtningebørn som Årets Sundhedsplejerske gør en kæmpe indsat for.

Prismodtageren har gennem de sidste 16 år arbejdet med udviklingen – og koordineringen af det sundhedsplejerskemæssige tilbud, der gives til asylsøgende børn og unge og deres forældre i Dansk Røde Kors.

Det er et meget vigtigt arbejde, da flygtninge-tilstrømningen til Europa og Danmark er stærkt stigende. De mest sårbare asylsøgere er børn og unge.

Prismodtageren har udviklet sundhedsplejerskeindsatsen, så den første kontakt med børnene foretages hurtigst muligt efter ankomsten, så rettidig opsporing og behandling af sundhedsproblemer sikres.

Ligeledes bliver der taget hånd om børnenes psykiske sundhed og trivsel i samarbejde med talrige samarbejdspartnere, bl.a. i tæt samarbejde med pædagoger, lærere, psykologer og socialrådgivere i asylcenteret.

Sundhedsplejersken arbejder også på, at give børnene et positivt perspektiv på fremtiden, uanset om de får opholdstilladelse eller et afslag på at

blive her.

Hun er en meget aktiv FTR og har et fantastisk overblik og mange bolde i luften.

Bl.a. arrangerer hun samarbejds-møder for sygeplejersker og sundhedsplejersker på tværs af alle Røde Kors Centrene i Danmark for at koordinere indsatsen.

Dertil arrangerer hun 4 årlige sundhedsplejerskemøder, hvor udvikling af sundhedsplejeindsatsen er på dagsorden. Hun står også for et årligt erfaringsudvekslingsmøde med de kommunale asylcentre.

Samtidig har hun overblik over nye relevante kurser, som sundhedsplejerskerne kan komme på for at holde sig opdateret.

Som person er hun meget engageret, glad og vellidt af alle kollegaer.

Hun er en aktiv sportskvinde, som både løber og sejler. Samtidig har hun overskud til sine tre sønner og tre børnebørn.

Et fyrtårn i sundhedsplejen, der til fulde opfylder kriterierne for Årets Sundhedsplejerske Pris 2016.

Hjerteligt tillykke til sundhedsplejerske Jytte Birthe Jensen, som er indstillet af sundhedsplejerskerne i Center Sandholm

Takketale i anledning af prisen som "Årets Sundhedsplejerske 2016"

JYTTE BIRTHE JENSEN, SUNDHEDSPLEJERSKE, FÆLLESTILLIDSREPRÆSENTANT FOR SYGEPLEJERSKER OG SUNDHEDSPLEJERSKER I RØDE KORS ASYL / KOORDINERENDE SUNDHEDSPLEJERSKE RØDE KORS ASYL (TEKST) DORTE FISCHER (FOTO)

Tusind tak for denne flotte anerkendelse af mit arbejde. Det arbejde jeg holder så meget af og har gjort i alle de 16 år, jeg har været ansat i Røde Kors. Jeg har altid haft min base i Center Sandholm – modtagecentret, men har også haft min gang på en del af de andre sjællandske Røde Korscentre.

Ikke en dag har været kedelig. Tænk at få en pris for blot at passe sit arbejde.

Tak til mine dejlige kolleger, som har indstillet mig. Og når jeg nu står i en situation som denne, har jeg jo lært, at jeg også skal huske at sige, at jeg ikke ville kunne gøre mit arbejde uden dem. Og det mener jeg faktisk, så tak til dem.

Som sagt har jeg arbejdet i Røde Kors i snart 16 år – så der må jo være noget ved jobbet.

Det er et meget udfordrende, men spændende job.

At møde børnefamilier fra stort set hele verden, og ikke mindst være med til – som en af de første i DK – at fortælle dem om vores opfattelse og syn på et godt børneliv.

At være med til at give børnefamilierne en tålelig tilværelse, mens de bor på asylcenter, og forberede dem på enten en hjemrejse eller en fremtid i Danmark.

Hvad arbejdet blandt andet går ud på, skal I høre nærmere om i morgen, når en af vores psykologsamarbejdspartnere og jeg vil holde workshop om arbejdet med traumatiserede flygtningefamilier.

Endnu en gang tak.



Formand for DSR Grete Christensen overrækker diplom samt blomster til vinderen af prisen "Årets sundhedsplejerske 2016" Jytte Birthe Jensen.



Hotel Hindsgavl slot.

Stemningsbilleder fra årets Landskonference på Hotel Hindsgavl

DORTE FISCHER & TINE LOHMANN (FOTO)

Middelfart 2.-3. maj 2016



Foredragsholder Maja Nørgård Jacobsen, Autoriseret psykolog, forfatter og forsker fortæller om mentalisering i Sundhedsplejerskens arbejde.



Formand for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker Susanne Hede og Næstformand Christina Louise Lindhardt stopper som formand og næstformand efter henholdsvis 14 og 12 år.



Foredragsholder Johanne Smith Nielsen, Cand.Psych. AUT. PH.D. taler om Efterfødselsdepression.



Der lyttes opmærksomt.



I pauserne besøges alle udstillerne flittigt.



Pausen nydes i solen i de flotte omgivelser på Hotel Hindsgavl Slot.



Til venstre den nye formand for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker Susanne Rank Lücke og til højre den nye næstformand Dorte Fischer.



Formand for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker Susanne Hede afslutter konferencen.

Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn og deres familier

TEMA
Mental
sundhed



Hvad ved vi ikke – og hvad gør sundhedsplejerskerne rent faktisk hver dag?

KIRSTEN ELISA PETERSEN, LEKTOR, PH.D.,
DPU, AARHUS UNIVERSITET (TEKST)
COLOURBOX, KNUD HOLT NIELSEN (FOTO)

I Danmark såvel som de øvrige nordiske lande er sundhedsplejens indsatser til fremme af børns fysiske og psykiske sundhed en fast og integreret del af alle børns liv. Ligeledes er netop sundhedsplejens mange indsatser også

det lille barns og familiens første møde med sundhedssystemet og danner for alvor rammen om betydningen af tidlige og forebyggende indsatser i velfærdsstaten.

Men på trods af sundhedsplejens indsatser knyttet til små børn og deres

familier, herunder en omfattende international viden om betydningen af tidlige indsatser for børns fysiske og psykiske trivsel, eksisterer der kun meget begrænset forskningsbaseret viden i dansk sammenhæng om sundhedsplejens

arbejde samt betydningen af dette arbejde rettet mod de små udsatte børn og deres forældre (Petersen & Ladefoged, 2015a, 2015b). Dette kan forekomme en anelse paradoksalt, al den stund at sundhedsplejens arbejde har en relativ lang tradition i dansk sammenhæng, set i et historisk perspektiv, og ligeledes samtidig udgør en meget grundlæggende og intensiv del af alle små børns første leveår.

Det er absolut ikke ny viden hverken i dansk eller i international sammenhæng, at tidlige forebyggende indsatser har betydning for små udsatte børns udvikling. Gennem flere år er der f.eks. forsket en del i, hvordan daginstitutionen som en tilrettelagt pædagogisk indsats kan hjælpe og støtte udsatte børns trivsel og udvikling – og flere, især internationale undersøgelser, har her medvirket til at skærpe fokus på udviklingen af pædagogers kompetencer og daginstitutionens form og indhold med henblik på at fremme udsatte børns udviklingsmuligheder (se f.eks. Schweinhart et al., 1993; Ramsey et al., 1979; Sylva, 2003; Jensen et al., 2012, 2015).

Men alle, især alle de sundhedsplejersker, der hver dag arbejder med små nyfødte børn og deres forældre, ved, at små børns læring og udvikling absolut ikke først starter, når børnene træder ind i daginstitutionens pædagogiske praksis,

uanset om der er tale om små børn i almindelighed eller små udsatte børn i særdeleshed. Allerede i den tidlige spædbørnsperiode er sundhedsplejen netop optaget af at hjælpe og støtte forældre til at tilrettelægge et børneliv, hvor der er fokus på det enkelte lille barns udvikling, både fysisk og psykisk, herunder også barnets sociale, emotionelle og kognitive udvikling – og kan på mange måder siges at udgøre en grundlæggende base for, at barnet bliver klar til at få en god start i daginstitutionen.

At forske sammen med sundhedsplejersker, forældre og de små børn

I nærværende sammenhæng skal præsenteres en række centrale resultater fra et netop afsluttet forskningsprojekt, der har udforsket sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn

og deres familier – et forskningsprojekt, som på mange måder er kommet i stand på sundhedsplejerskernes egne initiativer og ihærdige arbejde – og som er det første

af sin art herhjemme i Danmark. Flere sundhedsplejersker fra boligområder i København har arbejdet på at få udforsket de mange indsatser med små udsatte børn og deres familier, som sundhedsplejen foretager hver dag i nogle af de mest udsatte boligområder i Danmark. ➤

”Tidlige forebyggende indsatser har betydning for små udsatte børns udvikling”

Forskningsprojektet har forløbet siden januar 2013, og to rapporter er indtil nu udkommet, der på forskellig vis præsenterer sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn og deres forældre (se evt. *Petersen & Ladefoged, 2015a, 2015b*). Hele projektet har bevæget sig rundt om to samtidige fokusområder:

- sundhedsplejens arbejde med udsatte børn i førskolealderen og deres familier

- sundhedsplejeindsatser specifikt i udsatte boligområder

Projektet har anvendt en række dataindsamlingsmetoder, der alle knytter an til den kvalitative forskningsmetode, henholdsvis individuelle interview med forældre, fokusgruppeinterview med sundhedsplejersker, observationer samt spørgeskemaundersøgelser til alle sundhedsplejersker i Københavns Kommune og til mødre, der har deltaget i mødregruppe såvel som til pædagoger i daginstitutioner i et af de inddragede boligområder.

De små udsatte børn – hvem taler vi egentlig om?

Inden vi bevæger os ind i projektets resultater, er det imidlertid centralt at sætte fokus på, hvilke børn og forældre der egentlig tales om. Betegnelsen udsatte børn er netop en ofte anvendt betegnelse, som imidlertid kan dække over en mangfoldighed af forståelser knyttet til børns livsforhold. Denne gruppe af børn bliver ofte også beskrevet ud fra betegnelser som f.eks. risikobørn, børn med særlige behov eller børn i gråzoner, hvilket ofte medvirker til at skabe uklarhed om, hvilke børn der egentlig tales om.

Forskningsprojektet har i denne sammenhæng knyttet begrebet udsatte børn til et uddannelsessociologisk perspektiv med inspiration fra især Bourdieus (2005) teoriapparat såvel som i dansk sammenhæng Hansens (2003, 2005, 2015) forskning om chanceulighed i et samfundsmæssigt perspektiv. Når der argumenteres for samfundsmæssige forhold, som virker ind på børns opvækst, knytter det i denne sammenhæng primært an til, hvordan og på hvilke måder samfundets strukturer og instanser reproducerer social ulighed i et samfundsmæssigt perspektiv. Dette perspektiv skal ikke forstås således, at blot fordi et barn kommer fra opvækstforhold, hvor forældrene er karakteriseret ved f.eks. et lavt uddannelses- og arbejdsniveau, så er barnet pr. automatik udsat. Det er meget væsentligt at fastholde dette forhold. Hvad der derimod samtidig også er væsentligt, er, at jo lavere forældres uddannelses- og arbejdsniveau er, jo vanskeligere er tilsyneladende betingelserne og mulighederne for, at barnet klarer sig godt i skolen, får en god uddannelse og bedre arbejdsmuligheder og dermed også adgang til de samfundsmæssige goder som f.eks. gode boligforhold, sundhed og velfærd (Hansen, 2003, 2005, 2015).

I det uddannelsessociologiske perspektiv har især Hansens (1986, 1988, 2003, 2005) generationsforskning givet væsentlige bidrag til forståelsen af begreberne social reproduktion og social mobilitet. Hansen belyser således, at det til stadighed, på trods af velfærds-samfundets udvikling, er sværere for børn fra arbejderklassen at opnå adgang til længere videregående uddannelser, bedre job og derigennem også bedre boligforhold, god sundhed og andre sociale goder. Her anvendes begrebet livschancer, der defineres som forskelle i positioner i samfundsstrukturen og knytter an til et fokus på den samfundsmæssige sociale ulighed, der træder frem i form af forskelle i leveforhold mellem de forskellige sociale klasser. I forlængelses heraf trækkes også på moderne barndomssociologisk forskning knyttet til børns hverdagsliv (Corsaro, 2005), hvor traditionen er at anskue børn – også helt små børn – som kompetente aktører i eget liv. Det barndomssociologiske perspektiv sætter for alvor også fokus på strukturelle betingelsers betydning for børns levede liv og belyser på mange måder, at det er vanskeligt at begrebssætte barndomslivet som noget entydigt, fastlagt og forudsigeligt, idet børn lever under væsentligt forskellige strukturelle betingelser og muligheder, selv inden for samme by- og boligområder.

Det er inden for dette uddannelsessociologiske perspektiv, at begrebet udsatte børn anvendes i nærværende sammenhæng og skaber grundlag for empirisk at udforske, hvorledes forskellige indsatser, i dette tilfælde udført af sundhedsplejen, i de tidlige barndomsår kan medvirke til at forøge og forbedre udsatte børns livschancer.

Vigtige fund i forskningsprojektet
Nogle af de mest centrale resultater, der indtil nu er indfanget fra forskningsprojektet, medvirker til at indkredse, at sundhedsplejen iværksætter en omfattende mængde af indsatser over for de

små udsatte børn og deres familier, i dette tilfælde med afsæt i de to boligområder, der har deltaget i forskningsprojektet. De sundhedsfaglige indsatser, som særligt træder frem, bevæger sig hen over tre samtidige og forbundne områder; henholdsvis øget hjemmebesøg i barnets første leveår, tilrettelagte mødregrupper og sundhedsplejerskernes intensive indsatser på at støtte mødre til at få deres børn i daginstitution, allerede i vuggestuealderen.

Betydningen af en tæt kontakt til sundhedsplejersken

Vedrørende betydningen af øget hjemmebesøg påpeger både sundhedsplejersker og mødre, der har deltaget i forskningsprojektet, at de øgede hjemmebesøg giver mulighed for et større kendskab til forældrene, herunder kendskab til, hvordan forældrene varetager den daglige omsorg for det lille barn, hvilke udfordringer og vanskeligheder den enkelte familie oplever, såvel som mulighed for at støtte forældrene i relation til barnets generelle fysiske og psykiske udvikling. Der er helt centralt fokus på oplevelsen af mere tid til at råde og vejlede og støtte forældre i et mere kontinuerligt og sammenhængende forløb. Fundene fra projektet viser især, at der opbygges en særlig form for tillid mellem sundhedsplejerske og moderen – en tillid der tager afsæt i, at begge vil det bedste for barnet. Fra interview med mødrene viser der sig et entydigt billede af, at sundhedsplejersken opleves som en meget betydningsfuld person, en der er ekspert på børneområdet, og som er en gennemgående person i mødrenes hverdag. Også sundhedsplejen er meget tilfredse med tilrettelæggelsen af øgede hjemmebesøg som en helt særlig og særskilt sundhedsfaglig indsats:

”Muligheden giver nogle gevinster, som vi ellers ikke har mulighed for med den almindelige ydelsesprofil (...). Vi ser for eksempel ikke ustabile hovedløft i Tingbjerg længere. Det er en direkte konsekvens af den øgede indsats, og fordi vi har nogle kvalitetskrav allerede fra to-måneders alderen, som vi nu har mulighed for at følge op på” (Citat, sundhedsplejerske, Petersen & Ladefoged, 2015a, p. 94).

At være i mødregruppe og få ny viden

Det andet område handler om tilrettelagte og intensive mødregruppeforløb, som varetages af udvalgte sundhedsplejersker. Hver fredag formiddag er der mødregruppe, som består af cirka 25 mødre, alle med anden etnisk baggrund end dansk, og deres børn i alle aldre, som mødes og samles. Mødre og børns etniske minoritetsbaggrund fordeler sig over flere

forskellige oprindelseslande, men især fra Afrika, en række af de arabiske lande samt fra nogle af de østeuropæiske lande.

Børnene leger eller sover, mens mødrene sidder

sammen med sundhedsplejerskerne på måtter og puder på gulvet. Hertil kommer flere (kvindelige) tolke, da mange sprog er i spil på samme tid. Hver fredag er der et nyt tema på programmet, som i høj grad har karakter af både et samlings- og undervisningsforløb. Temaerne bevæger sig hen over f.eks. sund kost, besøg i daginstitutioner, eller der inviteres en særlig ekspert ind til at fortælle om pædagogik og børneopdragelse. Nogle af temaerne har sundhedsplejerskerne valgt, mens andre temaer er taget op og ønsket af mødrene, der selv er meget aktive til at give udtryk for, hvad de godt kunne tænke sig viden om.



Fakta

Kirsten Elisa Petersen, ph.d. og lektor i læring og udvikling på DPU, Aarhus Universitet. Hun forsker særligt i udsatte børn, unge og deres familier med et specifikt fokus på betydningen af tidlig forebyggelse af udsathed gennem velfærdsstatens tilrettelagte indsatser.

Denne artikel er baseret på teoretiske og empiriske resultater fra forskningsrapporten Petersen, K.E., & Ladefoged, L. (2015a) Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn og familier. Rapport. København: Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet samt forsknings- og vidensopsamlingen Petersen, K.E., & Ladefoged, L. (2015b) Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn og familier – forsknings- og vidensopsamling. Rapport. København: Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet.

En tredje rapport, der udforsker sundhedsplejens særlige indsatser ved øget hjemmebesøg samt har fokus på sundhedsplejens samarbejde med forældre og daginstitution, forventes at udkomme ultimo 2017. Der skal her også rettes en særlig stor tak til alle de sundhedsplejersker i København, som på forskellig vis har bidraget til forskningsprojektets tilrettelæggelse og udførelse, såvel som alle de børn og forældre, der har bidraget i forskningsprocessen.



Kirsten Elisa Petersen

En fredag formiddag er der fokus på undervisning i relation til forebyggelse af uønsket graviditet i mødregruppen. Sundhedsplejersken har en lille taske, der indeholder forskellige præventionsmidler og underviser om, hvordan graviditet kan undgås, såfremt det ikke ønskes. Dette er et emne, der tilsyneladende er meget interessant, idet kvinderne stiller mange spørgsmål, og tolkene har hele tiden travlt med at oversætte. Sundhedsplejersken, som tydeligvis er meget erfaren med denne undervisning, har nærmest en ABC, der omfatter ”de mest typiske spørgsmål om, hvornår og hvordan man kan blive gravid”. Og som hun siger nærmest opremsende:

”... man kan godt blive gravid, hvis man har samleje, kort efter man har født, og man kan godt blive gravid, mens man ammer, og man kan også godt blive gravid, selv om manden trækker sig ud, inden han får udløsning” (Fra observationsforløb i mødregruppe, marts 2013, Petersen & Ladefoged, 2015a, p. 72).

Mange af oplysningerne afstedkommer nye spørgsmål, megen snak og megen latter. Der bliver i det hele taget grinet meget under denne formiddags tema – især når nogle af kvinderne opdager, at de har haft ret i, hvordan uønsket graviditet kan undgås. Meget ser ud til at være ny viden – især om de forskellige former for prævention, der eksisterer, og hvordan et besøg hos lægen foregår, når prævention er i fokus.

Fra mødrene, der er blevet interviewet i mødregruppen, er netop oplevelsen af ny viden helt central i deres fortællinger om, hvorfor de deltager i mødregruppeforløbet:

”Mor: Ja, altså få viden om børn, men også om det danske samfund.

Interviewer: Hvad synes du særligt, du har fået viden om i forbindelse med det danske samfund?

Mor: Hvor man kan få sund mad til mine børn – ja og altid købe svanemærket.

Interviewer: Hvad betyder svanemærket?

Tolken: Det er det mærke, der viser, at der ikke er giftstoffer i f.eks. vaskepulver (mens mor peger op på væggen, hvor der hænger en plakat med svanemærkets logo).

Interviewer: Nå ja, selvfølgelig” (Fra interview med mor nr. 1, februar 2013, Petersen & Ladefoged, 2015a, p. 73).

At komme i daginstitution – med hjælp fra sundhedsplejersken

Det tredje og sidste område, der skal nævnes i denne sammenhæng, er sundhedsplejens massive arbejde med at få de udsatte små børn i vuggestue, især børn med etnisk minoritetsbaggrund.

Fælles for sundhedsplejerskerne, der arbejder i de to udsatte boligområder, er en indkredsning af, hvor meget arbejde de bruger på at hjælpe mødre til at forstå betydningen af, at små børn kommer i vuggestue og får mulighed for leg og samvær med andre børn og voksne. Der er tale om en problemstilling, som primært er knyttet til vuggestuen og ikke til børnehaven, der af mange forældre med etnisk minoritetsbaggrund ofte opleves som en del af selve skoletiden, som flere af sundhedsplejerskerne fortæller. Samtidig viser analyserne af det indsamlede datamateriale, at der dog har været en bevægelse gennem de senere år, således at flere mødre i dag oplever betydningen af, at deres barn kommer i vuggestue, end for blot 10 år siden. Som sundhedsplejerskerne beretter:

”hvis barnet ikke kommer i vuggestue, så er der faktisk ingen, der ser barnet i 2-3 år og ja, så giver tidlige forebyggende indsatser jo ingen mening... så skal pædagogerne i børnehaven jo først til at gå i gang, og hvor meget kan de nå, inden barnet starter i skole? ” (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejens team, Petersen & Ladefoged, 2015a, p. 69).

Det er nu slet ikke således, at sundhedsplejen pr. automatik opfatter etniske minoritetsbørn og familier som udsatte, men når de indkredses som udsatte, betones i højere grad en form for kulturelt betinget udsathed. Denne forståelse viser hen til, at nogle etniske minoritetsmødre opleves som rigtig gode til at varetage omsorgen for det lille spædbarn, mens vanskeligheder tilsyneladende træder



frem, når det lille barn er cirka 8 måneder, idet barnet her har nået en alder, hvor det begynder at ville flere ting selv og har brug for andre former for stimulation. Sundhedsplejen fortæller om at komme i hjem, hvor alt er meget rent og pænt, men der er ikke noget legetøj og intet, der kan stimulere det lille barns udvikling.

”De (etniske minoritetsmødre) er rigtig gode til at tage vare på deres lille spædbarn, at holde det tæt, sørge for mad og søvn og ro, men når de bliver, ja ca. 8 måneder, så bliver det faktisk sværere” (Citat, fokusgruppeinterview med sundhedsplejens team, Petersen & Ladefoged, 2015a, p.61).



Afsluttende bemærkninger
Dette forskningsprojekt har særskilt fokuseret på at indfange forskningsbase- ret viden om sundhedsplejens indsatser i udsatte boligområder rettet mod ud- satte små børn og deres forældre. Hele projektet har bevæget sig rundt om en helt særlig optagethed af at indkredse og udforske sundhedsplejerskernes arbejde, herunder forståelser, handlinger, metoder og indsatser knyttet til børn og foræl- dre i udsatte boligområder. Konkret har dette betydet, at forskningsprojektet har fokuseret på at komme tæt på sundheds- plejen og deres arbejde såvel som på forældre og børn og indfange betydningen af sundhedsplejens

”Det er nu slet ikke således, at sundheds-plejen pr. automatik opfatter etniske minoritetsbørn og familier som udsatte”

indsatser for både børn og forældre. Selvom vi nu har noget viden om, hvad sundhedsplejen iværksætter i udsatte boligområder, hvordan deres daglige arbejde ser ud, og hvordan forældre oplever disse indsatser både i forhold til deres egne forælderoller såvel som for barnets udvikling, må det afslutningsvis betones, at der er behov for meget mere forskning- og vidensudvikling i relation til sundhedsplejens arbejde – specifikt i muligheden for at sundhedsplejen aktivt og målrettet kan medvirke til at forbedre små udsatte børn og deres forældres livschancer. Det kan forekomme en anelse banalt her afslutningsvis at betone, at der er behov for meget mere forskning knyttet til sundhedsplejens tid- lige forebyggende indsatser, men ofte skal det banale alligevel siges højt. ♥

REFERENCER

Bourdieu, P. (2005) Udkast til en praksisteori. København: Hans Reitzels Forlag.

Corsaro, W.A. (2005) The Sociology of Childhood. (2nd edition). Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.

Hansen, E.J. (1986) Danskernes levkår, 1986 sammenholdt med 1976. København: Hans Reitzels Forlag.

Hansen, E.J. (1988) Generationer og livsforløb i Danmark. København: Hans Reitzels Forlag.

Hansen, E.J. (2003) Uddannelsessystemerne i sociologisk perspektiv. København: Hans Reitzels Forlag.

Hansen, E.J. (2005) Sociale klasser og social ulighed. I: H. Andersen (red.), Sociologi – en grundbog til et fag. København: Hans Reitzels Forlag.

Hansen, E.J. (2015) Social mobilitet. Drøm, realitet, illusion. København: Hans Reitzels Forlag.

Jensen, N.R., Petersen, K.E., & Wind, A.K. (2012) Daginstitutionens betydning for udsatte børn og deres familier i ghetto-lignende boligområder. Rapport. Institut for Uddannelse & Pædagogik, DPU, Aarhus Universitet.

Jensen, N.R, Petersen, K.E., & Wind, A.K. (2015) Daginstitutioner i udsatte boligområder. Pædagogisk udvikling i arbejdet med udsatte børn og familier. Et forsknings- og udviklingsprojekt. Rapport. Institut for Uddannelse og Pædagogik, DPU, Aarhus Universitet.

Petersen, K.E., & Ladefoged, L. (2015a) Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn og familier. Rapport. København: Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet.

Petersen, K.E., & Ladefoged, L. (2015b) Sundhedsplejens indsatser og betydning i arbejdet med små udsatte børn og familier – forsknings- og vidensopsamling. Rapport. København: Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet.

Schweinhart, L.J. et al. (1993) Significant Benefits, The High/Scope Perry Preschool study through age 27. High/Scope Educational Research Foundation, Ypsilanti, Michigan.

Ramey, C.T. et al. (1979) The Abecedarian Approach to Social Competence: Cognitive and Linguistic Intervention for Disadvantaged Pre-schoolers, p. 1-58. Frank Porter Graham Child Development Center, University of North Carolina at Chapel Hill.

Sylva, K. et al. (2003) Assessing quality in the early years – early childhood environment rating scale. Trentham Books, Stoke on Trent, UK and Sterling, USA.

Allergiforebyggelse



Brystmælk er spædbarnets bedste ernæring
- men ved behov for supplement til højrisiko børn, er Nutramigen det mest effektive valg¹⁻³



Referencer

1. Von Berg et al. The effect of hydrolyzed cow's milk formula for allergy prevention in the first year of life: The GINI study. J Allergy Clin Immunol. 2003;111:533-540
2. Von Berg et al. Preventive effect of hydrolyzed infant formulas persists until the age of 6 years. Long-term results from the GINI - study. Allergy Clin Immunol. 2008;121:1442-1447.
3. Von Berg et al. Allergies in high-risk schoolchildren after early intervention with cow's milk protein hydrolysates: 10-years results from the GINI study. J. Allergy Clin Immunol. 2013 Jun; 131 (6) 1565-73

Bestil gratis brochuren "Allergiforebyggelse"
Send en e-mail til info@abigo.dk
Husk navn, adresse samt antal ønskede brochurer
- eller besøg os på www.nutramigen.dk

ABIGO Pharma A/S
Stengårdsvej 25, 4340 Tølløse
Tel: 4649 8676

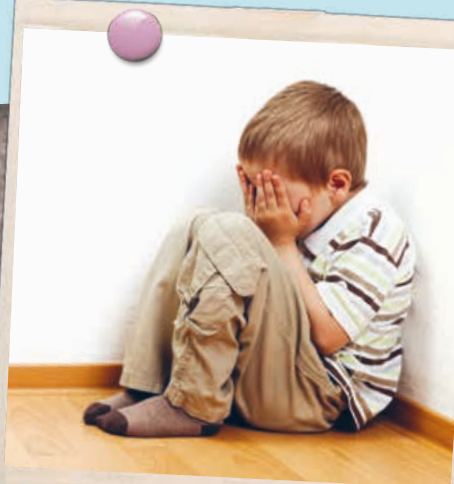


Vigtigt: Brystmælk er spædbarnets bedste ernæring. Nutramigen er et levnedsmiddel til særlige medicinske formål og skal anvendes i samråd med sundhedsfagligt personale.

STOP VOLD MOD BØRN

National chef i Red Barnet, Kirsten Lund Larsen, har modtaget 4.559.981 kr. fra Tryg Fonden på vegne af Red Barnet, Børnerådet, Børns Vilkår og DR til et projekt, der skal sætte fokus på børns ret til en dagligdag uden vold. Selvom revselsesretten blev afskaffet i 1997, udsættes mange børn i Danmark stadig for vold i hverdagen. Det emne tager det fælles projekt fat på i en kampagne, der lanceres op til børnerettighedsdagen den 20. november 2016.

Kampagnens formål er at stoppe vold mod børn gennem oplysning til både forældre og børn. Kampagnen vil undersøge, oplyse om og ændre voksnes brug af vold i opdragelsen af deres børn, og den vil samtidig oplyse børn i folkeskolen om deres ret til en opvækst uden vold.



SØG LEGAT

Fristen er 15. august 2016

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker uddeler legater til medlemmer to gange årligt i januar og august.

Økonomisk støtte kan søges til kommende nationale og internationale konferencer, studieophold, kongresser med sundhedsplejefaglig relevans, samt til projekter, som kan videreudvikle sundhedsplejen i Danmark. Den ansøgte begivenhed skal være afholdt inden januar 2016.

Du kan ikke søge til kompetencegivende videre- og/eller efteruddannelse eller FS10's Landskonference.

Betingelser:

Ansøgningen er personlig, og du skal kunne dokumentere dit medlemskab for de seneste 12 måneder (dvs. 2 år), før tildeling af et legat kan komme i betragtning. Før du søger legatet skal evt. økonomisk tilskud fra anden side (f.eks. egen arbejdsgiver) være afklaret, og resultatet forelægges i ansøgningen.

Legatmodtagere forpligtiger sig til senest 2 måneder efter konferencen, studieopholdet eller projektet er afsluttet, at sende et indlæg til fagbladet "Sundhedsplejersken" og dele sin viden og oplevelser med andre sundhedsplejersker.

Sådan gør du:

Ansøgningsskemaet finder du på www.sundhedsplejersken.nu

Du skal være logget ind for at se skemaet. Klik på Medlemsservice -> Legater eller Søg under "Legater"
Vi modtager KUN Legatansøgninger via hjemmesiden.

FORSKNINGSPROJEKTET – SKOT III Ammede børn med høj vægtstigning

Vi søger stadig børn med høj vægtstigning i alderen 4-6½ måneder, som er fuldt ammet frem til minimum 4 måneders alderen.

Takket være hjælp fra jer sundhedsplejersker har vi fået rekrutteret ammede spædbørn med høj vægtstigning. Vi håber fortsat at I har mulighed for at formidle kontakten.

For at få rekrutteret flere børn har vi sat minimumsvægtgrænser ned til 2 SD over gennemsnittet.

KRITERIER FOR AT FULDT AMMEDE SPÆDBØRN KAN DELTAGE I STUDIET

Pigers minimumsvægt

Alder	Vægt
3 mdr.	7,5 kg
4 mdr.	8,2 kg
5 mdr.	8,8 kg
6 mdr.	9,3 kg



Drenge minimumsvægt

Alder	Vægt
3 mdr.	8,0 kg
4 mdr.	8,7 kg
5 mdr.	9,3 kg
6 mdr.	9,8 kg

I SKOT III undersøger og følger vi spædbørn med høj vægtstigning igennem de først tre leveår. Det gør vi for at få en bedre forståelse af, hvad det er for appetitregulerende mekanismer, der gør, at nogle ammede børn tager så meget på.

Kontakt

Kim Fleischer Michaelsen, Professor, dr.med.
Telefon: 24653526

Melanie Wange Larsson, Ph.D. studerende
Telefon: 29865130

Web: <http://skot.ku.dk/skot3/>
Mail: skot@science.ku.dk

Institut for Idræt og Ernæring Københavns Universitet

Nyhedsbrev om den sidste nye viden om amning og hvordan du kan blive international certificeret ammekonsulent.

Læs mere på:

www.kompetencecenterforamning.dk

NAESTE DEADLINE FOR
MATERIALE TIL
SUNDHEDSPLEJERSKEN:
1. JULI 2016

Skriv til redaktor@fs10.dk eller
tinelohmann@fs10.dk

INGEN ANDRE HAR FORSTÅET OS, HAR FORSTÅET, HVOR VIGTIGE VI ER

– et Ph.d. projekt om sundhedsplejerskers faglige selvforståelser

”Jeg tænker, at sundhedsplejen har været meget optaget af, at ingen andre har forstået os, har forstået, hvor vigtige vi er, og det er måske et større problem end som så, hvis vi ikke kan fortælle, hvad det er, vi fagligt er så vigtige omkring. Men den der faglige argumentation har styrket min tiltro til, at der ikke er andre faggrupper, der kan udøve den faglighed, vi har. Om det så bliver værdsat, det er jo et helt andet spørgsmål i en tid, hvor riget fattes penge” (Fokusgruppeinterview 3)^[1].

GITTE KAARINA JØRGENSEN, SUNDHEDSPLEJERSKE, CAND.COMM., PH.D. I ORGANISATION OG LÆRING, ER ANSAT SOM LEKTOR PÅ INSTITUT FOR SYGEPLEJE, PROFESSIONSHØJSKOLEN METROPOL. (TEKST)
COLOURBOX, PRIVAT (FOTO)

Som tidligere sundhedsplejerske og uddannelsesansvarlig for sundhedsplejerskeuddannelsen i København har det været interessant at undersøge sundhedsplejerskers faglige selvforståelser set i forhold til organisatorisk forandring. Projektet, som udgør grundlaget for min ph.d. afhandling, er blevet til i et samarbejde mellem Aarhus Universitet, Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU) og Professionshøjskolen Metropol. Det startede i maj 2010 og kulminerede med forsvaret af afhandlingen d. 20. april 2015. I det følgende præsenteres nogle af de indsigter, projektet har givet anledning til.



Baggrunden for projektet

Opmærksomheden er rettet mod sundhedsplejerskers faglige selvforståelser set i forhold til organisatorisk forandring med udgangspunkt i det indledende citat. Dette citat bidrager til at rette fokus mod det, jeg har valgt at kalde et paradoks i sundhedsplejen. Paradokset udspringer af, at sundhedsplejersker, når de taler med hinanden, synes at være ret enige om, at netop deres faglighed spiller en særlig betydningsfuld rolle i forhold til at bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst. Samtidig står sundhedsplejersker tilsyneladende også over for visse vanskeligheder i forhold til at kunne redegøre for denne særlige faglighed på måder, så også ikke-sundhedsplejersker, og især de politisk-økonomiske beslutningstagere, kan forstå det. Afhandlingen tager dermed afsæt i potentielle forskelle mellem, hvordan sundhedsplejersker forstår sig selv, og hvordan andre forstår

”NOGLE AF DE VALGTE
LØSNINGSFORSLAG UDFOR-
DRER FORSTÅELSERNE AF
FORHOLDET MELLEM DE
PROFESSIONELLES FAG
OG OPGAVE”

sundhedsplejersker og deres bidrag til at løse opgaver i forhold til børns sundhed. Det danske velfærdssamfund står overfor store udfordringer og nogle af de valgte løsningsforslag udfordrer forståelserne af forholdet mellem de professionelles fag og opgave (Järvinen, Mik-Meyer 2012). Og i en tid, hvor aktuelle strømninger i sundhedsvæsenet trækker opmærksomheden mod opgaven, og mod hvordan denne kan løses med hensyn til effektiv ressourceanvendelse, brugerinddragelse og kvalitet (Hansen, Bjørnholt et al. 2008), kan det vise sig at være et problem, hvis en profession/et fag ikke er i stand til at kunne argumentere for sit særlige faglige bidrag på måder, så også andre kan forstå det. Udfordringen for et fag som f.eks. sundhedspleje er således at være i stand til at forholde sig til og agere i forhold til aktuelle strømninger, der kan vise sig at udfordre fagets grundlæggende værdier, og samtidig opretholde en faglig egen-



Gitte Kaarina Jørgensen, sundhedsplejerske.

art. I forlængelse heraf er formålet med projektet at skabe en viden om sundhedsplejerskers faglige selvforståelser, der kan bidrage til at styrke fagligheden og den faglige udvikling i sundhedsplejefaget set i relation til aktuelle vilkår, krav, betingelser, udfordringer osv.

Teori og metode

Der er tale om et empirisk projekt, og i alt syv kommuner fra fire regioner har bidraget til produktionen af empirisk materiale. Af disse syv kommuner optræder de fem i selve afhandlingen. Ud over interview og fokusgruppeinterview/fokusgruppediskussioner, har jeg foretaget observationsstudier samt arbejdet med forskellige relevante dokumenter, herunder f.eks. de historiske og aktuelle love, bekendtgørelser og vejledninger i det sundhedsplejefaglige felt. Endelig har jeg gentagne gange undersøgt, hvordan samtlige 98 danske kommuner beskriver deres servicetilbud til børn under et

NOTER

[1] Citatet stammer fra et fokusgruppeinterview i tilknytning til ph.d.-projektet.



år på deres respektive hjemmesider. Der er således tale om et ret omfattende empirisk materiale.

Den teoretiske ramme omkring projektet er særligt inspireret af “Aktør-Netværk Teori” (Latour 2005, Callon 1986, Latour 1987) og “New Feminist Materialism” (Barad 2007, Barad 1998, Barad 2003). Med en sådan inspiration opfattes fænomener, som i traditionelle analyser er placeret på forskellige analyseniveauer, som noget, der er indbyrdes forbundet og som medskabende af hinanden. Det betyder konkret, at sundhedspleje som fag ikke kan forstås og undersøges uafhængigt af den opgave, som sundhedsplejersker forventes at bidrage til at løse gennem deres arbejde.

I forlængelse af den teoretiske inspiration har jeg rettet opmærksomheden mod at indfange og undersøge hvad, der tæller som meningsfulde udtalelser, samt mod det, der begrænser og muliggør, hvad, der kan siges, og hvad der ikke kan siges i det sundhedsplejefaglige felt. I denne sammenhæng har det været meningsfuldt at arbejde med fremkomsten af konsultation^[2] som en potentiel metode i sundhedsplejerskers arbejde med børn under et år. I dette arbejde har hjemmebesøget, en ganske særlig status, som ved projektets start i 2010 stort set ikke blev sat til diskussion. Det skal her understreges, at projektet ikke kan bidrage til at fastslå, hvad disse to metoder kan eller ikke kan i forhold til at sikre børn og unge en sund

opvækst og gode forudsætninger for en sund voksen tilværelse. Derimod fungerer mødet mellem de to metoder som en case i afhandlingen, der bidrager til at rette fokus mod, hvordan sundhedsplejerskers faglige selvforståelser/selvfortællinger optræder i tilknytning til de to metoder samt hvilke effekter, dette giver anledning til.

Fund og indsigter

Et væsentligt fund i projektet er, at forståelser af sundhedspleje er filtret ind i og sammen på måder, så sundhedspleje er blevet til sundhedsplejerske, hjemmebesøg til et kvalitetskriterium osv. Dermed står det ikke altid helt klart, hvorvidt sundhedsplejersker taler om sund-

hedspleje som fag, sundhedspleje som opgave eller sundhedspleje som arbejde. Selvom man ikke kan forstå fag, opgave og arbejde uafhængigt af hinanden, så kan denne sammenfiltrering potentielt forstærke sundhedsplejerskers problemer i forhold til at kunne redegøre for den særlige sundhedsplejefaglighed, samt for hvordan denne kan bidrage til løsning af opgaven. Dermed giver det mening for et øjeblik at forsøge at trække forståelserne fra hinanden.

Sundhedspleje som fag

Sundhedspleje som fag retter opmærksomheden mod ”dem, vi er”, dvs. sygeplejersker med dansk autorisation og erfaring inden for børne- og ungeområdet, der har gennemført en videreuddannelse/specialuddannelse^[3].

Henriette Buus beskriver, hvordan Rockefeller Foundation fik stor indflydelse på tilrettelæggelsen af og indholdet i sundhedsplejerskers videreuddannelse ved sundhedsplejerskeordningens formelle etablering. Videreuddannelsen kom dermed til at trække på bestemte værdier og forståelser af opgaven og arbejdet, der ikke kunne genfindes i de vilkår og betingelser, det praktiske arbejde i kommunerne bød på. Sundhedsplejerskerne

oplevede således, at de måtte kæmpe hårdt for at gennemføre det, som de opfattede som ”det rigtige” og ”det gode” (Buus 2008, Buus 2002, Buus 2001), en oplevelse nutidens sundhedsplejersker formentlig også vil kunne nikke genkende til.

Sundhedspleje som opgave

Opgaven forstås som det specifikke, afgrænsede og fast definerede arbejde, som udføres med det formål at bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. I afhandlingen er opgaven afgrænset til et fokus på at fremme sundhed og forebygge sygdom i forhold

til børn under ét år. En pointe i afhandlingen er, at sundhedsplejerskers opgave over tid har udviklet sig fra at være præcis og afgrænset til at være blevet mere omfattende og kompleks, ligesom målgruppen for

arbejdet med opgaven er blevet stadig større.

Sundhedsplejeopgaven er beskrevet i sundhedslovens kapitel 36, der sammen med den tilhørende bekendtgørelse og vejledning dels fastlægger, uddyber og præciserer, hvad opgaven går ud på, og dels legitimerer sundhedsplejerskers adgang til at varetage det daglige arbejde

med netop denne opgave (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014, Sundhedsstyrelsen 2011, Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010).

Dermed kan opgaven forstås som, ”det, vi skal”, og som noget, der på den ene side er bestemt af overordnede, nationale bestemmelser, og på den anden side lokalt ”oversættes” til en konkret praksis i de enkelte kommuner med udgangspunkt i de aktuelle, økonomisk-administrative vilkår og betingelser. Denne ”oversættelse” giver anledning til nogle meget forskellige servicetilbud i de 98 danske kommuner.

Sundhedspleje som arbejde

Arbejde er et bredere begreb, der knytter sig til selve udførelsen og udøvelsen af opgaven, og som også rækker ud over denne. Arbejdet er det, der gøres i relation til at løfte og/eller løse opgaven. Et fokus på sundhedspleje som arbejde, fremhæver ”det, vi stræber efter” i arbejdet som sundhedsplejersker.

Sundhedsplejersker fremhæver især vigtigheden af at arbejde med tidlig indsats og sundhedsfremme frem for behandling. De er ildsjæle, der ”brænder” for arbejdet med børn. I forlængelse heraf ønsker de at bidrage til at ”gøre en forskel”, så ”børn får en god start i livet”. Sundhedsplejersker vælger imidlertid også at uddanne sig til sundhedsplejerske, fordi de stræber efter ”et alsidigt, selvstændigt og meningsfuldt arbejde” og ønsker at have nogle ”familievenlige arbejdsvilkår”^[4]. ➤

NOTER

[2] Konsultation anvendes som et begreb til at beskrive den arena, hvor sundhedsplejerskens sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med børn under ét år finder sted som en formel, individuel aftale på en lokalitet, der ikke er familiens eget hjem.
[3] Sundhedsplejerskeuddannelsen blev frem til nedlæggelsen af Danmarks Sygeplejehøjskole betegnet som en diplomuddannelse til sundhedsplejerske. Da uddannelsen blev virksomhedsoverdraget til Jysk CVU med forlagt undervisning på CVU Øresund, blev uddannelsens titel ændret til ”Uddannelse til sundhedsplejerske”. Den aktuelle betegnelse ”Specialuddannelse til sundhedsplejerske”.
[4] Ikke alle disse pointer optræder i afhandlingen. De er hentet fra spørgeskemaer i forbindelse med sundhedsplejestuderendes studiestart på uddannelsen i København i perioden 2007-2013.

Forståelserne af sundhedspleje som arbejde trækker dermed både på opfattelser af, hvad der er godt for børn, og hvad, der er godt for den enkelte sundhedsplejerske. Hertil kan man tilføje betragtninger i forhold til hvad, der er godt for faget. Som det fremgår af det indledende citat, kan sundhedsplejersker savne ekstern anerkendelse af deres arbejde, og gennem de aktuelle strømninger i velfærdssamfundet bliver sundhedsplejerskers position muligvis udfordret. Når det analytiske fokus rettes mod sundhedspleje som arbejde, træder bestræbelser på at fastholde den position, som sundhedsplejersker har opnået gennem tiden, således også frem.

Afslutning
Når sundhedsplejerskers faglige selvforståelser undersøges i forhold til organisatoriske forandringer træder fagets selvfortællinger frem som sammenfiltringer mellem fakta, idealer og værdier. Derfor afsluttes afhandlingen bl.a. med opfordringen til at (re)vurdere, hvorvidt disse fakta, idealer og værdier stemmer overens med den virkelighed, forældre lever i.
Sundhedsplejerskers (kerne)opgave(r) anno 2016 bestemmes ikke alene af Sundhedsstyrelsen men skabes og genskabes kontinuerligt i netværk, der ud over sundhedsplejerskerne selv også omfatter politikere, embedsmænd, KL, DSR/FS

Sundhedsplejersker, andre professioner som f.eks. læger og socialrådgivere, uddannelsen, økonomien, familierne, børnene osv. Sundhedsplejefaget kan derfor ikke forstås uafhængigt af den opgave, som sundhedsplejersker er uddannet og ansat til at løse gennem deres arbejde. Og når sundhedspleje som fag, opgave og arbejde læses som sammenfiltringer af forskellige værdier, idealer, logikker og interesser, der ikke hører naturligt sammen, bliver det tydeligt, at der mellem disse skabes en række paradokser, som ikke umiddelbart kan opløses gennem praktiske greb. Derimod kommer disse paradokser til at indgå i forståelser af sundhedspleje, som det herefter bliver vanskeligt at redegøre præcist for.
En væsentlig pointe i afhandlingen er, at strukturreformens fremhævelse af opgaver og opgaveløsning (frem for fag og fagområder) gør det relevant at (gen)tænke, i hvilket omfang sundhedsplejefagets idealer og værdier stemmer overens eller kolliderer med de aktuelt gældende værdier og idealer. Et væsentligt spørgsmål er således, hvordan sundhedsplejersker med deres egenart og faglighed kan bidrage til at løse opgaven bedst muligt, når ”bedst muligt” kan forstås på flere forskellige måder og derfor står til stadig diskussion.
Kontakt: gtjo@phmetropol.dk ♥

”SUNDHEDSPLEJERSKER KAN SAVNE EKSTERN ANERKENDELSE AF DERES ARBEJDE, OG Gennem DE AKTUELLE STRØMNINGER I VELFÆRDSSAMFUNDET BLIVER SUNDHEDSPLEJERSKERS POSITION MULIGVIS UDFORDRET”

AFHANDLINGEN KAN DOWNLOADES HER:
http://edu.au.dk/fileadmin/edu/phdafhandlinger/phd_GitteKaarinaJoergensen.pdf

REFERENCER

BARAD, K., 2007. *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham and London: Duke University Press.

BARAD, K., 2003. *Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter*. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 28, p. 801-831.

BARAD, K., 1998. *Getting Real: Technoscientific Practices and the Materialization of Reality*. *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*, 10, p. 87-126.

BUUS, H., 2008. *Indretning og efterretning: Rockefeller Foundations indflydelse på den danske velfærdsstat 1920-1970*. København: Museum Tusculanum.

BUUS, H., 2002. *Amerikansk indflydelse på den danske velfærdsstat*. *Humaniora*, 17, p. 24-28.

BUUS, H., 2001. *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse: En kulturteoretisk og kulturhistorisk analyse af velfærdsstatens embedsværk*. København: Museum Tusculanum.

CALLON, M., 1986. *Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St. Brieuc Bay*. In: J. LAW, ed. *Power, Action and Belief*. p. 196-233.

HANSEN, K., BJØRNHOLT, B., JESPERSEN, P.K., NIELSEN, J.A. and SALOMONSEN, H.H., 2008. *Nye kommuner i støbeskeen – om organisering og styring i de nye kommuner*. København: Handelshøjskolens Forlag.

INDENRIGS- OG SUNDHEDSMINISTERIET, 2010. *Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge*. BEK nr. 1344 af 3.12.2010.

JÄRVINEN, M. and MIK-MEYER, N., 2012. *At skabe en professionel - Ansvar og autonomi i velfærdsstaten*. København: Hans Reitzels Forlag.

LATOUR, B., 2005. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.

LATOUR, B., 1987. *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*. Milton Keynes: Open University Press.

MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE, 2014. *Bekendtgørelse af Sundhedsloven nr.1202 af 14.11.2014*.

SUNDHEDSSTYRELSEN, 2011. *Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge*. København: Sundhedsstyrelsen.



Med minispiralen **Jaydess®** behøver kvinden ikke huske på svangerskabsforebyggelse i op til 3 år.



Jaydess® (levonorgestrel) 13,5 mg. intrauterint indlæg.
Teksten er forkortet i forhold til det godkendte produktresumé. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres vederlagsfrit fra Bayer A/S. Tlf. 45 23 50 00

Kvinder bør informeres om symptomer på samt risiko for ektopisk graviditet ved brug af spiral. Indeholder en lille sølvring som gør det synligt ved røntgen. **Terapeutiske indikationer:** Svangerskabsforebyggelse i op til 3 år. Jaydess® levonorgestrel er ikke førstevalg til kvinder som ikke har født grundet begrænset klinisk erfaring. **Dosering:** Det anbefales at Jaydess kun oplægges af læger der har erfaring med oplægning af intrauterine indlæg og/eller har gennemgået træning i oplægning. Jaydess skal oplægges indenfor 7 dage efter menstruationens begyndelse. Indlægget kan også lægges op umiddelbart efter abort i første trimester. Oplægning post partum bør udsættes indtil uterus er tilbage til normal tilstand, dog ikke tidligere end 6 uger efter fødslen. Hvis involutionen er væsentlig forsinket, bør det overvejes at vente til 12 uger post partum. Skal skiftes hvert 3. år. **Kontraindikationer:** Graviditet, underlivsinfektion, akut cervicitis eller vaginitis. Post partum endometritis eller infektion efter abort indenfor de sidste 3 måneder. Uafhjulpede cervikale celle-forandringer, uterin eller cervikal malignitet. Gestagen-sensitiv tumorer. Unormal uterin blødning af ukendt ætiologi. Livmodermisdannelse inkl. fibromer hvis de forandrer uterinkaviteten. Akut leversygdom eller levertumør. Overfølsomhed overfor det aktive stof eller hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Migræne, fokal med asymmetriske synsforstyrrelser eller andre symptomer der indikerer transitorisk cerebral iskæmi, usædvanlig kraftig hovedpine, icterus, væsentlig blodtryksstigning, svær arteriel sygdom såsom slagtilfælde eller myokardieinfarkt, ektopisk graviditet kan forekomme. Kvinder, der overvejer Jaydess, bør rådgives om tegn og risiko for ektopisk graviditet. Anvendelse til kvinder der aldrig har født: Jaydess er ikke førstevalg til svangerskabsforebyggelse, da der er begrænset klinisk erfaring. Graviditet bør overvejes, hvis menstruationen ikke indtræder indenfor 6 uger efter starten af den forudgående menstruation. Gentagne graviditetstest er ikke nødvendige hos kvinder med amenorré, med mindre der er tegn på graviditet. Påvirkning af blødningsmønsteret under menstruation kan forventes. Underlivsinfektion kan tilståde i forbindelse med oplægningen. Udstødelse kan forekomme. Perforation kan ske i sjældne tilfælde, oftest under oplægningen. Hvis tråden ikke er synlige i livmoderhalsen ved kontrolundersøgelser, skal uopdaget udstødelse og graviditet udelukkes. Ovariecyster kan forekomme. **Interaktioner:** Uden større betydning grundet indlæggets lokale virkningsmekanisme. **Fertilitet, graviditet og amning:** Ændrer ikke fremtidig fertilitet. Graviditet er kontraindiceret. Påvirker ikke modermælken. **Bivirkninger:** Ændring i blødningsmønster, hovedpine, mave-/underlivssmerter, akne, dysmenoré, ovariecyster, vulvovaginitis, depression, migræne, kvalme, alopecia, øvre genitale infektioner, udstødning, udlad, brystsmerte. **Ikke almindeligt eller sjældent:** Hirsutisme, perforering af livmoderen. **Pakningsstørrelser og priser:** 1 x Jaydess®, intrauterint indlæg. Se medicinpriser.dk for dagsaktuelle priser. **Udlevering:** A. Ej tilskud. **Indehaveren af markedsføringsstilladelsen:** Bayer OY, 20210 Turku, Finland. SPC dato 4. juni 2015. **Bayer A/S, Arne Jacobsens Allé 13, 6, 2300 København S. Tlf. 45 23 50 00 LDK.MKT.06.2015.1101**
Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Dermed kan nye sikkerhedsoplysninger hurtigt tilvejebringes. Læger og sundhedspersonale anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger. Se SPC pkt. 4.8, hvordan bivirkninger indberettes.

SUNDHEDSSTYRELSEN ORIENTERER

HØJT HYDROLYSERET MODER-MÆLKSERSTATNING OG ALLERGI.

Videnskab.dk bragte i marts 2016 en artikel, der såede tvivl om, hvorvidt højthydrolyseret modernælkserstatning forebyggede mælkeallergi. Der har på den baggrund i foråret været en del debat i medierne og blandt sundhedsplejersker og jordemødre om effekten af højt hydrolyseret modernælkserstatning i forhold til forebyggelse af allergi. Sundhedsstyrelsen gennemgik sammen med eksperter

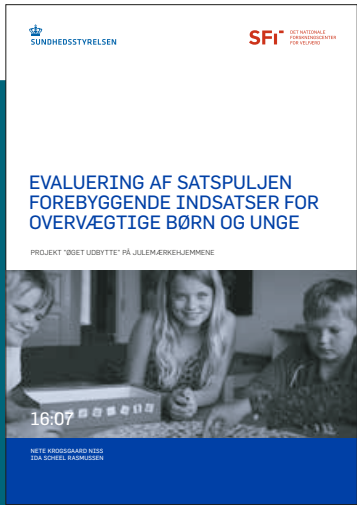
på området litteraturen omhyggeligt i forbindelse med udgivelsen af ”Ernæring til spædbørn og småbørn – håndbog til sundhedspersonale” i 2015. På den baggrund blev teksten ændret til at brugen af højt hydrolyseret modernælkserstatning kan anvendes til at forebygge mælkeallergi og ikke som tidligere skrevet anden allergi fx høfeber.

Sundhedsstyrelsen har vurderet artiklen og på den baggrund bestemt, at der nedsættes en mindre ekspertgruppe, der vil gennemgå den nyeste litteratur og drøfte anbefalinger på området med Det Europæiske Selskab for Allergologi (EAACI).



Annette Poulsen

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



KORT OG KLART. HÆFTE OM SATSPULJE-INDSATSER FOR BØRN OG UNGE MED OVERVÆGT

I mange kommuner arbejdes der med at forebygge overvægt blandt børn og unge. Et satspuljeprosjekt om indsatser i 9 kommuner for unge fra 5. – 9. klasse og ændrede arbejdsmetoder på to af de fire Julemærkehjem er nu helt afsluttet. Der har især været fokus på de unges trivsel og livsglæde og på inddragelse af forældrene i indsatserne.

Det Nationale Center for Velfærd, SFI har evalueret indsatserne og i den forbindelse også publiceret hæftet ”Kort og klart” Satspuljeindsatser for børn og unge med overvægt. Evalueringerne og hæftet kan findes på denne side

www.sundhedsstyrelsen.dk/da/puljer-og-projekter/2012/overvaegtige-boern-og-unge

Nyfødte bliver screenet for cystisk fibrose fra 1. maj 2016

Nyfødte screenes rutinemæssigt for 16 sjældne medfødte stofskiftesygdomme (ssi.dk/nyfoedte). Screening for cystisk fibrose bliver den 17. sygdom, som nyfødte screenes for via hælblodprøven, som tages på fødestedet.

Man forventer, at man ved screeningen årligt vil identificere:

- 13 nyfødte med cystisk fibrose
- Knap 80 raske nyfødte, som er bærere af CF-genet

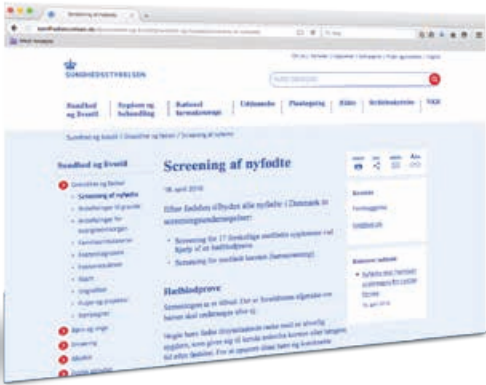
Forældrene får direkte besked. Børn med CF vil blive fulgt på det CF-center, de

hører til, idet tidlig målrettet intensiv behandling kan bedre prognosen.

Men screeningen fanger ikke alle. Man forventer, at der hver andet år vil være et barn med cystisk fibrose, som ikke identificeres ved screeningen.

Sundhedspersonale skal derfor være opmærksomme på, at børn med symptomer på CF fortsat skal undersøges for sygdommen.

Læs mere på Sundhedsstyrelsens hjemmeside:
www.sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed-og-livsstil/graviditet-og-foedsel/screening-af-nyfoedte



Forspring gennem forskning behagelig og skånsom pumpning

Brystpumper med 2-Phase teknologien giver dig mere mælk på kortere tid. Med Calma, den unikke sut til brystmælk, bibeholder barnet samme sugeteknik om ved brystet. Læs mere på www.medela.dk.

Calma™
den unikke sut til brystmælk

Harmony Pump & Feed Set™
let - behagelig - smart

Swing™
behagelig - stille - effektiv

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

Freestyle™
alt-i-et - innovativ - effektiv

Mød os på landsmødet 2-3 maj



TEMA
Mental
sundhed

Selv mordshandlinger blandt børn og unge samt mødre

ANNETTE ERLANGSEN, PHD, FORSKNINGSENHEDEN, PSYKIATRISK CENTER KØBENHAVN (TEKST)
LENA RØNSHOLDT, DORTE FISCHER, PRIVAT (FOTO)

I 2014 var der 629 personer, der døde af selvmord i Danmark. Siden 1980'erne har selvmordsraten i Danmark været faldende (se figur 1), men i de seneste år ser raten ud til have nået et plateau. Selvmord sker hyppigere blandt mænd end blandt kvinder. I 2014 forekom der 21,3 selvmord per 100.000 indbyggere blandt mænd, mens der var 7,0 selvmord per 100.000 indbyggere blandt kvinder.

For hvert selvmord er der forældre, søskende, partnere, venner, kolleger og klassekammerater, der står tilbage som efterladte. Tit spørger man sig selv, hvad kunne jeg have gjort for at forhindre

selvmordet? Hvorfor så vi det ikke? Selvmord er en unødvendig dødsårsag, forstået på den måde, at hvis vi havde en optimal forebyggelse ville selvmord kunne forhindres. Fra dansk og international forskning ved vi meget om, hvilke grupper som har en øget risiko for at udføre selvmordshandlinger, men vi har desværre kun begrænset viden om hvilke forebyggende tiltag, der er virksomme.

Det er sværere at sige præcis hvor mange selvmordsforsøg der sker, fordi nogle hverken kontakter hospitalet eller lægen endsige fortæller det til andre. Internationale studier peger på

at op til 13% af befolkningen på et eller andet tidspunkt vil have selvmordstanker, mens omkring 4,6% udfører et selvmordsforsøg i løbet af deres liv.⁽¹⁾ I Danmark formodes antallet af selvmordsforsøg at ligge på omkring 11.000 om året. For hver 100.000 indbyggere forekommer der ca. 78 selvmordsforsøg blandt mænd og 153 selvmordsforsøg blandt kvinder (baseret på tal fra 2011).

Det er vigtigt at yde hjælp til personer efter selvmordsforsøg for at hindre gentagelser. I Danmark har vi et nationalt tilbud om selvmordsforebyggende behandling til selvmordstruede.

De hyppigste årsager som unge angiver til selvmordsforsøg er problemer med familie og venner samt mobning.”

Behandlingen består i psykosocial samtaleterapi ved ambulante klinikker. En evidensbaseret evaluering peger på, at behandlingen forebygger gentagne selvmordshandlinger⁽²⁾. Årligt modtager ca. 2.500 personer psykosocial støtte efter selvmordsforsøg eller selvmordstanker i de selvmordsforebyggende klinikker; vi mener at mindst dobbelt så mange burde modtage et tilbud om behandling.

Børn og unge

Selvordsforsøg sker hyppigst blandt unge piger og kvinder i alderen 15-24 år. Hvert år kontakter flere end 1.600 unge piger og kvinder hospitaler efter selvmordshandlinger. De hyppigste årsager som unge angiver for selvmordsforsøg er problemer med familie og venner samt mobning. Blandt unge er det tit en impulsiv handling, hvor der er relativt kort tid, ofte blot timer, fra første tanke om selvskade til det egentlige forsøg. I de fleste tilfælde benytter de unge, hvad der findes i hjemmet.

Vi ved fra engelske studier at blisterpakninger og færre piller i hjemmet er med til at hindre at selvmordshandlinger bliver til alvorlige forgiftninger og hermed er de med til at forebygge selvmord. I Danmark blev der indført en pakningsbegrænsning på håndkøbssalg af paracetamol og svagt smertestillende medicin ved apotekerne i 2013. Allerede nu registreres der færre hospitalkontakter pga. forgiftninger, så vi har gode indikationer for

at dette initiativ vil nedbringe antallet af selvmord og alvorlige selvmordsforsøg.

Mødre

At befinde sig i et sociale netværk eller bo med familie er i mange tilfælde beskyttende overfor selvmord. Personer, som lever i parforhold, har lavere selvmordsrater end jævnaldrende, som lever uden for parforhold. Ligeledes har enlige forsørgere med børn en lavere risiko for at dø af selvmord end enlige uden børn⁽³⁾.

Forælderrollen forpligter – også i forhold til selvmord; jo yngre børnene er desto lavere er deres forældres selvmordsrisiko. Forældre til børn som er 2 år eller yngre har en selvmordsrisiko som er 4 gange lavere end personer uden børn eller med ældre børn. Dette er særligt tydeligt for mødre⁽⁴⁾. Mødre med flere



Annette Erlangsen

Er til daglig seniorforsker og programleder ved Forskningsenheden, Psykiatrisk Center København og har publiceret adskillige videnskabelige artikler i anerkendte tidsskrifter.

Annette har bred internationalt forskningsnetværk inden for selvmordsforebyggelse og har blandt andet arbejdet i USA som selvmordsforsker i 10 år.

børn har lavere risiko end kvinder med færre eller ingen børn. Forældre, som har mistet et barn dvs. barnet er omkommet, har en øget selvmordsrisiko; forældre som mister børn i 1-6 års alderen er særligt udsatte⁽⁵⁾. At miste et barn synes at påvirke mødre stærkere end fædre. Forældre, som mister voksne børn ved selvmord, har selv en 3-4 gange højere risiko for at dø af selvmord end forældre, som ikke har mistet et barn.

Graviditet
Graviditeten kan være en følelsesmæssig og hormonelt omvæltende periode, måske især for førstegangsfødende. Fra internationale studier ved vi, at post-partum depression er forbundet

med en øget risiko for selvmord. Til trods for at der er begrænset viden om ufrivillig abort og børn, som dør ved fødslen, vil det være forventeligt at disse svære perioder er forbundet med en øget risiko for selvmordstanker og handlinger.

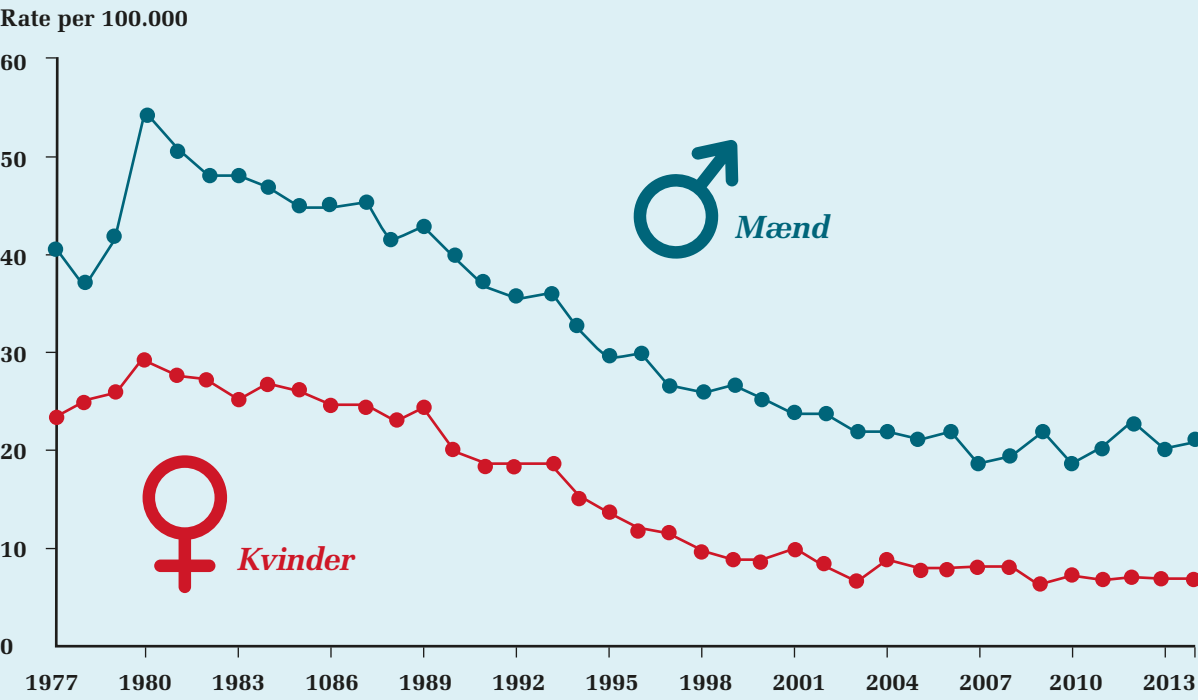
Selvordskriser
Det er ikke farligt at spørge en person om selvmordstanker, man kan ikke indgyde til selvmordshandlinger ved at spørge ind til det. Møder man en person, som er i krise, er det altid på sin plads at spørge ind for at finde ud af, hvor kritisk situationen er: ”Hvordan føler du dig? Har du tanker om at gøre skade på dig selv? Hvordan har du egentlig haft det den senere tid – har du

været meget ked af det? ” er eksempler på spørgsmål, man kan bruge. Man skal helst ikke bruge spørgsmål som begynder med ”hvorfor” – men hellere søge at afdække bl.a. med spørgsmål som begynder med ”hvordan”. Det er i sådanne situationer vigtigt at have tid til at tage samtalen og kunne rumme svarene. Det vil altid være acceptabelt at spørge ind til, hvordan en patient har det og om de har tanker om døden. Som fagperson er det væsentligt at være i stand til at tage samtaler om svære emner og vide, hvad man kan gøre for at hjælpe videre. Ideelt set bør samtalen udføres et uforstyrret sted, men det er bedre at spørge med det samme, hvis man har mistanke end at udskyde det. Sundhedsstyrelsen har udgivet ’Vurdering og visitation af selvmordstruede’ som indeholder vejledning til sundhedspersonale og kan downloades fra internettet⁽⁶⁾. Heri beskrives for eksempel samtaleteknikker til at spørge ind til selvmordstanker. Hvis man får opbygget tillid i en samtale og bliver betroet, at en patient har selvmordstanker, er det næste skridt at sige, at man hører og forstår, hvad personen siger og tager det alvorligt. I afdækkende spørgsmål bør man søge at finde ud af, hvor længe tankerne har stået på, om personen har lavet konkrete planer,

har gjort sig tanker om en måde at udføre handlingen på samt måske decideret besluttet, hvornår det skal ske. Svarene kan hjælpe med at afgøre om personen er akut selvmordstruet, og i givet fald bør Akut Modtage Afsnit (AMA) kontaktes. Hvis personen på overbevisende måde tager afstand fra at ville udføre selvmordshandlinger, kan det være tilstrækkeligt at kontakte den regionale selvmordsforebyggende klinik. (kontakt nummer oplyses generelt på Regionens psykiatriske hjemmeside). De selvmordsforebyggende klinikker ser brugere som er selvmordstruede, dvs. enten efter

.....
: **”Som fagperson er det væsentligt at være i stand til at tage samtaler om svære emner og vide, hvad man kan gøre for at hjælpe videre.”**
:

Figur 1. Selvmordsraten i Danmark, 1977-2014



Kilde: Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut og Befolkningsdata, Danmarks Statistik.

SE MERE PÅ PRÆVENTION.DK

SIKKER 6

FØLG OS OGSÅ PÅ FACEBOOK

“Hvis man som sundhedsplejeske møder en person som er selvmordstruet, skal man ikke give slip før en anden (mere kompetent behandler) har taget over.”

selvmordsforsøg eller ved alvorlige selvmordstanker. Har patienten psykiske sygdomme, som der allerede er behandlingstilbud til i ambulant regi, f.eks. depression, spiseforstyrrelse, psykose eller misbrug, bør patienten modtage behandling dér. Der kan henvises til de selvmordsforebyggende klinikker eller man kan ringe og spørge om deres hjælp. Alternativt kan der henvises til praktiserende læge. Der findes desuden forskellige frivillige tilbud bl.a. Livslinien som man kan kontakte også som bekymret. Livslinien tilbyder kontakt via telefon, e-mail og chat⁽⁷⁾.

Sundhedsstyrelsen anbefaler det støttende og vejledende princip overfor selvmordstanker og handlinger⁽⁶⁾. Det betyder, at hvis man som sundhedsplejeske møder en person, som er selvmordstruet, skal man ikke give slip før en anden (mere kompetent behandler) har taget over. ♥

REFERENCER

Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1999;56:617-26.

Erlangsen A, Lind B, Stuart EA et al. Short and long term effects of psychosocial therapy provided to persons after suicide attempt: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. Lancet Psychiatry 2014;2:47-58.

Mortensen PB, Agerbo E, Qin P et al. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. Lancet 2000;355:9-12.

Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. Am J Psychiatry 2003;160:765-72.

Qin P, Mortensen PB. The impact of parental status on the risk of completed suicide. Arch Gen Psychiatry 2003;60:797-802.

Sundhedsstyrelsen. Vurdering og visitation af selvmordstruede. Sundhedsstyrelsen. 2007. http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Stress%20og%20mental%20sundhed/Selvmondsforebyggelse/Visitation_af_selvmordstruede.ashx.

Livslinien. Livslinien, København. 2016. www.livslinien.dk.

Den første modernælkserstatning beriget med som:

- ✓ Mindsker koliksymptomer hos 95 % af børnene.^{1,*}
- ✓ Giver lindring allerede efter 7 dage.^{1, 2,*}
- ✓ Reducerer tiden med gråd med 70 %.^{1, 2,*}
- ✓ Reducerer gylpefrekvens.^{3,*}
- ✓ Forebygger obstruktion.^{3,*}



Kolik og koliksymptomer er almindelige spædbørnsproblemer.

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

Din rådgivning kan gøre en stor forskel

For mere information om NAN Sensilac, besøg www.nestlenan.dk (adgangskode: nanpro)

Brystmælk er bedst!

WHO - World Health Organisation* Anbefaler at gravide kvinder og nybagte mødre bliver informeret om de store fordele ved amning- specielt det faktum at amning giver den bedste ernæring og beskytter spædbarnet mod sygdomme. Mødre bør vejledes om amning og opretholdelse af brystmælksproduktionen med særlig vægt på vigtigheden af en vel balanceret kost både under graviditeten og efter fødslen. Unødigt introduktion til delvis flaskeernæring eller anden form for mad og drikke bør undgås da det kan have negativ effekt på amningen. På sammevis bør moderen informeres om vanskeligheder og fortrydelse ved beslutningen om at stoppe amningen. Inden moderen rådes til at anvende modernælkserstatning skal hun informeres om på hvilken måde hendes beslutning får både sociale og økonomiske konsekvenser. F.eks. hvis et barn udelukkende ernæres på modernælkserstatning bør man have i tankerne at der behøves >450 gram pulvererstatnings pr uge hvilket kan påvirke familiens økonomi og sociale situation. Mødre bør informeres om at amning ikke bare er det bedste men også det mest økonomiske. Besluttet det at anvende modernælkserstatning er det meget vigtigt at informere om tilberedningen og især understrege at ukogt vand, usteriliserede flasker samt fejlagtig tilberedning kan føre til sygdom.

* Se: Den internationale kode for Markedsføring af modernælkserstatninger, som blev vedtaget af WHO i resolution WHA 34.22, maj 1981.





DIÆTETISK BEHANDLING AF BØRN MED OVERVÆGT

– *med fokus på hele familien*

Sundhedsplejerskers mulighed for at henvise børn og unge med overvægt i Herning til klinisk diætist, viste at hjælpe 79% af børnene til et vægttab, og 95% af familier til at spise sundere.

KENNETH CHRISTIANSEN, KLINISK DIÆTIST, KOK, CAND. PÆD. PÆD. OG HEIDI DINESEN, LEDER AF FAMILIEPLEJEN, VEJLE KOMMUNE (TEKST)
COLORBOX (FOTO)

Baggrund

Artiklens formål er, at videregive viden og erfaringer fra et projekt i Herning Kommune, hvor det fra august 2012 til november 2014 har været muligt for sundhedsplejersker at tilbyde børn og unge fra 2-15 år som har udviklet overvægt – og deres familier – et individuelt diætbehandlingsforløb ved klinisk diætist. Yderligere har der været koblet madskoler som et ekstra tilbud til børnefamilierne.

Formålet med dette behandlingstilbud var:

- Tidlig opsporing af børn og unge med overvægt via familiens sundhedsplejerske
- Systematisk inddragelse af hele familien i behandlingsforløbet

Inklusionskriterier

Inklusionskriteriet for henvisning, var den BMI der hedder iso-bmi/iotf-25 (1,2). Samt hvis barnets BMI inden for det sidste

halve år har krydset flere percentiler opad (målt på alderskorrigerede BMI kurver). Børn og unge har den fordel, at hvis vægtøgningen bremses, således at vægten stabiliseres, så vil barnet blive slankere efterhånden, som det vokser i højden. Dette betyder ikke, at barnet ikke må tabe sig i forløbet, men det primære mål med diætbehandlingen, var vægtstabilisering og forandring af barnets – og familiens madvaner – i en sundere retning.

Metode

Vejledningsspædagogisk blev der arbejdet ud fra den løsningsfokuserede metode – en systemisk-/narrativ tilgang, med en socialkonstruktivistisk tankegang. Der afstås fra at søge efter årsagen til familiens oplevede problem. Derimod fokuseres på løsningen, samt at problemet er et fælles anliggende for hele familien, som skal klares af hele familien. Denne tilgang er valgt, idet det er vist, at des mere hele familien engagerer sig, des større succesrate synes børnene at have med at forandre mad- og bevægelsesvanerne (3,4). Diætbehandlingen har således både barnet, søskende, forældre eller andre omsorgsrelaterede personer som målgruppe. Alle familier fik undervisning i grundlæggende ernæringslære om mad, kalorier og vægtudvikling, samt grundlæggende undervisning i bevægelseslære om bevægelse og motion i forhold til forbrænding. Men det er op til familierne selv, hvad og hvor meget de vil forandre i familiens mad- og bevægelsesvaner. Derudover fokuseres primært på de succeser familien har, fremfor på en fejlsøgning af deres mad- og bevægelsesvaner i konsultationerne. Med mål om at fremme familiens lyst og motivation til, at fastholde de forandringer i deres mad- og bevægelsesvaner som de valgte, samt øge gejsten til at vælge endnu flere forandringer i en sundere retning. Der blev lagt op til, at forandringerne bør være fælles for hele familien (3,4).

Familierne blev tilbudt tid til første konsultation ved klinisk diætist inden for fire uger efter sundhedsplejersken har opsporet overvægtsproblematik. Denne første konsultation har været berammet til 90 minutter inkl. journalskrivning. Derefter tilbydes konsultationer med 3-6 måneder imellem, så længe behovet er der.

Der blev afholdt 9 madskoler i alt, som familierne kunne tilmelde sig. Alle madskoler var bygget op omkring forskellige temaer inden for mad og sundhed.

Der var 20 minutters teorioplæg, derefter madlavning og spisning. Til sidst 30 minutters coaching i gruppen med fokus på, hvilken læring familierne har haft og hvordan de efterfølgende kunne omsætte denne læring til praksis i deres hverdag.



Tilfredsheden blev målt på alle madskoler med et spørgeskema med afkrydsning i smiley, som vi validerer til både børn og voksne.

Statistik

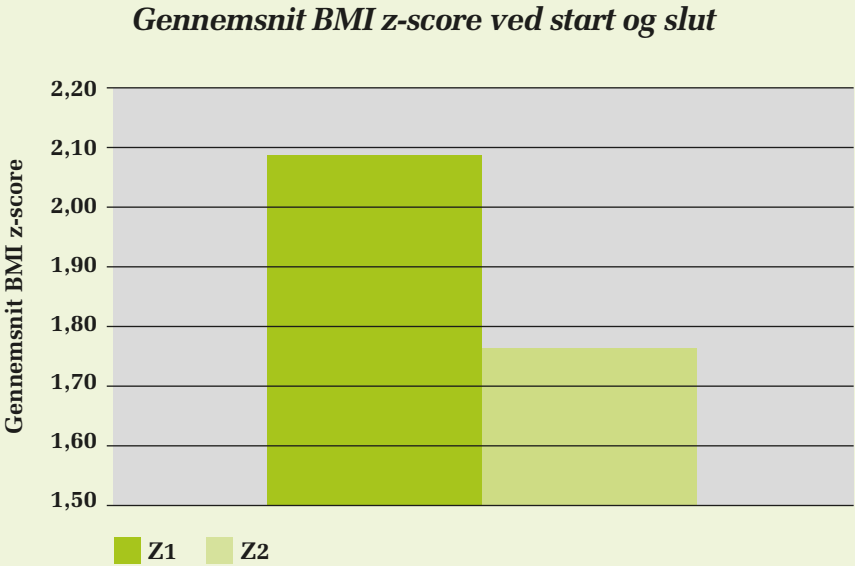
De statistiske analyser er foretaget i STATA. Børnenes vægt er målt på samme Tanita SC 330 hver gang. Der er anvendt signifikansniveau på 5% ved BMI z-score analysen.

Data om mængder af udvalgte levnedsmidler er opsamlet, ved validerede food frequency spørgeskema (FFQ) med åbne og lukkede svarmuligheder, udsendt før start på forløbet og ved slut efter 12 måneder. Da ikke alle familier havde udfyldt begge spørgeskemaer, indgår data fra 34 familier i opgørelsen af forandringer i barnets og familiens mad- og bevægelsesvaner.

Til afdækning af familiernes SOC, anvendte vi den danske oversættelse af Sven Setterlinds 9-items spørgeskema (5). Alle 9 spørgsmål er af Likerttypen til måling af begreberne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Den gennemsnitlige score blev udregnet og kunne således antage en værdi mellem 0-100. De samme spørgsmål blev sendt ud før behandlingsforløbets start og efter 12 måneder, og der blev målt på, om der sås en forskel på den totale gennemsnitlige score. Der er i flere undersøgelser fundet, at det ikke er hensigtsmæssigt at se på de tre subskalaer hver for sig (6,7,8), hvorfor der i denne undersøgelse udelukkende benyttes en totalskala.

Resultater

Data er opgjort efter 12 måneder, de 143 børn der er opstartet i diætetisk forløb i 2013 indgår i undersøgelsen. Der var 22 familier, der kun havde behov for en enkelt konsultation, så 121 børns BMI udvikling indgår i opgørelsen.



Tabel 2:

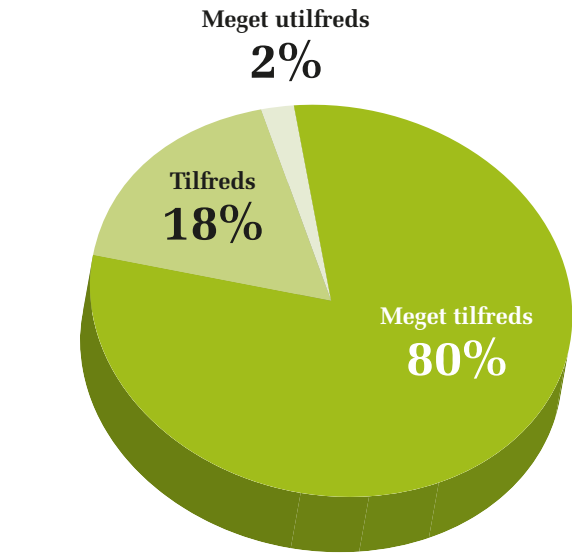
Ændring i BMI z-score fra første til sidste konsultation

Samlet ses et gennemsnitsfald i børnenes BMI z-score fra 2,08 til 1,76 (p = 0,024). På individ niveau ses at 96 ud af 121 børn havde et lavere BMI z-score efter 12 måneder (79%), hvor 25 børn havde et højere BMI z-score.

I FFQ's kvalitative svarmuligheder om mad- og bevægelsesvaner, her sås at 92% af familierne udtrykte tilfredshed med forløbet, samt at 95% af børnene havde forandret deres madvaner. 31 familier havde udfyldt begge 9 items spørgeskemaer, samlet sås en øgning i deres SOC på 5%. Hos 7 af disse familier sås et fald i SOC, hvor 8 havde et stabilt SOC og hos 16 havde øget SOC.

De ting omkring kosten, der oftest gik igen i besvarelsen, var mindre fedt i kosten, mindre portioner, færre tomme kalorier, samt mere frugt og grøntsager for alle. Endvidere at hele familien havde stået sammen og foretaget de samme ændringer. Mange af børnene havde fået ugentligt madlavningsdage, og de havde lært, at man skal smage på maden flere gange for at afgøre, om man kan lide den. Angående drillerier blev 22% færre drillet med deres vægt ved slut, trods dette ikke havde været et fokus i vejledningen.

Tilfredshedsgrad Køkkenseancen som helhed



Tabel 4:

Samlet tilfredshed med madskolerne

Samlet var der 56 respondenter, hvoraf hovedparten var tilfreds eller meget tilfredse med madskolen. De, der var utilfredse, handlede om, at nogle børn ikke kunne lide alt maden, vi tilberedte og spiste.

Der blev afholdt 9 madskoler, med 4-5 familier pr. madskole. Ved coaching i grupper som afslutning på alle madskolerne, var den hyppigste oplevede problemstilling som familierne debatterede: planlægning af aftensmaden i en travl hverdag. Men familiens mad i weekenderne, som flere oplevede som mere usund end i hverdage, var også et hyppigt debatteret emne.

”De, der var utilfredse, handlede om, at nogle børn ikke kunne lide alt maden, vi tilberedte og spiste.”

Diskussion

Selvom der måles et signifikant fald i BMI z-score, så kunne vi ikke finde nogen samtidsdata om danske børns vægtudvikling fra 3-16 år i Midtjylland. Derfor kan det diskuteres, om det er reelle resultater, vi måler eller kun ændringer. Dette skal ses i lyset af, at 79% af børnene har opnået et faldende BMI efter 12 måneders intervention. Noget kunne således tyde på, at denne strukturerede behandlingsmetode hjælper en stor del af børnene. Der er ikke målt på familiernes sociale status, men det er skønnet, at familier fra alle sociale lag har indgået i interventionen.

Grundet den meget lille besvarelses procent på FFQ, kan resultaterne ikke generaliseres ud til hele gruppen. Dog kan børnenes BMI udvikling indikere, at mindst 79% af børnene og deres familier havde ændret mad- og bevægelsesvanerne i en sundere retning. Men da bevægelsen kun er minimalt øget i

Har dit spædbarn udviklet en asymmetrisk hovedform?

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

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

Bandagist Jan Nielsen – En verden fuld af muligheder

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

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

familierne og skærmaaktiviteten var stabil høj ved slut, er det vurderet at der med fordel også kunne være koblet et mere bevægelsesorienteret tilbud på interventionen.

Målingen af familiernes SOC kan ikke generaliseres ud, idet kun 31 familier (25%) havde udfyldt alle 9 spørgsmål i begge spørgeskemaer. Dog skal målingen ses i lyset af, at 79% havde lavere BMI ved slut efter 12 måneders intervention. I dette lys mener vi, at sundhedsfaglige medarbejdere, der arbejder med at hjælpe børn, som har udviklet overvægt, og deres familier, arbejder aktivt for at familierne ikke kun får viden om, hvad der bør forandres i barnets og familiens mad- og bevægelsesvaner, men også får styrket deres læring og sundhedsmæssige kompetencer igennem diætbehandlingen.

Den systemisk-/narrative tilgang i interventionen gør, at der i vejledningen ikke kun er fokuseret på det enkelte barns mad – og bevægelsesvaner, men på hele familiens mad- og bevægelsesvaner, samtidig er der fokuseret på handlemuligheder frem for på begrænsninger. Dermed synes det som om, flere af familierne er blevet mere bevidste om, at de voksne vælger udbuddet af mad, herunder hvad der er i køkken- og køleskabet og hvad der serveres til måltiderne, hvor børnene så vælger, om de er sultne eller mætte, samt hvad de vil spise af dette udbud.

“Børnenes ændrede mad- og bevægelsesvaner har smittet af på hele familien, således at alle i familien spiser sundere og bevæger sig med større glæde”

Konklusion

Sundhedsplejen i Herning Kommune har i samarbejde med en klinisk diætist udviklet en behandlingsmetode til børn og unge med overvægt og deres familier i Herning Kommune, der er økonomisk rentabel og som hjælper flertallet af familierne til at forandre deres mad- og bevægelsesvaner i en sundere retning. Dog er tilbuddet i skrivende stund ikke videreført i Herning Kommune af økonomiske grunde.

Om familierne formår at fastholde ændringen i vanerne over tid vides ikke. Familierne har selv valgt, hvor mange ændringer de vil foretage ad gangen, hvilket synes at have haft en positiv effekt på familiens mad- og bevægelsesvaner. De fleste af familierne har ofte udtalt i konsultationerne, at børnenes ændrede mad- og bevægelsesvaner har smittet af på hele familien, således at alle i familien spiser sundere og bevæger sig med større glæde.

Samlet synes der at være en tendens til at denne metode hjælper 79% af børnene med overvægt. Det skal her bemærkes, at da familierne ikke ses særlig tit, der går fra 3-6 måneder imellem hver konsultation, er denne behandlingsmodel ikke dyrere end konventionel diætbehandling af børn og unge, der har udviklet overvægt. ♥

REFERENCER

Petersen Tove et. Al.: Danske skolebørns bmi målt i perioden 1986/1987-1996/1997 sammenlignet med danske målinger fra 1971/1972, ugeskrift for læger 164 2002

Sundhedsstyrelsen 2014: Opsporing af overvægt og tidlig indsats, , 1. udgave 1. oplag

Epstein, Leonard H et. al.: Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment of childhood obesity, Health psychology 1994 Vol. 13 no. 5 side 373-383

Christiansen K. Vigger L. og Stubbe A.. Nonfarmakologisk behandling af børn med overvægt. Diætisten (97) 2009

Setterlind S. The stress profile: A psychosocial approach to measuring stress. Stress Medicine 1995; 11:85-92

Hawley DJ, Wolfe F, Cathey MA. The sence of coherence questionnaire in patients with rheumatic disorder. J Rheumatol 1992; 19(12):1912-1918

Antonovsky A. The structure and properties of the sence of coherence scale. Soc. Sci. Med 1993; 36(6): 725-733

Flannery RB, _Jr., Flannery GJ. Sence of coherence, life stress, and psychological distress: a prospective methodological inquiry. J Clin psychol 1990; 46(4): 415-420





521

GANGE BRUG AF DEO OM ÅRET

“Jeg undgår
svedgener med
god samvittighed”

Charlotte Liljedahl,
Rødovre



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

HAR DU OGSÅ EN HOLDNING TIL FØLSOM HUD?
Giv din mening tilkende på facebook.com/neutraldanmark.

Neutral®

EN HOLDNING TIL FØLSOM HUD





UDGIVER

Fagligt Selskab for
Sundhedsplejersker

ANSVARSHAVENDE REDAKTØR

Tine Lohmann
I redaktionsgruppen: Dorte Fischer

NÆSTE DEADLINE

1. juli 2016

AFLEVERING AF MATERIALE TIL SUNDHEDSPLEJERSKEN

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

UDKOMMER

Sundhedsplejersken udkommer
6 gange årligt i lige måneder.

ANNONCER

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

LAYOUT OG GRAFISK PRODUKTION

Mediegruppen
Horsensvej 72A
7100 Vejle
Tlf. 7584 1200

OPLAG

1.400 eksemplarer

ISSN NR.

09069577

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

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

BESTYRELSEN



FORMAND
SUSANNE RANK LÜCKE
6500 Vojens
Tlf.: 29624221
susannelucke@fs10.dk



NÆSTFORMAND
DORTE FISCHER
Rudersdal Kommune
dortefischer@fs10.dk



**KASSERER OG
MEDLEMSANSVARLIG**
VIBEKE WESTERGAARD
8000 Aarhus C
Tlf.: 51575190
vibekewestergaard@fs10.dk



ANSVARSHAVENDE REDAKTØR
TINE LOHMANN
6700 Esbjerg
Tlf.: 29358615
tinelohmann@fs10.dk



BENEDICTE ENGSTRUP
Aalborg
benedicteengstrup@fs10.dk



KIRSTEN BIRK
Skanderborg kommune
kirstenbirk@fs10.dk



(SUPPLEANT)
SUSANNE HEDE
8200 Århus
Tlf.: 40817136
susannehede@fs10.dk



(SUPPLEANT)
CHRISTINA LOUISE LINDHARDT
Odense
Tlf.: 60381531 eller 22908757
christinalindhardt@fs10.dk



(SUPPLEANT)
KARIN SERUP
Vordingborg Kommune
karinserup@fs10.dk

HÅNDTERING AF ALLERGI SAMT GOD VÆKST OG UDVIKLING

– NU OG FOR FREMTIDEN

Håndtering af allergi handler ikke bare om
den akutte behandling af symptomer.
Det er vigtigt at have fokus på **hele det
allergiske forløb** – også **forebyggelsen** –
indtil komælk igen kan tolereres.



NYHED
Fra 6 mdr.

Nutricia støtter WHO's anbefaling om, at brystmælk er den
bedste ernæring til spædbørn. Pepticate er en fødevarer til
særlige medicinske formål og skal anvendes i samråd med læge
til ernæringsmæssig behandling af komælksallergi hos børn.

WWW.KOMÆLKSALLERGI.DK

Med **Pepticate** og **Pepticate Plus** kan forældrene
være trygge ved, at barnet fortsat kan **vokse og
udvikle** sig godt gennem ernæringen^{1,2,3}

Referencer **1.** Arslanoglu S, et al. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations during the first two years of life. J Nutr 2008; 138:1091-95 **2.** Verwimp JJM, et al. Symptomatology and growth in infants with cow's milk protein intolerance using two different whey-protein hydrolysate based formulas in a primary health care setting. Eur J Clin Nutr 1995;4(1):9-48 **3.** Vandenplas Y, et al. The nutritional value of a whey hydrolysate formula compared with a whey-predominant formula in healthy infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1993;17(1):92-6

NUTRICIA
Pepticate

– med brystmælken som forbillede

Det bedste fra Allomin Syrnet og Semper BioGaia



Unik sammensætning med mælkefedt,
MFGM* og *Lactobacillus reuteri* Protectis®



Brug Allomin Syrnet SensiPro:

- ✓ Ved moderat fordøjelsesbesvær
- ✓ Ved mavekneb
- ✓ Forebyggende mod træg mave
- ✓ Ved gylp

www.semper.dk

*mælkefedtkuglemembran

Semper
NUTRITION

Semper støtter WHO-kodeks. Hvis amningen fungerer er modermælk den bedste ernæring til spædbørn.

Afsender: Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, Kasserer, Vibeke Westergaard, Kildegården 15, 8000 Århus C



PP DANMARK

Sorteret
Magasinpost SMP

ID nr. 46443