A black and white photograph of a long, empty hallway. The ceiling is a grid of fluorescent lights, some of which are on. The walls are lined with doors and windows. In the distance, a person is walking away from the camera towards a bright area at the end of the hallway. The floor is highly reflective, showing a clear reflection of the person walking.

en uge uden
SMIL

STATENS



FILMCENTRAL

en uge uden SMIL ☘

EN UGE UDEN SMIL. 38 min., 16 mm, farve. Danmark, 1980. Producent: Katia Forbert Petersen, Anette Lykke Lundberg og Peter Lorenzen med støtte fra Workshop'en. Manuskript, instruktion og kamera: Katia Forbert Petersen. Klip: Anette Lykke Lundberg. Tone: Peter Lorenzen. Musik: Tomas Rud-Petersen. Udlejning: Statens Filmcentral.
Redaktion: Nina Davidsen.

Denne pjece er udarbejdet til såvel orientering for forældre og pædagoger som supplerende basis/diskussionsmateriale ved undervisning af hospitalspersonale.
Pjecen består af interviews ved bibliotekar Nina Davidsen samt skriftlige indlæg fra repræsentanter for de grupper, der omgiver det hospitalsindlagte barn.

Indhold

Om filmen	3
<i>Katia Forbert Petersen m.fl.</i>	
En psykisk belastning for så godt som alle	4
<i>J. Worsøe Petersen</i>	
Barnet føler sig svigtet	5
<i>Else Stenbak</i>	
Forældrene skal støttes	11
<i>Anne Jacobsen</i>	
Vi skal have bedre uddannelse	15
<i>F. Karup Pedersen</i>	
Pædagogernes viden bliver ikke brugt	17
<i>Studerende ved børnehaveseminarium</i>	
Materialer	19
<i>Nina Davidsen</i>	

Denne pjece, der er udgivet af Statens Filmcentral, udleveres gratis til brug i forbindelse med, forevisning af filmen. Henvendelse til Statens Filmcentral, Vestergade 27, 1456 København K, eller Jyllandskontoret, Lundingsgade 33, 8000 Århus C.

Lay-out: Kjeld Brandt, Trykt hos Frede Rasmussen, København. Udgivet af Statens Filmcentral, 1980.

»Hvert andet menneske er i sin barndom indlagt på hospital. Alle børn påvirkes emotionelt efter et hospitalsophold, og det viser sig eventuelt ved:

tilbagegang i udviklingen

morsyge

aggression

angst for hvide kitler

angst for adskillelse fra forældrene

angst for at blive klædt af

søvnløshed

natterareridt

pirrelighed

drillesyge

spisevægring

og i værste fald autisme, d.v.s. sygelig lukken sig inde i sin egen tankeverden og tab af følelsesmæssig kontakt med omgivelserne.«

Citat fra filmens slutning

Om filmen

af Katia Forbert Petersen, Anette Lykke Lundberg og Peter Lorenzen

EN UGE UDEN SMIL er en film, der registrerer børns reaktioner under et hospitalsophold.

Vi har fulgt de to 6-årige børn, Tanja og Thomas, som kommer på hospital for at få fjernet mandlerne – en situation, som næsten enhver familie kommer ud for, og som derfor på ingen måde er ekstrem.

Børnene opholder sig ca. en uge på hospitalet, men selv dette korte ophold influerer på børnenes psykiske tilstand.

Hospitalspersonalet er søde og flinke og gør, hvad det kan, for at børnene kan ha' det godt. Spørgsmålet er imidlertid, hvor meget det hjælper børnene i denne for dem ekstreme situation. De føler sig ulykkelige af smerter og svigtet af forældrene. De føler, at lægen mishandler dem ved at kigge i deres smertende hals og ører.

Det er forældre og pædagoger, som skal forberede et barn på, at det skal på hospitalet.

Vi mener, at barnet med enkle og sandfærdige ord bør have at vide, hvorfor det skal på hospitalet. Små børn kan få de mærkeligste idéer om årsagen til det, der sker med dem.

Der findes en mængde bøger og brochurer, der er tænkt som en vejledning for de forældre, der skal forberede deres barn på, at det skal på hospitalet. Nogle er gode og andre er mindre gode. Vi synes, at de generelt har den mangel, at de undgår at omtale eller bagatelliserer væsentlige sider af problemet:

- at der vil være andre børn på afdelingen, som græder.
- at det vil gøre meget ondt efter en operation.
- at barnet vil være vanskeligt at have med at gøre, når det kommer hjem igen og hvorfor.

Filmen viser de problemer, som forældre, pædagoger og hospitalspersonale skal være opmærksomme på, når et barn skal forberedes på et hospitalsophold. Vi har bevidst ikke villet forholde os postulerende til dette tabu-område, men prøvet at give et sandfærdigt billede af problemet i solidaritet med børnene.

En psykisk belastning for så godt som alle...

Af overlæge J. Worsøe-Petersen, Bispebjerg Hospital

Filmen EN UGE UDEN SMIL drejer sig om børn, der indlægges for at få fjernet mandlerne.

Inden barnet bliver indlagt, har lægen tilrådet operationen. For at give dette råd til forældrene skal han tage stilling til mange forskellige forhold, bl.a.: hvad vil man opnå ved en operation? Hvilke ulemper (både legemlige og psykiske men), kan der komme? Der er andre forhold, bl.a. de sociale og barnets almentilstand både legemligt og psykisk, der skal tages med i overvejelserne.

Det er en psykisk belastning for så godt som alle – både børn og voksne – at blive indlagt på et hospital. Det er afdelingens opgave at få patienten igennem hospitalsopholdet såvidt muligt uden psykiske men.

Varetagelsen af denne opgave kolliderer imidlertid ofte med de krav, der er nødvendige for at undgå legemlige komplikationer. Alle kan vist være enige om, at der simpelthen ikke må indtræffe alvorlige komplikationer ved behandling af børn, der skal have fjernet mandlerne. Det er nødvendigt i denne situation, som i så mange andre, at tilgodese de forskellige modstridende krav på bedste måde.

Producenterne af filmen EN UGE UDEN SMIL har villet beskrive den psykiske belastning, et barn kan komme ud for under et hospitalsophold. Jeg synes, de har gjort det på fortrinlig vis, men jeg vil nævne, at handlingsforløbet ikke er typisk for alle børn, der indlægges i en øreafdeling. Ved vore ambulante efterkontroller konstaterer vi, at størstedelen af børnene kommer igennem hospitalsopholdet uden psykiske men, og de møder glade op ved eventuelle senere genindlæggelser uden hospitalsskræk.

Filmen er optaget på Bispebjerg Hospitals Afdeling O, hvor J. Worsøe-Petersen er overlæge.

Barnet føler sig svigtet...

Af Else Stenbak, sygeplejeinstruktør ved Uddannelsesafdelingen, Hvidovre Hospital

Over 100.000 patienter under 15 år indlægges årligt på danske hospitaler. Det svarer til, at næsten en femtedel af hospitalspatienterne er børn. Hospitalers opdeling i specialafdelinger forårsager, at patienter indlægges på afdelinger, som i højere grad er specialiseret i behandling og pleje af bestemte sygdomme end i hensyntagen til det enkelte menneske. At dette forhold ikke altid er hensigtsmæssigt for den syge, ses jævnligt i dagspressen, hvor voksne patienter klager over hospitalernes manglende hensyntagen til menneskelige aspekter.

Den voksne har imidlertid mulighed for at forstå, hvorfor hun er indlagt, at sygdom er en forbigående tilstand, og at de fleste sygdomme helbredes. Derfor har den voksne også mulighed for intellektuelt at bearbejde sin oplevelse. For et barn er situationen en ganske anden, idet barnet ikke er psykisk modent til at forstå sygdom og indlæggelse. En del børn reagerer ikke desto mindre positivt og udskrives med styrket selvtillid. Mange børn reagerer slet ikke, men for en stor gruppe børn indebærer indlæggelse en risiko for at udvikle psykiske vanskeligheder, som kan vare i uger eller måneder efter udskrivelse.

Der kan ikke opstilles faste mønstre for et barns negative psykiske reaktioner på hospitalsophold, men som hovedregel må det siges, at den mest truede gruppe er børn under skolealderen. Imidlertid er det vigtigt at huske, at reaktionerne også er afhængige af barnets tidligere erfaringer, dets forhold til forældre og dets individuelle psykiske konstitution. Ligeledes har sygdommens alvor, behandlingen og varigheden af opholdet betydning.

Den reaktion, som det spæde barn udviser, vil oftest være passiv. Spædbarnet, som ikke bliver stimuleret, kan blive tilsyneladende uinteressert i sine omgivelser. Det traditionelle, farveløse hospitalsmiljø, de få og hastige kontaktsituationer, indebærer derfor en trussel mod barnets videre udvikling. Efter udskrivelse kan barnet vise stor undren eller forskrækkelse over det hjemlige miljøes lyde og farver, og det kan næsten have »glemt«, hvordan det skal ligge i arm, når moderen/faderen holder det. En sådan reaktion kan være meget skræmmende for uforberedte forældre.

Det lidt større barn vil udvise en langt mere aktiv reaktion, især lige efter indlæggelsen, hvis denne medfører adskillelse fra forældrene. Som protest herover kan barnet græde voldsomt i mange timer. Herefter kan det gå ind i en mere

passiv fase, som kendetegnes ved tilbagetrukkethed. Barnet er fortvivlet, virker trist og stille, interesserer sig ikke for sine omgivelser, vil ikke spise, men græder voldsomt igen, når forældrene kommer på besøg. Hvis ingen forholdsregler træffes for at genforene barn og forældre, kan barnet herefter gå ind i en fornægtelsesfase. De tre faser: protest, fortvivlelse og fornægtelse vil vise sig hos de fleste børn mellem 1/2 og 5 år.

Den udløsende faktor for disse reaktioner er adskillelsen fra forældrene, som barnet føler sig svigtet af. Sorgen herover er så stor, at barnet tilsidst ikke kan bære den, hvorfor det søger at trænge sorgen tilbage til underbevidstheden, og prøver at »glemme« forældrene. At barnet vender sig væk fra forældrene, når disse kommer, eller at det ikke vil acceptere deres kontaktforsøg, kan være helt almindelige reaktioner på dette tidspunkt. Barnet kan klamre sig fast til sygeplejersken, hvilket kan være yderst belastende for forældre, der i forvejen er bekymrede for barnets sygdom. Barnet fornægter, hvad det selv opfatter som forældrenes brud på den gensidige tillid. Det fornægter, at mor/far har svigtet det på et tidspunkt, hvor det har haft så stor brug for deres kærlighed og støtte.

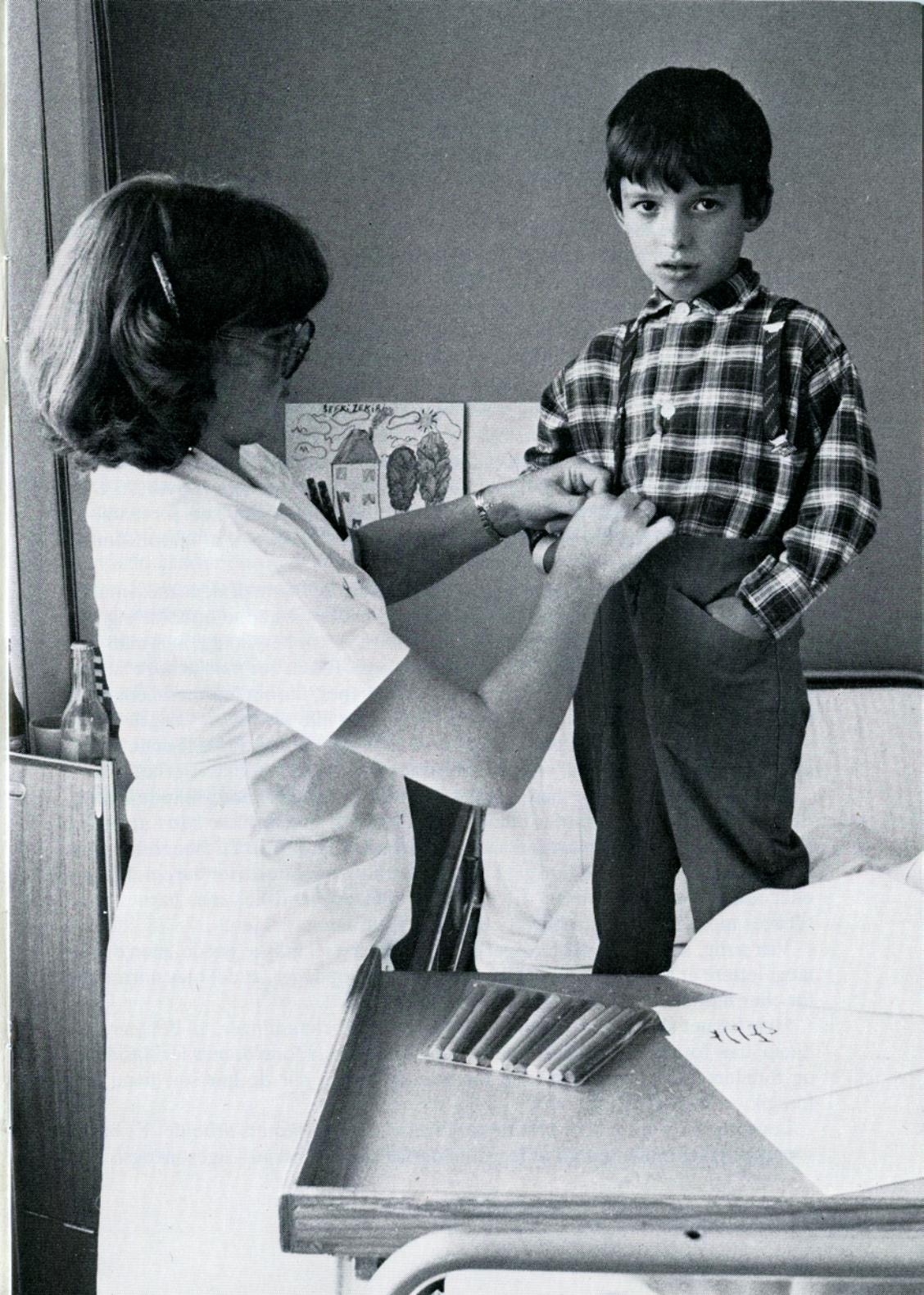
Det er *fornægtelsesfasen*, som i visse tilfælde kan udstrækkes til at vare i lang tid efter barnets udskrivelse fra hospitalet, og den kan blive udmattende for både barn og forældre. Efter hjemkomsten kan barnet gang på gang sætte sine forældres tillid på prøve, for at overbevise sig selv om, at det stadig bliver elsket. Barnet kan være omklamrende eller afvisende, det kan blive urenlige igen, have trodsanfald og nægte at spise eller sove. Sådanne reaktioner kan være yderst belastende, især hvis man ikke forstår, hvoraf de er kommet. Hvis barnet mødes med kærlighed og ømhed og viser en større hensyntagen i en tid efter udskrivelsen, vil reaktionerne oftest svinde af sig selv.

Det vil i alle tilfælde være en god idé, ikke at lade barnet blive passet af fremmede i nogle uger efter indlæggelsen. Naturligvis skal den voksnes arbejde og barnets daginstitution passes, men fritid bør tilrettelægges med større hensyntagen.

Opretholdelse af kontakten med forældre og søskende er en af de vigtigste forholdsregler i forebyggelsen af børns negative reaktioner på indlæggelse. Og det kan undre, at man ikke forlængst har indført retningslinier herfor på hospitalet.

Men viden om, at børn kan påføres psykiske vanskeligheder i forbindelse med hospitalsindlæggelse er ikke gammel. For tyve år siden var det helt almindeligt, at man bad forældre om ikke at besøge det indlagte barn. Besøgstiden var en time to gange om ugen, og derudover havde forældrene ingen adgang. Barnets fornægtelsesfase blev tolket, som om det var »faldet til ro« på hospitalet, og først efter adskillige videnskabelige undersøgelser, som beviste, at barnet i virkeligheden var dybt deprimeret, begyndte man på hospitalernes børneafdelinger at være mere åbne for besøg.

Nu har næsten alle børneafdelinger fri besøgstid, hvilket medfører, at besøgsti-



den kan tilrettelægges efter forældres arbejdstid. Mange børneafdelinger søger at medinddrage forældrene i barnets pleje, hvilket er væsentligt for at lette forældres angst og uro i forbindelse med barnets sygdom. Pædagoger leger med børnene, der er legestuer og legeplads, og man søger at indrette afdelingen mere børnevenligt end før.

Desværre tillader kun halvdelen af børneafdelingerne besøg af søskende. Man henviser til, at søskende kan være smittebærende med mæslinger o.l. Det viser sig dog i praksis, at forældre er opmærksomme herpå, og at børnesygdomme kun i meget sjældne tilfælde tilføres børneafdelinger gennem søskende. Af hensyn til søskendes reaktioner på børns sygdom, ville det være ønskeligt om der var adgang for søskende overalt, hvor børn er indlagt.

Imidlertid har ikke alle hospitalsafdelinger forståelse for børns særlige behov under indlæggelse. Dette hænger sammen med den tidligere nævnte opdeling i specialer. Hvis en patient har et sygt øje eller øre, vil hun nemlig blive indlagt på en afdeling med dette speciale. Og kun de sygdomme, som udelukkende ses hos børn vil blive behandlet på børneafdelinger. I Danmark ligger over 70% af indlagte børn på voksenafdelinger, hvor man ikke naturligt kan forvente, at miljøet er stimulerende, eller at personalet har uddannelse til at imødekomme børns og deres forældres behov.

Derfor er det af uvurderlig betydning, at forældre kan være til stede mest muligt for at støtte og hjælpe barnet. De færreste forældre vil kunne opholde sig hos barnet under hele indlæggelsen, men det vil være af stor betydning, hvis man kan blive hos et (lille) barn i hvert fald det første døgn. Ellers bør man besøge barnet et par timer hver dag. Prøv at skrive op, hvilke vaner, barnet har med hensyn til renlighed, spisning, sovetimes, sovedyr o.l. Sæt en lille seddel på væggen (brug tape) over barnets seng, så personalet kan se, at dette barn plejer at få en flaske til sovetime, eller at dynen skal vendes, så barnet kan nusse med bandlerne.

Lad barnet få sin bamse med, når det skal indlægges. Det kære, elskede legetøj hjemmefra bliver for barnet et bindeled til hjemmet, som det ikke kan forstå, det skulle væk fra. Det lille barn er ikke psykisk modent til at forstå tidsbegreber som »i morgen«. Når forældre skal gå, kan det derfor være en støtte for barnet, hvis en eller anden ting »glemmes«. Et tørklæde eller en handske, som barnet ved, tilhører mor eller far, kan blive beviset på, at de kommer igen.

Vær ærlig, sig farvel, når besøget er forbi. Barnet vil måske græde, men det er langt lettere at berolige, end det barn, som senere opdager, at det blev narret, da far eller mor skulle på toilettet.

Hvis barnet skal gennemgå undersøgelser eller behandlinger, vil det være en hjælp, hvis forældrene er med. Barnet kan bedre forstå forældrenes forklaringer, og forældre har større forståelse for barnets angst, når de har set, hvad der foregik.

Legen er for barnet ikke blot beskæftigelse, den er barnets arbejde. Et barn, som ikke gives mulighed for at lege kan derfor reagere herpå – ligesom også den

voksne kan udvise reaktioner på at være arbejdsløse. Når hospitalet ikke har tilknyttet pædagoger, kan det være vanskeligt at møde forståelse for barnets leg.

Det barn, som undertrykker angst, vil ofte være aggressiv i sin leg. Dette er naturligt, og det er vigtigt at lade barnet afreagere sin vrede. Legen vil ofte dreje sig om barnets oplevelser under indlæggelsen. Derfor kan det være en støtte, hvis det eventuelle nye legetøj er »hospitals«-ting. Hospitalslegen kan i mange tilfælde fortsætte længe efter udskrivelsen, og barnet bør støttes heri. Det lille barn kan ikke – som den voksne – tale om sine følelser. Det bearbejder sine oplevelser gennem leg.

Megen angst og uro hos et sygt barn og dets forældre kan forebygges, hvis alle er forberedte på indlæggelsen. Er barnets indlæggelse planlagt, bør man derfor besøge hospitalet med barnet nogle dage før den endelige indlæggelse. De fleste hospitaler vil stille sig forstående over for et sådant ønske fra forældre.

Men ikke alle børn kan tilbydes denne form for forberedelse, fordi de fleste indlæggelser foregår akut. Derfor er det væsentligt at inddrage bøger om hospitaler i højtlesningen for børn. Man må regne med, at næsten hvert andet barn skal gennem en indlæggelse før det fyldte 15. år. Vær opmærksom på, hvordan der i det daglige tales om hospital og sygdom. Hvis »hospital« bliver brugt som trussel: »hvis du kravler derop og falder ned, skal du på hospitalet«, kan det være meget svært for hospitalspersonale at overbevise barnet om, at venlighed er ægte ment. Hvis lægen er en, der kommer, når barnet ikke spiser op, vil det være umuligt for barnet at tillægge en nok så rar læge hæderlige hensigter.

Hospitalers udvikling går mod mere menneskelighed, men vi er mange som blev uddannet i en tid, hvor pårørende ikke var velsete på hospitalerne. Der er lang vej, før vi kommer dertil, at forældre opfordres til at være til stede. Ved fælles hjælp og forståelse for, at vanskelighederne omkring et samarbejde kan skyldes usikkerhed hos både personale og forældre, kan børn imidlertid sikres rimeligt gode vilkår under hospitalsindlæggelse.



Forældrene skal støttes...

Af Anne Jacobsen, klinisk psykolog ved Rigshospitalets børneafdeling G. Interview ved Nina Davidsen.

»De børn, jeg har med at gøre, bliver indlagt akut, dvs. at hverken barn eller forældre har nået at blive forberedt på såvel indlæggelse som behandling. Det er et stort handicap, netop fordi det ved flere alvorlige sygdomme er vigtigt, at både indlæggelse og en ofte ubehagelig behandling sættes i værk så hurtigt som muligt. Det betyder, at det nyligt indlagte barn både befinder sig på et fremmed sted blandt mennesker, det ikke kender, samtidigt med at det oplever, at forældrene er ulykkelige, tit skræmte – samtidig skal det lægge krop til en behandling, der er uforståelig og måske smertefuld. Det er ikke længere forældrene, der bestemmer – i denne fremmede verden er hvert eneste menneske en potentiel fjende i den betydning, at det ikke er til at vide, hvad vedkommende nu vil gøre. En 8-årig sagde til mig: »Det er først, når man kører i bilen, at man tænker på, om man bliver lukket inde, om de er onde eller flinke. Man tænker: Kommer mor og er hos mig? Og man tænker på, hvad man mon fejler, hvad mon det går ud på?«

– Hun var altså 8 år og kunne formulere sine følelser; det er mit indtryk, at den mest desorienterede og panikslagne er den ca. 2-årige, for da er han/hun midt i en selvstændighedsfase, som er meget betydningsfuld for barnet. Nogle børn kan så reagere kraftigere end andre, også i dén alder, men er det f.eks. et lidt temperamentsfuldt barn, der kæmper hårdt for sin selvstændighed, kan det være meget svært »at komme til« både med behandling og med følelsesmæssig kontakt. De protesterer meget stærkt mod det, der sker, og giver ofte udtryk for en umådelig vrede mod forældrene, der efter barnets mening har svigtet. Det er jo begrænset, hvor meget forældre kan forklare en 2-årig. Barnets nye mistillid medfører det i situationen uheldige, at de kan være overordentligt svært for forældrene at trøste barnet. I de tilfælde må man lægge megen vægt på, at forældrene kan være så meget som muligt hos barnet, og så støtte forældrene psykisk fra afdelingspersonalet og evt. økonomisk via socialrådgiveren, så de forstår barnets reaktioner og ikke lader sig skræmme af dem. Det er det eneste, tror jeg, man kan gøre for en 2-årig. De endnu mindre, baby'erne, bliver meget hurtigt skræmte og kan reagere lige så voldsomt som de lidt større, når et medlem af plejepersonalet kommer ind ad døren. I de tilfælde hører jeg tit forældre sige, at de ikke vil holde den lille i hånden, når der f.eks. skal gives en indsprøjtning, fordi de ikke vil have deres person kædet sammen med det ubehagelige, barnet gennemgår. Der må vi lære

forældrene at de ikke må trække sig tilbage, at det vigtigste for barnet er den tryghed, som han/hun får ved at holde i hånden.

– I det hele taget skal forældre støttes, støttes og støttes. Mange af dem er i begyndelsen lige så usikre som barnet, mange kender ikke et hospital indefra og har aldrig været i den grad omringet af uforståelig teknik. Når de er bange for deres egen reaktion på apparater, slanger osv., kan de slet ikke hjælpe barnet over dets angst for de samme ting.

– Samtidigt med, at det er vigtigt for barn og forældre, at de sidste er hos barnet, må de ikke føle sig presset til det. Der kan være andre børn i familien, som også kræver deres del af forældrenes opmærksomhed; derfor må de aldrig føle, at de SKAL være hos den syge, men de skal hjælpes til at være der så meget, som netop de kan magte. Det svinger nemlig en del fra par til par.

– Fra afdelingens side forsøger man at få forældrene med så meget som muligt i omsorgen for barnet. Hvis de føler sig udmanøvrerede, hjælpeløse, kan de blive bange og aggressive, mens det, at de deltager i den rent fysiske pasning, hjælper både dem og barnet. Plejepersonalet skal helst have føling med, hvormeget de kan overlade den enkelte forælder, og af og til dukke op i periferien, for der er mange forældre, der føler sig til ulejlighed, hvis de ringer for meget efter assistance. Det kræver undervisning af personalet i forældresamarbejde og -reaktioner, samtidigt med at det må have de forskellige stadier i børns udvikling for øje.

– Børnenes tilpasning til hospitalsrutinen, plejepersonalet, de andre børn osv. tror jeg består af forskellige mekanismer for de små og de store børns vedkommende. Når »man«, det være sig forældre eller personale, ser et lille barn holde op med at græde, begynde at lege med de andre, måske smile forsigtigt, er »man« tilbøjelig til at tro, at barnet er faldet til; mens jeg tror, at det fortrænger sin angst. Det lille barn, der ikke forstår, at en hospitalsindlæggelse er midlertidig, føler sig prisgivet og bærer i de fleste tilfælde rundt på et uforarbejdet chok, der senere kan vise sig som mareridt, tilbagegang i fysiske færdigheder eller indelukthed. Derfor skal både forældre og plejepersonale til stadighed forklare de ting, der dukker op i den daglige behandling, uanset hvor tilpasset og uafficeret barnet giver indtryk af at være. Det kan synes at være en selvfølge fra personalets side, men man må ikke glemme, at de ofte knytter sig tæt til de indlagte børn, og de kan, ligesom forældrene, have meget svært ved at se børnene deprimerede og kede af det. Derfor griber de den tilsyneladende falden til ro med lettelse. De tager den som udtryk for, at nu er barnet kommet over det, men det behøver barnet ikke at være på længere sigt.

– Med de større børn, fra 7–8 år og opefter, kan man være så heldig, at de reelt tilpasser sig situationen, men stadig skal der følge forklaringer og eftersnak til hver ny episode i behandlingen. Jeg har ofte hørt forældre fortælle om den første hjemkomst efter en lang indlæggelse: »Han gik tavst rundt og bare kiggede på det hele; han gik ind på sit værelse, men han legede ikke, han bare rørte ved tingene«,

og det viser noget om, hvad barnet kan have været bange for. Det er en konstatering af, at det altså er muligt at være alvorligt syg og alligevel komme hjem igen.

– Jeg plejer at råde forældre til, især mindre børn under skolealderen, at give dem billeder med af søskende, bedsteforældre, kæledyr og huset derhjemme og samtidigt snakke meget med dem om, hvad der foregår hjemme. Det betyder, at barnet ikke så nemt føler sig isoleret fra resten af familien, og dermed får man også tilbageslutningen til hjemmet til at være knapt så stor en omvæltning, som den ellers kan gå hen at blive efter en lang indlæggelse.

– Det at have billeder af sine søskende stående på bordet betyder især noget for de børn, der indlægges på isolationsafdelinger, hvor søskende ikke må komme på besøg. En langvarig søskendeadskillelse kan bevirke ændringer i det ellers gode forhold både hos den syge og den raske hjemmeværende. Hos det syge barn kan der komme en vrede rettet mod den eller de raske hjemmeværende søskende, der jo ikke skal alle disse smerter, behandlinger, indsprøjtninger osv. igennem, men kan blive hjemme hos mor og far; samtidig kan de hjemmeværende blive meget jaloux, fordi én eller måske begge forældre tilbringer så megen tid på hospitalet og måske ovenikøbet taler meget om det, når de endelig er hjemme.

– Forældre til langtidsindlagte børn er ofte med rette meget bekymret for søskendeforholdet og tager sig det meget nært, hvis det går dårligt, så der er et stort rådgivningsbehov.

– Ved den måde vi arbejder på her på Rigshospitalet – i team, hvor vi kobles ind fra begyndelsen – opstår der en så nær kontakt, at forældre ikke holder igen med deres problemer, men kommer med dem, så snart de opstår. Samtidig orienterer vi dem om, at de og de problemer *kan* opstå, sådan at de ikke står uforberedte. Det gælder en lang række områder, hvoraf jeg har nævnt søskendeforholdet. Udskrivelsen og hjemsendelsen er et andet. Mange forældre er nervøse for, om de nu også kan passe barnet godt nok derhjemme, om de kan være omhyggelige nok, om der kan ske noget. Vi forbereder dem ved at sige: »Sådan oplever mange forældre det... det er ikke sikkert, I kommer ud for det samme, men...«, så imødegår man de forskellige ting, der kan opstå, og giver dem lov til at reagere, uden at de behøver at føle: »er det nu mig, der er fjollet?«

– Vores team-arbejde inkluderer også, efter aftale med forældrene, hjembesøg i det omfang, det er geografisk muligt. Vi har en forsøgsordning i gang med, hvad man kan kalde en ambulant sygeplejerske. Jeg kan tage med hende ud, jeg kan tage alene, eller, hvad jeg oftere gør, med en socialrådgiver. Vi tager på hjembesøg i alle faser af indlæggelsen, bl.a. fordi det er vigtigt at tale med hele familien og netop også med søskende. I de hjem, hvor et barn dør, følger vi familien i tiden efter, fordi det erfaringsmæssigt er en kritisk periode, hvor det gælder om at forebygge selvbebrejdelser, skyldfølelse, isolation o.m.a.

– I de sidste par år har vi også arbejdet med forældrene i grupper. Vi inviterer en gang om ugen, der er stor tilslutning, og forældrene har selv givet udtryk for, at de fandt gruppearbejdet meget givende. De har et stort behov for at møde andre

forældre i samme situation, og man kan så tænke: »De kan da mødes oppe på gangen«, men så enkelt går det ikke. Nogle holder sig for sig selv og andre, der er i en meget kritisk fase, skræmmer medforældre unødigt. Derfor fungerer et fællesforum bedre. Hvis forældrene ikke kender hinanden fra tidligere møder, tager vi først en kort præsentationsrunde og derefter bestemmer forældrene, hvad vi skal tale om. Det kan være alt lige fra praktiske problemer, misforståelser, udtalelser man gerne vil have forklaret eller uddybet, til følelsesmæssige problemer forældrene imellem. Deres indbyrdes forhold belastes utroligt under et barns langvarige sygdom. Det kan også være søskendeproblemer eller frygten for, at et barn skal dø.

– Det er ikke mit indtryk, at det specielt er de socialt velstillede, der har overskud til gruppearbejdet. Jeg er blevet spurgt om det før og må stadig svare nej. Alle er lige usikre i den situation og tager derfor mod *tilbuddet*. Det er den opsøgende indsats, der betinger, at så mange kommer. De forældre, hvis barn lige er blevet indlagt, kan kun overkomme at være hos barnet, de har ikke overskud til selv at opsøge andre. Man vil måske sige, at vi så skulle vente, til de selv har det overskud – men så kan det være for sent. Vores erfaring er, at vi skal sætte ind fra begyndelsen, hvor diagnosen er klarlagt, og hvor forældrene har størst behov, er mest åbne, og hvor vi kan forberede forældre og dermed børn på undersøgelser og behandling, på tilbagefald eller behandlingsstop.

– Desværre har vi endnu ikke fået udarbejdet en pjece til forældre og børn. Vi er opmærksomme på den mangel og skal netop til at se på, hvad man har på området i USA, men hidtil har der ikke været den fornødne tid.

– En anden ting, jeg skal beskæftige mig med i USA, er selvhjælpsgrupper i den form, man herhjemme kender for brystopererede kvinder. Der er mange forældre, der spontant føler trang til at stille deres egne erfaringer til rådighed for andre i samme situation. Gruppen skulle så både rumme rådgivere og de rådsøgende. Måske skulle der også tilknyttes fagfolk inden for medicin, psykologi og socialforvaltning. Den vægt, vi lægger på hele tiden at holde forældrene velinformerede, hænger sammen med den lange tradition, vi har her på stedet for fuld åbenhed omkring diagnose og behandlingsmuligheder. Vi skønner ikke i hvert enkelt tilfælde, hvor meget et givet forældrepar kan tåle at høre. Vores erfaring går ud på, at det selvfølgelig kan være meget hårdt for disse forældre i begyndelsen, men det hjælper dem samtidig til den bedste prioritering af følelsesmæssige og praktiske problemer i barnets sygdomsperiode, og de giver tit udtryk for bagefter, at de var glade for at være 100% orienterede.

– Alle de ting, jeg her har nævnt, er man uden tvivl opmærksom på over hele landet, men i det tværfaglige samarbejde til støtte af forældrene, var vi nok foregangsmænd – den arbejdsform findes kun her. Når vi taler om psykologer er vi p.t. godt dækket ind: vi er 2 hel- og 6 halvtidsansatte; det er imidlertid mit indtryk, at det er en personalegruppe, hvis arbejdsindsats man mere og mere forstår betydningen af. □

Vi skal have bedre uddannelse...

Af F. Karup Pedersen, 1. reservelæge ved
Rigshospitalets børneafdeling G.
Interview ved Nina Davidsen.

– Føler du at plejepersonale og forældre ser på lægen som en overordnet figur, der først og fremmest forventes at beskæftige sig med den medicinske side af barnets indlæggelse, mens der er andre personalegrupper til den psykiske?

– Personalets forventninger til lægerne er utvivlsomt formet af, hvad de sædvanligvis modtager fra disse. Mine erfaringer stammer helt overvejende fra børneafdelinger, og formentlig er der på sådanne større lægelig tradition og interesse også for de psykiske aspekter af indlæggelsen end på andre afdelinger, hvor jo også børn indlægges. Jeg tror, at både plejepersonale og forældre også fra lægeside på en børneafdeling stiller forventning om omsorg og interesse for f.eks. forberedelse af barnet før nødvendige, ubehagelige procedurer og støtte ved overvejelser omkring forældreophold på hospitalet. Forventninger om en hensyntagen, der kræver længerevarende registrering af barnets individuelle reaktioner og behov under rolige forhold stilles efter min erfaring sjældent til lægepersonalet. Det sidste er efter min opfattelse nok også berettiget, idet ansvaret for den somatiske behandling af et stort antal patienter med nuværende bevillinger og normeringer ikke tillader længerevarende uforstyrrede kontakter mellem lægerne og de enkelte børn med dette formål. Hertil kommer, at lægen ofte er den, der som ansvarlig for den somatiske behandling, må træffe beslutning om iværksættelse af ubehagelige procedurer, et forhold de fleste blot lidt større børn efter min erfaring er helt vidende om, hvilket nok gør deres forhold til lægen sammenlignet med andre personalegrupper mere belastede.

– Er den medicinske grunduddannelse tilstrækkelig på området psykisk omsorg?

– I modsætning til tidligere omtales børns reaktioner på hospitalsindlæggelse nu ved flere lejligheder i det medicinske studium. Til gengæld kan man nok fortsat frygte, at det hensyn, der tages til børns reaktion på indlæggelse, stadig lader noget tilbage at ønske på voksenafdelinger. Den praksis, studenterne stifter bekendtskab med og måske erhverver under praktiktid, mener jeg derfor næppe kan siges at være tilstrækkelig.

– Tror du, ovenstående i nogen grad er udtryk for en velfærdsproblematik – at du ville prioritere andre forhold højere, hvis du f.eks. lige var kommet hjem fra et par års lægtjeneste i Afrikas bush?



– På basis af erfaring fra u-landsarbejde ved flere lejligheder mener jeg, at lægers og andet medicinsk personales prioriteringer i u-landet helt overvejende må være af medicinsk-somatisk art på grund af de helt overvældende akutte behov herfor i relation til mængden af sundhedspersonale. Psykisk omsorg for syge eller indlagte børn er naturligvis ikke mindre vigtig i u-landene, men må altså på grund af situationen efter min mening set fra lægeside prioriteres lavere, og i den sammenhæng finder jeg nok, at ovenstående kan siges at være udtryk for en velfærdssamfunds-problematik, omend – ligeledes efter min mening – naturligvis helt relevant i velfærdssamfundet.

Pædagogernes viden bliver ikke brugt...

Af en gruppe 1. års studerende på Teglgårdsstræde Børnehaveseminarium efter praktik på forskellige hospitaler.

Den seneste udvikling inden for hospitalsområdet er, at der bliver ansat pædagoger på hospitalernes børneafdelinger. Hvorfor? Hvis sygdom blot betragtes som en organisk funktionsfejl er det vanskeligt at få øje på pædagogens rolle på hospitalet. Tager man derimod de psykiske aspekter med ind i sygdomsbilledet, opstår behovet for pædagoger på børneafdelingen. For de fleste børn er et hospitalsophold ensbetydende med nye og uvante situationer, som kan skabe angst og utryghed. Vi ved, at almindelig sygdom ofte bremser børns udvikling et stykke tid. Hvis børnene så ovenikøbet får uhyggelige oplevelser på hospitalet, kan de blive så chokerede, at de muligvis præges for livet.

Vi har set, at nogle børneafdelinger end ikke har en legestue, hvor børnene kan udfolde sig i det omfang, deres sygdom tillader. Vi har erfaret, at læger og plejepersonale alt for ofte har en mangelfuld pædagogisk viden og kunnen. Endvidere går det hyppigt skiftende personale ekstra hårdt ud over børn, da de har brug for én eller enkelte faste plejere, for ikke at blive alt for utrygge; dette kunne organiseres bedre gennem samarbejde og planlægning personalet imellem.

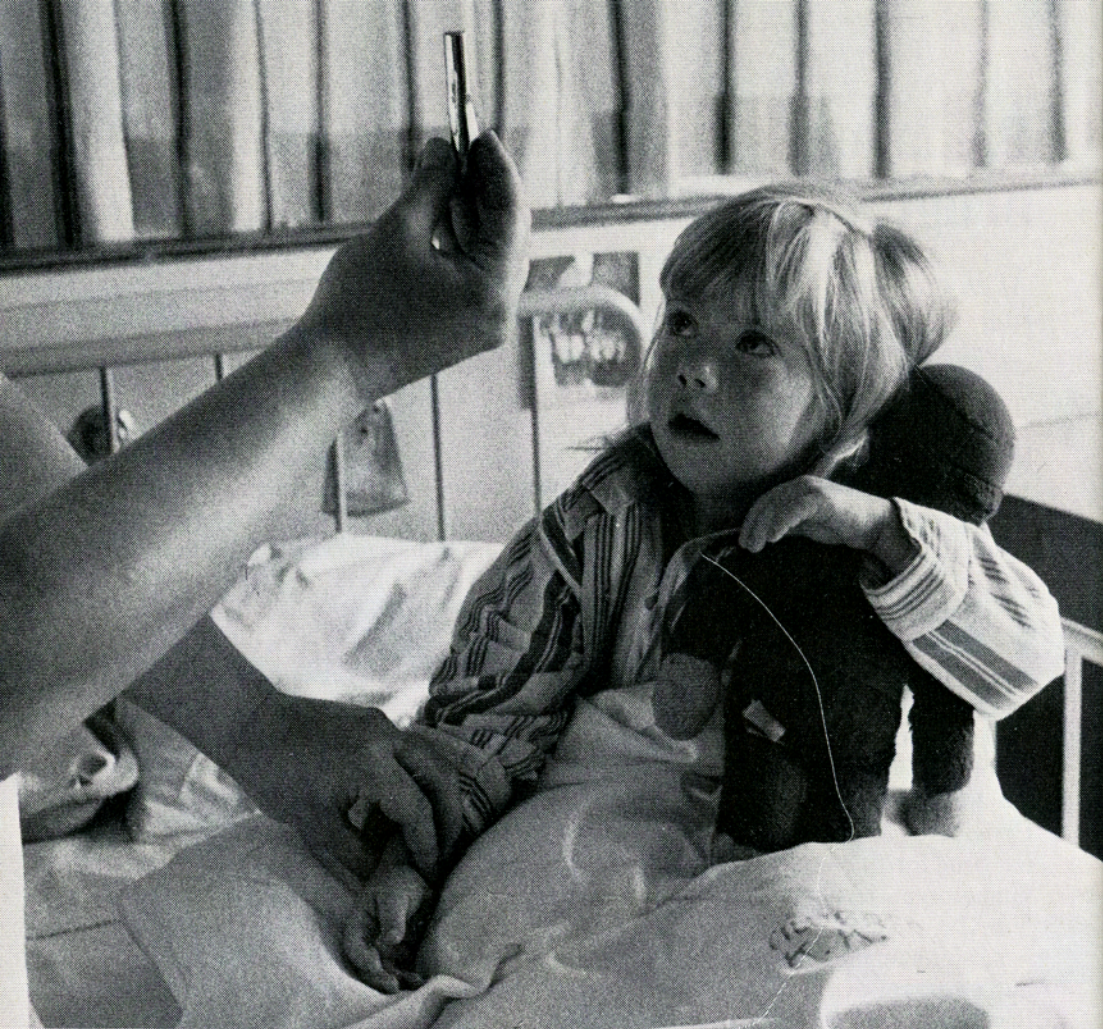
Alt for mange steder mangler der en fælles pædagogisk holdning: f.eks. blev et barn med spisevægring behandlet forskelligt, afhængigt af hvilken plejer hun havde den dag. Én legede »flyvemaskine«, en anden tvangsfodrede, en tredje blev ved med at snakke med barnet om, hvor meget hun havde spist, om hun overhovedet havde spist osv.

En anden meget almindelig ting er at snakke hen over hovedet på børnene, som om de ikke eksisterer. Det vil i høj grad være med til at forstærke følelsen af afmagt over for de hvidklædte.

Endvidere er der en speciel hospitalsjargon, som virker ekstra stærkt på børnene, fordi de tager sproget bogstaveligt:

På røntgenafdelingen siger de »skyd«, når billedet bliver taget. Når børnene skal tilbage på afdelingen, lyder det: »Kør ham lige over« og når barnet er ankommet uskadt, træder en smilende sygeplejerske ind og siger: »Nu skal jeg slå dig ned!«.

På mange børneafdelinger opfattes pædagogen som en »legetante« og bliver ikke medtaget som en faglig kapacitet i behandlingen af syge børn. Det pæagogi-



ske arbejde bliver ikke prioriteret så højt som f.eks. undersøgelser og blodprøver, men bliver ustandseligt afbrudt og tilsidesat af disse.

Pædagogernes viden bliver heller ikke brugt ved indretning og udsmykning af børneafdelingen og ved indkøb af legetøj.

Når man har indset nødvendigheden af, at børn bliver grundigt forberedt på tandlægebesøg og behandlet på specielle børneklivniker, ville det så ikke være lige så naturligt at oprette flere børneafdelinger og forberede børn til hospitalsophold. Forberedelsen kunne bl.a. foregå gennem emnearbejde i daginstitutionerne i samarbejde med hospitalerne.

(Uddrag af artikel i »Børn & Unge« nr. 27, 17/7 1980)

Materialer

Af Nina Davidsen

Problemkomplekset barn på sygehus blev første gang behandlet i international medicinsk litteratur i 1951, da den engelske psykiater Bowlby udarbejdede en rapport til WHO. Senere undersøgelser af psykologen Robertson (Engl. 1954), Ainsworth (Engl. 1962), Auestad m.fl. (Norge 1971) bekræftede i alt væsentligt Bowlbys pionerarbejde.

Nogle sundhedsmyndigheder reagerede hurtigere end andre: England og Norge var først til at nedsætte kommissioner, hvis konklusive forebyggende mentalhygiejniske anvisninger faldt nøje sammen.

Der var altså almindelig international enighed om flg. retningslinier:

- 1) undgå hospitalsindlæggelse
- 2) ifald hospitalsindlæggelse er absolut nødvendig: indlæg én af forældrene sammen m. barnet
- 3) frit besøg

Undersøgelserne viste, at den belastning et sygehusophold kan være for alle aldersgrupper, synes at være alvorligst for børn, især er det helt lille barn (0-4 år) sårbart. Den engelske børnelæge Damon har om forældreadskillelsen udtalt: »Man kan få en vis idé om, hvordan en 2-årig må have det ved indlæggelsen på et hospital, ved at man forestiller sig, at man selv en dag blev deporteret til et fremmed land, uden at man har nogen idé om hvad slags forbrydelse, man måtte have begået. Man ved ikke om forvisningen er midlertidig eller for hele livet, og man er fuld af ængstelse for, hvad de fremmede mennesker skal gøre med én – samtidig får man besøg af den person, som man elsker mest af alle i verden, som imidlertid forlader én igen, muligvis for aldrig mere at vende tilbage.«

Litteraturliste

Auestad, Killingmo, Nyhus & Pande: *Når børn skal indlægges*. Mentalhygiejniske aspekter. Reitzel 1980, 80 s.

Feldmann, Wulf: *Hospitalspsykologi*. Munksgård 1977, 298 s.

Giødesen, Lise: *Vort barn skal på sygehus*. En vejledning for forældre. Gyldendal 1979, 79 s. ill.

Lindquist, Ivonny: *Børn på sygehus*. Ovs. og bearb. af Else Stenbak. Munksgård 1978, 46 s. ill.

Lomholdt, Margrethe: *Børnepsykiatri*. 7. udg. Rosenkilde & Bagger 1979, 403 s.

Robertson, James: *Det lille barn på hospital*. Fremad 1973, 150 s.

Stenbak, Else: *Børns vilkår på hospital*. Dansk Sygeplejeråd. Kbh. 1979, 120 s.

Børnebøger

Giødesen, Lise: *Jeg har været på hospitalet*. Gyldendal 1977, 46 s. ill.

Gydal, Monica: *Sådan var det, da Ole kom på hospitalet*. Carlsen 1975, 28 s. ill.

Merrick, Joav: *Børn på skadestuen*. Gyldendal 1980, 45 s. alle ill.

Sverud, Karl-Axel: *På sygehuset: hvad sker der, når du blive syg*. Nyt Nordisk Forlag 1978, 47 s. ill.

Tauriala, Anna: *Rikkens mandler*. Sommer & Sørensen 1973, 28 s. ill.

Wolde, Gunilla: *Lotte på skadestuen*. Carlsen 1977, 24 s. ill.

Film

A two-year-old goes to hospital

50 min. Engelsk tale. Udlejning: SFC.

En to års pige skal opereres. Filmen viser hende før og under hendes korte hospitalsophold og hendes følelsesmæssige reaktioner, som fremkaldes af adskillelsen fra hjemmet.

Hos lægen

16 min. Producent: SFC. Instr.: Ole Schelde. Udlejning: SFC.

En film for børn i 4-7 års alderen (og deres forældre) om børns besøg hos lægen og dennes besøg i hjemmet. Filmen forklarer, hvordan og hvorfor lægen gør, som han gør, med en afdramatisering af forholdet til hensigt.

Børn på hospital

26 min. Producent: SFC i samarbejde med Dansk Sygehusinstitut. Instr.: Lise Giødesen. Udlejning: SFC.

Formålet med denne film er at forklare og derved afdramatisere nogle af de situationer, som opstår, når børn kommer på hospitalet. Filmen giver en kort beskrivelse af skadestuen, derefter følges Henrik på 5 år, der indlægges på hospitalet for lyskebrok.

For børn i børnehave og de første skoleklasser samt forældre.



