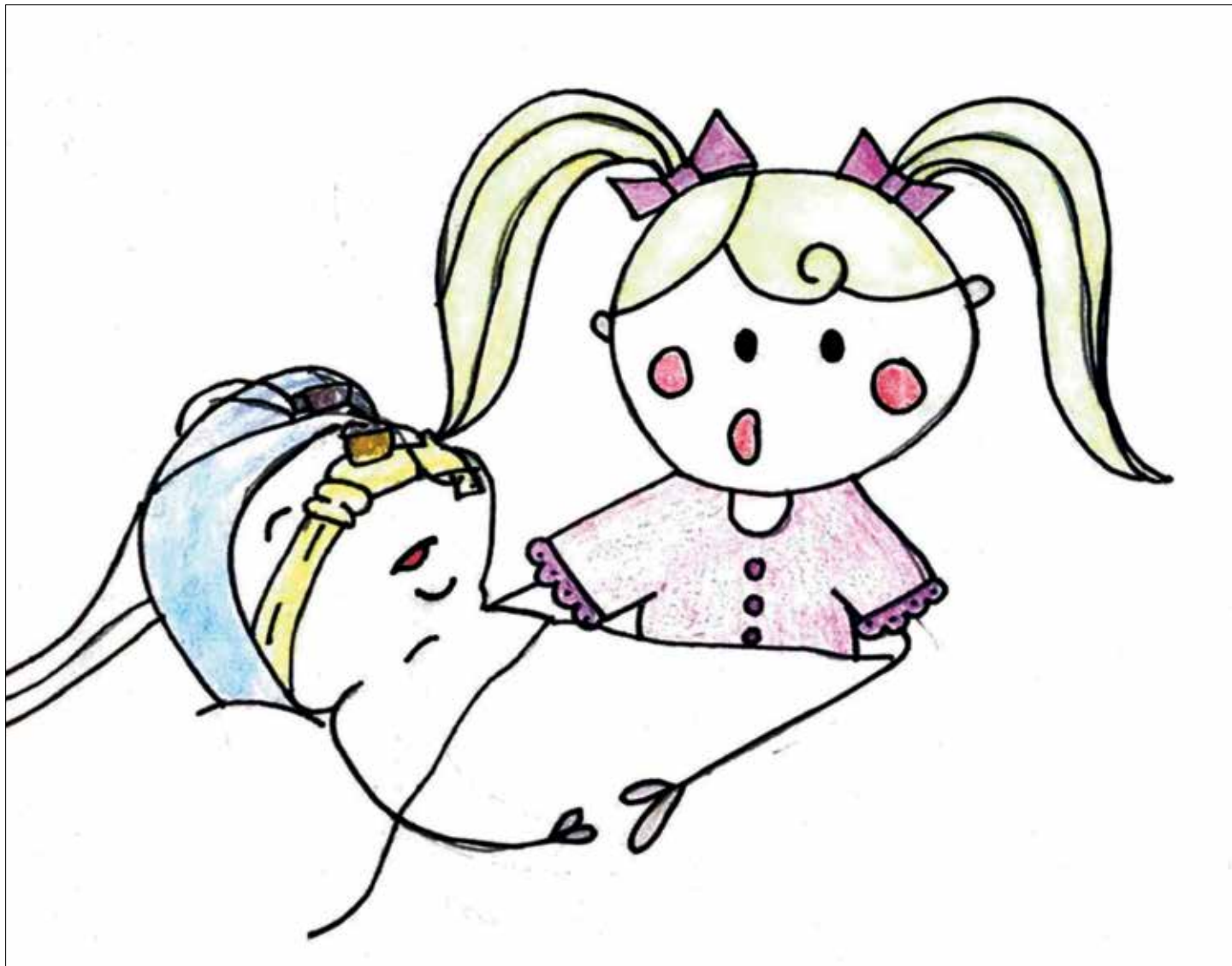


BØRNE- OG UNGESYGEPLEJERSKEN

Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge



FOR TIDLIGT FØDTE BØRN PÅVIRKER ÆLDRE SØSKENDE FØLELSERMÆSSIGT

- + Hjemmeblandet sonde mad – hvorfor den stigende interesse?
- + Et stik med stor betydning – børn og unges oplevelse af at stikke sig selv ved type 1-diabetes



I mit daglige arbejde som sygeplejerske afspritter jeg hænder mange gange om dagen. Her er Dr. Warming basiscremen uundværlig for mig.

” Cecilie Ringgaard Rivas
neonatalsygeplejerske



DR. WARMING BASISCREME

– førstehjælpen til tør hud og afsprittede hænder

Dr. Warming basiscreme er en blødgørende og fugtbevarende 92% fedtcreme. Velegnet som hudpleje ved børneeksem, psoriasis, meget tørre hænder og sprækkede hæle. Virker kløestillende.

Dr. Warming Basiscreme er dansk produceret, indeholder kun 4 ingredienser og er testet på hudafdelingen på Bispebjerg Hospital.

REDAKTION

Ansvarshavende redaktør:
Karin Bundgaard
karin.bundgaard@rsyd.dk
Mobilnr 4087 5623

Bladet udgives af "Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge". Fagbladet udkommer i marts, juli og november.

INDLÆG

Alle kan indsende indlæg til bladet. Disse udtrykker ikke nødvendigvis sammenslutningens eller redaktionens synspunkter, men står kun for den enkelte forfatters. Indlæg sendes på mail til redaktøren og skal være redaktøren i hænde senest d. 30. januar, 30. maj og 29. september. Indlæg kan om ønsket bibeholdes anonymt, såfremt redaktionen er bekendt med forfatterens navn og adresse. Faglige artikler honoreres med kr. 400,- pr. 4.500 tegn incl. mellemrum, dog maksimum kr. 2.000. Boganmeldelser honoreres med den bog, der bliver anmeldt.

Annoncer omhandlende temadage, konferencer og lignende koster kr. 500,-.

REKLAMATIONER

Eventuelle reklamationer vedrørende trykning og færdigørelse af bladet bedes rettet til trykkeriet.

LAYOUT OG TRYK

Brown Fox Media
Kontakt: Mads Koefoed
Tlf. 31 31 03 83 / mads@brownfox.dk



Kære medlemmer

Håber I alle er kommet godt ind i 2023.

Nu er det ikke lige så mørkt, når jeg kører hjem fra arbejde, som når jeg kører herind, det er dejligt, og i haverne pibler erantis og vintergækkerne frem. Jeg er ved at lægge sidste hånd på 2023's første Børne- og Ungesygeplejersken, og der er mange spændende artikler og emner at tage fat på.

Så jeg håber, at I sætter jer godt tilpas i en god stol eller sofaen og nyder dette fine lille blad, som vi fra det faglige selskab for sygeplejersker, der arbejder med børn og unge er så glade for at udgive.

I denne udgave kan I læse et meget flot referat fra SIG Neo - tema-dagen om familie sygepleje fra efteråret 2022.

Ydermere kan I læse om evaluering af et diplommodul i akut pædiatrisk sygepleje fra København, det er et pilotprojekt, som er spændende at følge

Vi har også i bladet et indlæg om søskende til for tidligt fødte børn, hvor det afklares, at forældrene mangler hjælp til at kunne hjælpe de ældre søskende.

Sygeplejestuderende har kigget på, hvordan børn og unge oplever det at skulle stikke sig selv ved type 1-diabetes.

En spændende artikel om hjemmelavet sonde-mad.

Der er to pressemeddelelser. En om hvordan forældrenes helbredsangst påvirker barnet, og hvordan man spotter verbal dyspraksi tidligt - hvis I ikke ved, hvad det er, så bliver I meget klogere ved at læse indlægget

Fra Landet Rundt har vi fået en historie fra København om dannelsen af en "Nyreskole", et spændende og inspirerende initiativ

Alt i alt en mangfoldighed men vi vil endnu engang opfordre jer alle til at huske de små gode historier - send dem til os, så vi kan glæde andre kollegaer

Husk I gør en kæmpe forskel!

Dalai Lama siger:

"Hvis du tror, du er for lille til at gøre en forskel, så prøv at sove med en myg".

Rigtig god læselyst

Kirsten Krone Reichl



Indhold

NYT FRA BESTYRELSEN

Redaktøren har ordet	03
Nyt fra bestyrelsen	05
Europæisk samarbejde	06
Nordisk samarbejde	06

FAGLIGE ARTIKLER

Erfarne sygeplejersker fra fire Børne- og Ungeafdelinger på diplommodul i akutpædiatrisk sygepleje	08
For tidligt fødte børn påvirker ældre søskende følelsesmæssigt og ressourcerne til at hjælpe er mangelfulde	11
Hjemmeblendet sondemad – hvorfor den stigende interesse?	16
Et stik med en stor betydning – Børn og unges oplevelse af at stikke sig selv ved Type 1-diabetes	18

PRESSEMEDDELELSER

Danskerne tjekker helbredet mere: Forældres helbredsangst påvirker barnet	22
Hvad er verbal dyspraksi? Og hvordan spotter du tidligt i forløbet de børn, der har det?	23

REFERATER

Referat fra SIG-temadag om Familiesygepleje, 22. november 2022	26
--	----

DIVERSE

Landet rundt	29
--------------	----



FORMAND:

Kirsten Krone Reichl

Kirsten.krone.reichl@regionh.dk, tlfnr: 51 22 64 21
Semi intensiv Børne- ungeafdeling 5061
Rigshospitalet, København



NÆSTFORMAND:

Karin Bundgaard

Karin.bundgaard@rsyd.dk, tlfnr: 40 87 56 23
Børne- og Ungeafdeling,
Kolding sygehus, SLB



KASSERER:

Anette Østerkjerhuus

akos@regionsjaelland.dk, tlfnr: 27 12 58 70
Børneafdelingen,
Slagelse



SOME ANSVARLIG:

Eva Juhl Hansen

Eva.juhl.hansen@rsyd.dk, tlfnr: 2811 9565
Børne- og Ungeafdelingen
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg



BESTYRELSESMEDLEMMER:

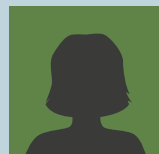
Lena Wittenhoff

Lena.wittenhoff@rsyd.dk, tlfnr: 22 34 78 39
FAM Skadestue,
Åbenraa Sygehus



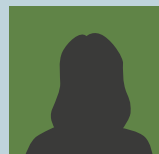
Anette Lund

anette.lund@rsyd.dk, tlfnr: 40 92 44 63
H.C. Andersens Børne- og
Ungehospital, Odense



Tina Berg Johnson

tijo@kp.dk, tlfnr: 24 29 65 35
Københavns Professions
Højskole



Lene Birkner Nielsen, MHSc

lednie@rm.dk, tlfnr: 78 44 55 00
Børn & Unge, Akutafsnit
Regionshospitalet Viborg
Hospitalsenhed Midt

*
 DEADLINE TIL NÆSTE BLAD
 ER DEN 30. MAJ 2023

HUSK

*

VI FRA BESTYRELSEN er så glade for at kunne byde 2 medlemmer til bestyrelsen hjerteligt velkomne.

Vi arbejder på højtryk for at planlægge årets **temadag den 4. oktober 2023** på kursuscenteret Severin Middelfart, og vores arbejdssemne er: Hvordan vi arbejder med de børn, der ikke vil og de forældre, der har svært ved at være forældre for deres syge børn.

Derudover kan jeg fortælle, at ønsket om en specialuddannelse nu bliver nævnt i forskellige sammenhænge, hvor politikerne både regionalt som nationalt sidder med. Det er dejligt, og vi håber, at det rykker noget.

INTRODUKTION AF TINA JOHNSON FRA KØBENHAVNS PROFESSIONSHØJSKOLE

Tina Johnson, ansat som lektor og uddannelseskonsulent ved Sund, Social og Beskæftigelse, Videreuddannelse ved København Professionshøjskole

Jeg er nyt medlem i FS 7's bestyrelse. Jeg har i rigtig mange år været medlem af dette selskab, da jeg altid har haft en stor interesse for feltet. Denne interesse startede, da jeg var sygeplejerske på børneafdelingen på Hvidovre hospital, hvor jeg var i ca. 12 år. Siden da har jeg arbejdet med videreuddannelse, og de sidste 10 år har jeg været ansvarlig for specialuddannelsen til sundhedsplejerske. I mit daglige arbejde er jeg en del af et team, der har fokus på kompetenceudvikling af de sundhedsprofessionelle, der har børn, unge og familier som deres målgruppe.

Jeg glæder mig meget til at være en del af bestyrelsen og håber bl.a. at min indsigt og kompetencer i forhold til uddannelse, kan komme dette faglige selskab til gavn.

INTRODUKTION AF LENE BIRKLER NIELSEN FRA VIBORG

Lige en lille tekst omkring hvorfor jeg igen har valgt at være en del af bestyrelsen

Jeg er blevet spurgt, hvorfor jeg igen har haft lyst til at indtræde i bestyrelsen. Det er der mange gode grunde til. Først og fremmest er det en videnstank omkring sygepleje til børn og unge, man ikke finder andre steder. Der bliver drøftet, undret og delt på kryds og tværs, ikke bare i bestyrelsen men også i det Europæiske samarbejde og det Nordiske samarbejde. Der kommer megen viden min vej, og samtidig har jeg mulighed for at sikre, at denne viden deles videre ud til alle andre, som har samme brændende interesse for arbejdet med børn og unge inden for sundhedsvæsenet. Viden, der selvfølgelig kan findes på vores hjemmeside og i vores facebookgruppe. Og så er der planlægning og afvikling af den årlige temadag, som er enormt spændende og vigtig, så vi rammer lige ned i ny viden, og hvad der lige nu rører sig inden for feltet. Vi har også fokus på uddannelse og er med i front i arbejdet omkring specialuddannelse i pædiatri for sygeplejersker. Jeg er så heldig at sidde som medredaktør på vores fagblad Børne- og Unge Sygeplejersken og repræsentant i det nordiske samarbejde. Personligt er det utrolig spændende, men jeg søger alt, jeg kan at videregive til mit afsnit og afdeling. Så der er jo kun alle mulige gode grunde til at være med i bestyrelsen. Og så har vi det både hyggeligt og sjovt, når vi mødes.

De bedste forårs hilsner på vegne af bestyrelsen for det faglige selskab, der arbejder med Børn og Unge

Kirsten Krone Reichl



Nordisk samarbejde

VED SYGEPLEJERSKE LENE BIRKNER NIELSEN, LEDNIE@RM.DK
OG EVA JUHL HANSEN, EVA.JUHL.HANSEN@RSYD.DK

SÅ AFHOLDES DER MØDE d. 22. -23. september 2023 i København. Der forventes deltagelse fra Norge, Sverige, Finland, Færøerne, Island og Danmark.

I det nordiske samarbejde deltager repræsentanter både fra faglige sammenslutninger der arbejder med børn og unge samt faglige sammenslutning for sundhedsplejersker.



Europæisk samarbejde

VED SYGEPLEJERSKE KARIN BUNDGAARD
KARIN.BUNDGAARD@RSYD.DK

SVERIGE ER VÆRT for det kommende PNAE møde som foregår online d. 10. maj 2023.

Det europæiske netværk mødes igen fysisk d. 27. september 2023 i Rom i forlængelse med PNAE kongressen ,som finder sted d. 28. og 29. september. Kongressens titel er "Children's Healthcare in a changing world".

Når yderligere information om konferencen foreligger, vil informationen blive tilgængelig på FS7's hjemmeside og på Facebook.

Besøg PNAE website <https://pnae.eu>

LEGAT FRA FAGLIGT SELSKAB FOR SYGEPLEJERSKER DER ARBEJDER MED BØRN OG UNGE

FORMÅLET FOR ORDNINGEN:

At give medlemmer af Fagligt Selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge en mulighed for at deltage i kurser, konferencer eller kongresser med støtte fra det faglige selskab. Ansøgningsskema findes på hjemmesiden: børne-og-ungesygeplejersken.dk/

BETINGELSER FOR AT KOMME I BETRAGTNING ER:

- At ansøgningen vedlægges en udførlig begrundelse for at deltage, kopi af kursus/kongres/ konferenceprogram
- At kongressen har relevans for udvikling af sygeplejen
- At ansøger har været medlem af det faglige selskab i mindst 1 år på ansøgningstidspunktet.
- At der er søgt om tjenestefri og økonomisk støtte hos egen arbejdsgiver inden der søges legat hos Fagligt Selskab. Kopi af svar fra arbejdsgiver skal vedlægges ansøgningen.
- At ansøgningen vedlægges en redegørelse for budget og hvilke andre steder, der er søgt økonomisk støtte.
- At Fagligt Selskab løbende informeres om hvilke midler, der er bevilget.
- At ansøger, maksimum en måned efter arrangementet, skriver et resume af arrangementets faglige højdepunkter og sender det som en fil til bestyrelsen. Resumeet vil bringes i bladet.
- Det er ikke muligt at udbetale penge (udlæg, legater til tredjemands konti. – f.eks. en forskningskonto.) Modtageren vil få udbetalt beløbet til sin egen konto, og beløbet vil, hvis der er tale om et skattepligtigt legat, blive indberettet til SKAT.



Har I bestilt årets krammere?



Nu kan hospitaler og specialklinikker igen ansøge om krammebamser til børn, der skal i behandling eller udredes for alvorlig sygdom. De bløde isbjørne beroliger og trøster små patienter og hjælper læger og sygeplejersker med at gøre noget ekstra for de mindste. Derfor har TrygFonden siden 2007 uddelt mere end 880.000 krammebamser i hele landet.

Ansøg om krammebamser senest 29. marts på
trygfonden.dk/krammebamser

TrygFonden

Erfarne sygeplejersker fra fire Børne- og Ungeafdelinger på diplommodul i akutpædiatrisk sygepleje

“... jeg har fået lidt bredere skuldre” (sygeplejerske)

Der har længe været et behov for en specialuddannelse for sygeplejersker, der arbejder med børn og unge i Børne- og Ungeafdelinger. Et projekt har banet vejen for de første spadestik i håbet om at kunne tilbyde sygeplejersker et kompetenceløft gennem et diplommodul i akutpædiatrisk sygepleje.

IDA KARINA THORSTEINSSON,
KLINISK SYGEPLEJE SPECIALIST,
BØRNEAFDELINGEN,
AMAGER OG HVIDOVRE HOSPITAL
IDA.KARINA.THORSTEINSSON@REGIONH.DK
TLF.: 3862 6527

OG

MAJA BIEHL,
UDVIKLINGSKONSULENT
MAJA.S.BIEHL@GMAIL.COM
TLF.: 2530 6043

I **EFTERÅRET 2022** mødte 14 sygeplejersker glade op på uddannelsesmodulet Akut pædiatrisk sygepleje på Københavns Professionshøjskole. Modulet var bygget op omkring den nyeste viden indenfor akutpædiatrisk sygepleje med læger og sygeplejersker og relevante fagpersoner fra Københavns Professionshøjskole som undervisere. I modulet indgik case- og evidensbaseret undervisning og der indgik også en simulationsdag.

Projektgruppen bestod af chefsygeplejerskerne fra de fire Børne- og Ungeafdelinger i Region Hovedstaden, en klinisk sygeplejespecialist og en udviklingskonsulent. Formålet med projektet var at udvikle og etablere et uddannelsesforløb for børne- og unge sygeplejersker, så deres handlekompetencer kvalificeres og øges i forhold til at kunne identificere og intervenere ved det akut kritisk syge barn / unge patient.

Forskning indenfor området i både danske og udenlandske undersøgelser peger på en stor kompleksitet på området og på, hvor vigtigt det er, at børn og unge som har kontakt med Børne- og Ungeafdelinger, bliver mødt af sygeplejersker, der har de nødvendige kompetencer og viden. Projektets strategiske forankring understøtter Region Hovedstadens indsatsområder i forhold til *Børnenes region* og *Fremtidens hospital* samt i høj grad regionens kerneopgave indenfor behandling, forskning og uddannelse. Derudover var et udgangspunkt for projektet også, et ønske om kompetenceudvikling og bedre tilknytning.

Efteruddannelse, øget kompetencer og tilknytning

Efter afviklingen af modulet blev der evalueret og afholdt fokusgruppeinterviews med både chefsygeplejerskerne, den kliniske sygeplejespecialist samt de studerende. Både evalueringerne og interviews gav udtryk for det kompetenceløft, som det gav sygeplejerskerne, samt hvilke muligheder der er for transfer og viden, som kan komme tilbage på afdelingerne. Håbet er tydeligvis, at dette vil sætte fokus på det store behov, der er for, at sygeplejersker får udviklet deres kompetencer inden for dette område.



Modulet i Akut pædiatrisk sygepleje

Region Hovedstadens Børne- og ungeafdelinger og Københavns Professionshøjskole har i et tæt samarbejde udviklet et særligt tilrettelagt uddannelsesforløb med afsæt i den Sundhedsfaglige Diplomuuddannelse.

Modulet er baseret på diplommodulet 'Udvikling i klinisk praksis – identificering af udviklingsbehov' og svarer til 5 ECTS-point. Og Modulet har fokus på at afdække udviklingsbehov relateret til specifikke sundhedsproblemer hos akut indlagte børn i aldersgruppen 0-18 år. Formålet med modulet er at styrke de studerendes grundlaget for at vurdere såvel kendte som nye metoder i pleje og behandling til målgruppen. Modulets faglige indhold centrerer sig om sundhedsfaglige problemstillinger i akutte og alvorlige tilstande hos børn og unge samt professionelle metoder til afhjælpning af målgruppens specifikke sundhedsproblemer – herunder

ABCDE, kommunikation, samarbejde med børn og forældre og familiecentreret sygepleje.

SIMULATIONS TRÆNING

I det afholdte modul var der indlagt en pædiatrisk simulationsdag på Simulatorenheden SIM NORD i samarbejde med en pædiatrisk sygeplejespecialist på Nordsjællands Hospital.

Flere af sygeplejerskerne fortæller i evalueringen og interviews, at de håber, at sådan en uddannelse kan blive en fast del af at være i klinikken, og at nyansatte sygeplejersker skal på et uddannelsesforløb, hvor de kan få øget deres kompetencer i de akutte situationer, familiecentreret pleje og kommunikation med børn og unge. De ønsker, at der fremadrettet bliver afsat både tid og ressourcer hertil. *“Det er svært for os at undvære folk, men jeg syntes bare, at vores personale skriger på kompetenceudvikling og det bliver vi nødt til - også for at kunne give et godt arbejdsmiljø og fastholde, så der er mange aspekter i ønsket om at gøre det lidt mere”.*

Der opleves en ændring i forhold til rekruttering. *“Hvor vi før i tiden rekrutterede sygeplejersker med nogle års erfaring efter uddannelsen, så har vi nu mange unge sygeplejersker med lidt eller ingen erfaring med børn og unge”* og der opleves at de næsten ingen teoretisk eller faglig viden har i forhold til pædiatri med fra deres uddannelse, når de starter i klinikken. Fra interviews bliver det udtrykt således: *“vi plejer at sige, at vi skal kunne håndtere det alvorlige”* samt at *“pædiatrien er meget bred, - det er jo alle specialer, så det er meget, de skal kunne, og når vi så får dem som nyuddannede så kalder det også på, at vi er målrettet i vores kompetenceudvikling.”*

Det fremgår, at der er brug for, at sygeplejerskerne bliver mere sikre i deres pædiatriske viden og handlekompetencer, og at de får nogle læringsoplevelser, der øger deres egen faglighed, så de kan handle hurtigt, tage beslutninger og oparbejde selvstændighed indenfor de akutte situationer med børn og unge: *“Vi skal være knivskarpe til at finde nålen i høstakken, fordi det kan gå så hurtigt med børn, når “de vælter”, og når deres tilstand ændres.”*

Specialisering i børne- og ungeområdet

Ifølge en klinisk sygeplejespecialist, som var med i projektet, kan man ikke skrue op for hastigheden af, hvor hurtigt en sygeplejerske kan tilegne sig erfaring. Igennem et forløb som dette kan de dog tilegne sig mere teoretisk viden og derigennem fremskynde udvikling af den mønstergenkendelse, som skabes gennem erfaring, og som skal skabe fokus på de sygeste patienter. Det handler i sidste ende om patientsikkerheden, når sygeplejerskerne kan være med til at fange flere potentielt kritiske symptomer i det kliniske arbejde.



Der har længe været et behov for en specialuddannelse for sygeplejersker, der arbejder med børn og unge i Børne- og Ungeafdelinger og på hospitaler generelt. Der er begrænsede muligheder i forhold til kurser og videreuddannelse, når det kommer til pædiatrisk sygepleje i akutområdet. Evnen til at kunne skabe relationer og kommunikere med børn, unge og familier er en faglig kompetence, som er helt afgørende for, at børn og unges mentale sundhed på hospitaler kan understøttes.

Tværfagligt samarbejde, kommunikation og familiecentreret sygepleje

Sygeplejerskerne, der havde været på modulet, evaluerede efterfølgende kursusforløbet og i deres udsagn, sagde de, at de havde fået *bredere skuldre*, følte sig mere styrket i egen faglighed, følte sig mere sikre, var glade og beærede over chancen for at få mulighed for at dygtiggøre sig. De gav også udtryk for, at sådan et tiltag faktisk gør, at man har lyst til at blive på sin afdeling. Sygeplejerskerne gav udtryk for, at det er vigtigt for dem at understøtte og oplære nye kollegaer, at kunne sætte ord på det, man kan og at finde ud af, at der faktisk er en vifte af handlemuligheder indenfor det akutte. Selvom modulet var kort og komprimeret har det givet øgede kompetencer, og inspiration til at udvikle nye tiltag i egen afdeling, samt at arbejde tværfagligt med andre Børne- og Ungeafdelinger i regionen, og til at få en mere systematisk tilgang til at anvende ABCDE principper. Helt overordnet oplever det som et kompetenceløft, som øger deres ønsker om at blive i klinikken.

Deltagernes udsagn omkring, hvad modulet har givet dem:

“Blive bedre til at reflektere over, hvorfor jeg gør, som jeg gør.”

“Jeg er blevet meget styrket, i det jeg ved.”

“Jeg fik måske bare blod på tanden på en måde ... for min egen faglighed ... altså sådan jeg har lyst til at videreudvikle i afdelingen.”

Håbet fra mange - både dem, som har deltaget på modulet, samt dem fra projektgruppen - er: *“at vi får skabt en udvikling i specialuddannelsen ... det synes jeg simpelthen er drømmescenariet”* samt *“altså mit håb er, at det bliver en naturlig del af at være ny sygeplejerske i afdelingen, at man kommer på sådan et kursus her ... også når vi ser ind i rekruttering og tilknytning.”* ■

Litteratur

Jeg er ikke min sygdom : børn og unge fortæller om deres møde med det somatiske system: Malm T. Dahl SB, Alim W. Jönsson LE, Kjeldsen CM, Pedersen MH. 1. oplag Kbh.: Børnerådet 2017 https://www.boerneraadet.dk/media/212556/BRD_Tema_Jeg_er_ikke_min_sygdom_FINAL.pdf

Børns brug af regionale sundhedsydelse, 2013

<https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/samarbejdspulje-og-forebyggelse/Documents/rapport-boerns-brug-regionale-sundhedsydelse.pdf>

Kvale, Steinar og Brinkman, Svend (2015): Interview. Det kvalitative interview som håndværk. 3. udgave. Hans Reitzels forlag.

Pedersen, Susanne Højlund (1996): Forestillinger om børn - En kritisk analyse af pædiatrisk sygeplejes diskurs; PdD. Afhandling. Danmarks Sygeplejerskeskole ved Aarhus Universitet. ISBN 87-89483-2

Quaye AA, Coyne I, Söderbäck M, Hallström IK. Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study. *J Clin Nurs.* 2019 Dec;28(23-24):4525-4537. doi: 10.1111/jocn.15042. Epub 2019 Sep 17. PMID: 31430412; PMCID: PMC7328781



For tidligt fødte børn påvirker ældre søskende følelsesmæssigt og ressourcerne til at hjælpe er mangelfulde

JOAN MADSEN (SYGGELEJERSKESTUDERENDE), HEIDI DIDERIKSEN (SOCIALRÅDGIVERSTUDERENDE), CAROLINE CHRISTENSEN (LÆRERSTUDERENDE) OG SANDRA EGSGAARD (SYGGELEJERSKESTUDERENDE)

Abstrakt

I 2021 blev der født 63.473 børn (*Fødsler, u.å.*) og ca. 6,5% af disse børn fødes for tidligt, (*For tidlig fødsel (præmaturitet) - Patienthåndbogen på sundhed.dk, 2020*) dvs. før graviditetsuge 37. Det svarer til ca. 4.125 blev født for tidligt i 2021.

Et for tidligt født barn kan ofte ændre strukturen og vanerne for en familie, og især de ældre søskende kan komme i klemme, da mor eller far ofte er indlagte sammen med det lille nye familiemedlem.

Neonatalafdelingen i Kolding har oplevet og observeret problematikker ift. de ældre søskende til de præmature børn. De ældre søskende oplever splittelse, er uforstående overfor den nye situation og forældrene kan føle dårlig samvittighed. Vi undersøgte gennem et kvalitativt/kvantitativt studie, om det virkelig også stod sådan til for familierne med større søskende; at de var udfordrede ift. at

⇒

FIG 1

Howdan reagerede jeres ældre barn/børn? (sæt op til 3 krydser)

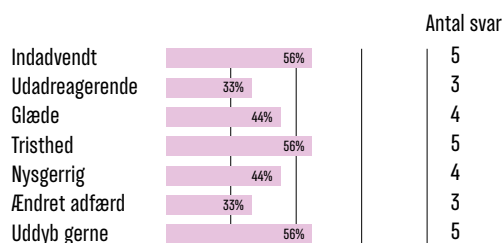
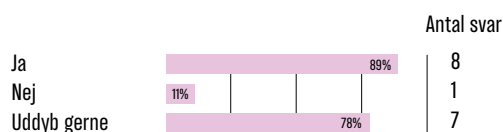


FIG 2

Har I manglet nogle redskaber/ressourcer til at hjælpe jeres ældre barn/børn med at kunne håndtere den for tidligt fødte søster/bror og familiesplittelsen?



involvere de ældre søskende og om, de ældre søskende blev påvirkede af den nye situation, som familierne var havnet i, samt om de havde manglet nogle redskaber/ressourcer.

Konklusionen på studiet er, at børnene udtrykker deres følelser forskelligt, når den ene forælder pludselig indlægges i en længere periode. Rutinerne og vanerne ændres for hele familien og det påvirkede barnet. Studiet viser, at 56% ændrede adfærd i en negativ retning med fx. tristhed og blev indadvendt, hvor 44% udtrykte glæde og nysgerrighed.

Det samlede resultat viser, at børn reagerer forskelligt og at nogle af forældrene har følt, at de har fået et andet forhold til deres ældre barn, samt at de har manglet redskaber eller ressourcer til at gøre situationen nemmere.

Introduktion

Neonatal afdelingen på Kolding Sygehus har stået over for udfordringen utallige gange, når de tager imod alt for tidligt fødte børn. Problemerne, som familierne står overfor, er bl.a. familie splittelse, dårlig samvittighed og de ældre søskende kan have svært ved, at forstå situationen og hvorfor

FIG 3

Hvilke ressourcer har I gjort brug af for at inddrage jeres barn/børn under indlæggelsen?

Være med til at give mad i sonde eller en ren ble. Fået lov til at sidde med dem

Vi fik psykologhjælp – privat

Jeg var hjemme og spise med familien to gange i ugen og den ene af gangene sov jeg hjemme, altså sov hjemme 1 gang i ugen, mens det mega søde personale sørgede for at vores datter var i trygge hænder. Som overlægen sagde; det var også i lillesøsters interesse, at hendes søskende var glade.

Inddragelse.

Hjppige korte besøg / pasning af andre familiemedlemmer.

Han har sovet på stuen med os, givet sondemad med stempel, fed legeplads på Gødstrup (=alenetid med far).

Fik intet tilbudt. Han besøgte os 3 gange på de uger, vi var indlagt.

Delt os op; min mand var hos de store, og jeg lå med den lille.

Bedsteforældre, familie, gode venner – for storebror trygge mennesker.

den er sådan. For de større søskende fortsætter hverdagen, som den plejer med den ændring, at den ene af forældrene er indlagt med den nyfødte lillebror/søster.

Tidligere undersøgelser, hvor man har undersøgt børns følelser i forbindelse med, når en søskende bliver indlagt med en kritisk og alvorlig sygdom, står de ofte tilbage med følelsen af at være alene (Kaspersen & Mortensen, 2004). En undersøgelse fra 1994 udtrykker en mor, at hendes børn i alderen 5-7 år *“kom rigtig godt igennem et langt forløb med en ældre søster, som var indlagt grundet stabilitet hjemme og fuldstændig tillid til deres far og støtte i skolen”*. (Anneberg, 1998, s. 56). Modsat viser en undersøgelse fra 2022 at børnene i alderen 9-17 år har svært ved familiesplittelsen, de føler sig alene og oversete (Abela et al., 2022). Vi har lavet et retroperspektiv kohortestudie, hvor 9 mødre til børn i alderen 5-8 år, har svaret på et anonymt spørgeskema. Formålet med vores studie er at give et bedre indblik i de familier, som er indlagt på landets neonatalafdelinger; hvordan de påvirkes, om familierne har savnet noget ift. bl.a. at kunne inddrage de ældre søskende under indlæggelse.

Metode

I studiet har vi lavet et retroperspektivt kohorteundersøgelse omhandlende perioden 2019-2022, hvor vi har anvendt spørgeskemaer.

Vi har arbejdet kvantitativt, da vi har uddelt spørgeskemaer og de er også blevet kvalitative, da vi har gjort det muligt at uddybe svarene. Spørgeskemaerne er delt i forskellige grupper på det sociale medie Facebook. Vi havde et ønske om at finde ud af, om børn ændrede adfærd ifb. at de blev storesøster/bror til en for tidlig født, og om forældrene eller afdelinger havde gjort noget for at involvere, de ældre søskende, og om forældrene følte, at de havde manglet noget, som kunne hjælpe dem til at give børnene en bedre forståelse for situationen, samt ikke følt sig som et "skyggebarn" eller som en opdelt familie.

Resultat

Resultaterne fra spørgeskemaerne var delte. Vi kan konkludere, at børn reagerer forskelligt ud fra studierne, hvilket også stemmer overens med de tidligere studier (fig 1).

Derudover har familierne også været enige i, at de godt kunne have brugt nogle redskaber/ressourcer, som hjælp til den nye familiesituation. De kommer med eksempler som fx. en bog som forklarer, hvad der sker, og hvad den lille baby har på af apparater, at der laves børnegrupper på sygehuset, hvor det er børn, som alle oplever det samme, og som kan tale sammen om den svære situation (fig 2).

Foruden dette, så har familierne også brugt egne ressourcer ved at fx. faderen har taget på ture med børnene, moderen taget på overnatning hjemme og afdelingerne har hjulpet med at tage sig af den præmature imens. Afdelingen har også involveret de ældre søskende i at hjælpe med at give sonde og bare være på afdelingen (fig 3).

Diskussion

Studiet er kun set fra en moders perspektiv, og ofte den person, som er indlagt med den nyfødte, derfor kan dette have indflydelse på svarene, da moderen ikke oplever hverdagen derhjemme. Derudover har kun 9 svaret. Hvis man skal analysere disse svar, så ville det også have været godt at vide, hvilken slags familie vi har med at gøre, har de gode ressourcer derhjemme, et godt og stort netværk mm. Vi har også været opmærksomme på, at de familier, som har svaret nok er dem med gode ressourcer og derfor er der måske heller ikke så mange for 2022, da de stadige er meget sårbare, som har besvaret spørgeskemaet.

Konklusion

Konklusionen er, at ud fra vores studie, samt de studier vi har fundet relevante ift. vores udfordring, kan vi konkludere, at børnene reagerer forskelligt på den nye situation, men at familierne samlet set har manglet noget til at hjælpe med at støtte det store barn i den svære situation. ■



Referencer

Abela, K. M., Casarez, R. L., Kaplow, J., & LoBiondo-Wood, G. (2022, 15. februar). Siblings' experience during pediatric intensive care hospitalization | Elsevier Enhanced Reader. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.02.008>

Anneberg, I. (1998). Håbets labyrint: når et barn får en livstruende sygdom. Høst.

For tidlig fødsel (præmaturitet) – Patienthåndbogen på sundhed.dk. (2020, 30. januar). <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/sygdomme/vaekst-og-udvikling/for-tidlig-foedsel-praematuritet/>

Fødsler. (u.å.). Hentet 12. september 2022, fra <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/foedsler>

Kaspersen, A., & Mortensen, G. (2004). Syge børns søskende overses | Sygeplejersken, DSR. DSR. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2004-8/syge-boerns-soeskende-overses>

HJEMMEBLENDET SONDEMAD

Hvorfor den stigende interesse?



Forud for udviklingen af kommercielle sondeernæringsprodukter, som vi kender i dag, lavede man sondemaden i sygehuskøkkenerne. Dengang var det den eneste måde at gøre det, fordi man ikke havde de nuværende produkter, der er klar til brug. Nogen ønsker at gå tilbage til den gamle metode med at blende naturlige råvarer til sondeernæring og derfor vil jeg i denne artikel også komme ind på nogle af fordelene og ulemperne ved det.

■ AF PIA OVERGAARD BJØRN, KLINISK DIÆTIST, MEDSTIFTER AF BELLYFOOD, PIA@BELLYFOOD.DK

Engang blendede man sondemaden i sygehuskøkkenerne

Som sondemadsnørd, synes jeg, at det er synd hvis vi glemmer, hvad man gjorde, før de kommercielle sondeernæringsprodukter var tilgængelige. Jeg er klinisk diætist og har vejledt om brugen af sondeernæring i over et årti. Der har de seneste år været en stærk stigning blandt især forældre med børn, der får sondeernæring, i ønsket om at give deres børn noget mere naturligt(1). Forældrene bliver ikke altid mødt med forståelse, fordi man har bevæget sig så langt væk fra sondemad blendet af naturlige fødevarer, at metoden er ukendt eller glemt. Mange ser nu naturlige fødevarer i sonden som unormalt og uhygiejnisk. Det er vigtigt at vide, hvilke dokumenterede fordele og ulemper der er ved hhv. konventionel sondeernæring og blendet sondemad.

Jeg har sat mig for at undersøge, hvad ernæringsassistenter, sygeplejersker og diætister husker fra dengang man blendede sondemaden i sygehuskøkkenerne. Det har ikke været helt let, fordi størstedelen af dem der husker tiden, er gået på pension.

Fordelene ved kommercielle sondeprodukter

Fordelen ved de kommercielle sondeernæringsprodukter er, at de formodes at være komplette med hensyn til vitaminer, mineraler, proteiner, kulhydrater og fedtstoffer. De fås med forskelligt energiindhold og i varianter, alt efter hvilke behov og tolerancer man har. Det er let at beregne mængdebehov og bytte rundt imellem produkterne. De er lette og praktiske at bruge, da de ikke behøver at være på køl før åbning. De er sikre med hensyn til fødevarerens sygdom,

hvis de håndteres korrekt. De har en tynd og ensartet konsistens, så de er lette at give i sonden og kan bruges med en ernæringspumpe.

Nogen synes det er mærkeligt, at der er en stigende interesse for at blende sondemåltider selv, når nu de konventionelle produkter er så lette at bruge. Er det bare en trend, som med så meget andet, at man vil gå tilbage til hvad man gjorde i gamle dage?

Hvorfor den nye trend med blendet sondemad?

I en amerikansk undersøgelse, blandt voksne der fik sondeernæring i hjemmet, svarede over 50 % at de brugte hjemmeblendt sondeernæring i større eller mindre grad. Samlet set ønskede ca. 80 % at begynde at bruge eller bruge flere blendede sondemåltider, hvis de fik vejledning om det(1).

Læsere af dette magasin ved godt, at man kunne forhindre mange lidelser og spare svimlende mange penge i sundhedssystemet, hvis borgere spiste en varieret og lødige kost. Alligevel er der nok ingen der kun spiser hvad kroppen vil have bedst af, fordi der er så mange ting der spiller ind; kulturelle madtraditioner, smagspræferencer, viden, viljestyrke, madlavnings-evner, tid, økonomi, udbud og meget mere. For de sondeernærede betyder alle disse forhold ikke nær så meget, da de oftest "spiser" præcis det de bliver ordineret uden at snyde. Ernæringsbevidste forældre ønsker at udnytte den fordel og hælde det bedste "brændstof", man kan sammensætte, i sonden. De ønsker at give deres sondeernærede barn den samme mad, som andre børn og resten af familien får og som føles mere naturligt og genkendeligt. De ønsker at give noget, der stimulerer de sensoriske indtryk, altså synet af mad, duften af mad og fornemmelsen af mad maven "genkender". Mange forældre har et ønske om at give en måltidsoplevelse, der bidrager til barnets livskvalitet. Andre ønsker at skifte den konventionelle sondeernæring ud, fordi de har hørt, at det kan mindske gener, såsom kvalme, opkast og diarré(2).

Der findes utallige personlige beretninger om mennesker med sonde, der har fået det markant bedre efter at være overgået til sondeernæring af naturlige råvarer og der kommer flere og flere studier, der understøtter fordelene ved sondemad af naturlige råvarer. *Se faktaboks.*

FORDELE VED SONDEMAD MED NATURLIGE RÅVARER SAMMENLIGNET MED KONVENTIONELLE PRODUKTER

- Mindre kvalme og opkast 9,10,11 (reduktion på 52 %)8
- Mindre diarré 9,11 (reduktion på 61 %)7
- Færre mavesmerter 9,11
- Øget bakteriel diversitet i tarmmikrobiomet 10
- Hurtigere overgang til at spise pr. os 10 (For 57 %)8
- Positive følelser forbundet med sondemaden 11
- Færre hospitalsomkostninger og lægebesøg (53 % færre besøg)11

Hvad huskes om de gamle dage?

Jeg har talt med ernæringsassistenter, sygeplejersker og diætister om, hvad de husker fra dengang man blandede sondemaden i sygehuskøkkenerne. Det overraskede mig, hvor forskellige tilgange man havde til produktionen. De første kliniske diætister var først uddannet i 1976, før det, var det økonomaer og sygeplejersker, der stod for ernæringen.

I nogle sygehuskøkkener havde man opskrifter udarbejdet af læger, som sondemaden blev lavet efter og andre steder blandede man bare dagens ret med fløde eller dagens 3 stykker smørrebrød med sødmælk og olie.

Det er interessant at høre de forskellige syn på emnet. Det samlede indtryk jeg fik, af at tale med køkkenpersonalet, der har blendet sondemåltider i køkkenet var, at de synes det var ulækkert og en grov behandling af fødevarer, bare at blende forskellige fødevarer sammen.

Der kom også nogle sjove kommentarer, såsom en sygeplejerske der skriver:

“Det er ikke mere end 3 år siden, jeg havde en patient, som selv blandede sin mad til sonden. Han fortalte, at det virkede meget bedre for ham end sondemaden (læs: konventionel sondeernæring), da han blev kvalm og fik opkast af den. Som han sagde: “Der er intet så godt som en flæskestegsbøvs”.”

Nogle steder stoppede man med at blende i køkkenet, da den konventionelle sondeernæring kom. Andre steder satte man en ære i at lave tingene fra bunden og brugte kun de konventionelle produkter, hvis man ikke havde tid til at blende. Nok af den grund er det også forskelligt, hvilket årstal man sluttede med at blende sondemåltiderne i de danske sygehuskøkkener, men ifølge dem jeg talte med, var alle overgået til at bruge konventionelle produkter i 1985.

Det første kommercielle sondeernæringsprodukt kom i 1973 i USA(5), og sidst i 70'erne overtog de kommercielle produkter langsomt pladsen på de danske sygehuse. Dette skyldes også, at der samtidig kom tyndere nasalsonder og dermed var det svært at bruge blendet mad, som har en tykkere konsistens. Får man sondeernæring i længere tid, får man i dag anlagt en sonde i maven i varierende størrelser, men ofte en størrelse man godt kan give tykkere konsistens i.

Konklusion

Der er nogle klare fordele ved sondemad af naturlige råvarer mht. gener, diversitet i mikrobiomet, overgang til at spise pr. os og hospitalsomkostninger (Se faktaboks). Konventionel sondeernæring er dog lettere for sundhedspersonale at beregne og håndtere. For mange vil fordelene opveje ulemperne, men i min optik er det vigtigste, at man trives med det, man får, og at man har mulighed for at vælge, hvad man vil have i maven, på lige fod med alle andre mennesker. ■

Referencer

1. Epp L, Lammert L, et al. Use of Blenderized Tube Feeding in Adult and Pediatric Home Enteral Nutrition Patients. *Nutr.Clin.Pract* 2017; 32(2):201-205.
2. Hurt R, Edakkanambeth V. et al. Blenderized Tube Feeding Use in Adult Home Enteral Nutrition Patients. *Nutr Clin Pract* 2017;32(2):201-205.
3. Johnson W, et al. Reemergence of Blended Tube Feeding and Parent's Reported Experiences in Their Tube Fed Children *J Altern Complement Med.* 2018 Apr;24(4):369-373.
4. Gottrand, M. et al., 2013. Micronutrient status of children receiving prolonged enteral nutrition. *Annals of Nutrition and Metabolism.*
5. Gallagher K, Flint A, Mouzaki M, et al. Blenderized Enteral Nutrition Diet Study: Feasibility, Clinical, and Microbiome Outcomes of Providing Blenderized Feeds Through a Gastric Tube in a Medically Complex Pediatric Population. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* Volume 42 Number 6 August 2018 1046-1060
6. Sheila M. Campbell. *History of Tube Feeding. Nutrition in Clinical Practice* 21:411. 415, August 2006.
7. Schmidt S, Kulig W, Winter R, et al. The effect of a natural food based tube feeding in minimizing diarrhea in critically ill neurological patients 2018 *Clinical Nutrition* 38 (2019) 332-340
8. Pentiuk S, O'Flaherty T, Santoro K, et al. Pureed by Gastrostomy Tube Diet Improves Gagging and Retching in Children With Fundoplication. (*JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2011;35:375-379)
9. Hurt R, Edakkanambeth V, Epp L, et al. Blenderized Tube Feeding Use in Adult Home Enteral Nutrition Patients: A Cross-Sectional Study. *Nutrition in Clinical Practice* Volume 30 Number 6 December 2015, 824-829
10. Gallagher K, Flint A, Mouzaki M, et al. Blenderized Enteral Nutrition Diet Study: Feasibility, Clinical, and Microbiome Outcomes of Providing Blenderized Feeds Through a Gastric Tube in a Medically Complex Pediatric Population. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* Volume 42 Number 6 August 2018 1046-1060
11. Hron B, Fishman E, Lurie M, et al. Health Outcomes and Quality of Life Indices of Children Receiving Blenderized Feeds via Enteral Tube. *The Journal of Pediatrics* (J Pediatr 2019;211:139-45).

ET STIK MED EN STOR BETYDNING

– Børn og unges oplevelse af at stikke sig selv ved Type 1-diabetes

Denne artikel bidrager med viden om, hvordan børn og unge oplever at skulle stikke sig selv ved type 1 diabetes, samt de mestringsstrategier der forsøges anvendt med henblik på at forbedre oplevelsen hos barnet eller den unge der skal stikkes. Artiklen er baseret på et litteraturstudie.

MARIA MOMMER, SYGEPLEJERSKESTUDERENDE, PROFESSIONSHØJSKOLEN UCN (1033770@UCN.DK)

DIANA SCHACK THOFT, FORSKNINGSLEDER, PH.D. CAND.CUR., SYGEPLEJERSKE, PROFESSIONSHØJSKOLEN UCN, FORSKNINGSCENTER FOR SUNDHED OG ANVENDT TEKNOLOGI (DST@UCN.DK)

TYPE 1-DIABETES MELLITUS er en autoimmun sygdom, der indebærer at insulinproduktionen i bugspytkirtlen på sigt ophører, hvilket er en livstruende tilstand, hvis ikke den behandles. Behandlingen er livslang, da den naturlige insulinproduktion ikke kan genoprettes, og består af tilførsel af insulin via injektion, samt kontinuerlig monitorering af glukoseindholdet i blodet (Diabetes foreningen 2022). Ca. 3.200 børn og unge lider af Type 1-diabetes i Danmark (Diabetes foreningen 2022). Antallet af børn som får konstateret Type 1-diabetes er ligeledes steget over de sidste mange år, uden der har kunnet findes en entydig forklaring herpå (Samuelsson et al. 2020).

Der sker altså en stigning i antallet af børn og unge, som skal lære at leve med denne livslange sygdom, der kræver monitorering af glukose ved fingerstik, daglige injektioner og/eller brug af insulinpumpe, som skal skiftes jævnligt. Disse interventioner kræver alle anvendelse af nåle, hvilket kan gøre barnet utrygt eller bange (Diabetes foreningen 2022). Hertil beskriver Videncenter for Diabetes (2021), hvordan der ses større forekomst af angst hos personer med diabetes i forhold til personer uden. Angsten kan være for hypoglykæmi og følgesygdomme, men også for nåle, hvor typiske symptomer kan være uro, ubehag, panikanfald og hjertebanken. Der er muligvis en sammenhæng mellem disse reaktioner og resultater fra Rankin et al's. (2016) studie, hvor forældre beskriver store samarbejdsproblematikker i forbindelse med injektioner af barnet med ny-

diagnosticeret type 1-diabetes. Her kan stikkesituationen udløse gråd, modstand og fysisk mangtanvendelse. Samtidig kan forældrene selv opleve nåleangst og dermed føle stor ubehag ved at stikke barnet. Denne problematik kan derfor fylde meget for såvel barnet som forældrene.

Metode:

Indledningsvist er der blevet foretaget en ustruktureret litteratursøgning ift. at få inspiration til relevante søgeord til den strukturerede søgning. Søgeordene der fremkom var:

TABEL 1 Fremkomne søgeord

Diabetes type 1, børn	Oplevelser/angst	Behandling
Child	Pain perception	Injections
Diabetes mellitus type 1	Anxiety	Needles
Diabetic patients	Fear	Blood glucose
Child with diabetes	Affect	self-monitorering
Diabetic children	Emotions	Infusion pumps
	Adaptation, psychological	Infusion pump implantable
	Treatment related pain	Insulin infusion system
	Pain management	Insulin
	Pain, procedural	Painful procedures
	Pain	Insulin treatment
	Coping	Infusion
	Experience	
	Children's experience	
	Dread	

Herefter blev disse søgeord tilpasset de udvalgte databaser: Cinahl, Medline og PubMed. Databaserne blev valgt grundet deres store indhold af sundheds- og sygeplejefaglige relevante artikler.

Den strukturerede søgning blev foretaget i databaserne via anvendelse af en PICO struktur. Denne struktur bidrager til at finde søgeord, som kan kombineres og dermed hjælpe til fremsøgning og afgrænsning af referencer, der er relevante for ens undersøgelses-spørgsmål. I dette litteraturstudie skal (P) ses som den ønskede patientgruppe, (I) som interesseområdet eller fænomenet der ønskes belyst og (Co) som konteksten eller sammenhængen dette skal ses i. Se Tabel 2 for et eksempel på hvordan PICO blev anvendt i litteratursøgningen.

Søgningerne viste 122 hits i Cinahl, 208 hits i PubMed og 148 hits i Medline. Litteratursøgningen blev foretaget i perioden fra oktober-november 2021.

Sorteringen af hits blev foretaget på baggrund af inklusionskriterierne: Børn og unge med Type 1-diabetes (T1D) i alderen 5-18 år og deres oplevelser af stik i forbindelse med behandlingen. Litteraturen skulle være fra den vestlige verden, være i sproget dansk, norsk, svensk eller engelsk og måtte max være 10 år gammel. Eksklusionskriterier var: Voksne med T1D, Børn og unge med andre diagnoser end T1D, materiale ældre end 10 år, studier foretaget udenfor vestlige lande samt i andre sprog end de inkluderede. Doubletter blev fjernet og materiale der ikke kunne belyse barnets oplevelse af stik forbundet med behandlingen af T1D blev frasorteret. Disse fremgår af Prisma. Se figur 1.

Denne frasortering blev først lavet på titel. Herefter blev de resterende studier inkluderet eller ekskluderet ud fra abstract, og til sidst blev 54 full text studier gennemgået af første forfatter, hvilket resulterede i 5 artikler der mødte alle kriterier, 2 fra PubMed: (Ferrari et al., 2018; J. Howe et al., 2012), 2 fra Medline: (Cemeroglu et al., 2015; Rzeszut, 2011) og 1 fra Cinahl: (Hanberger et al., 2021).

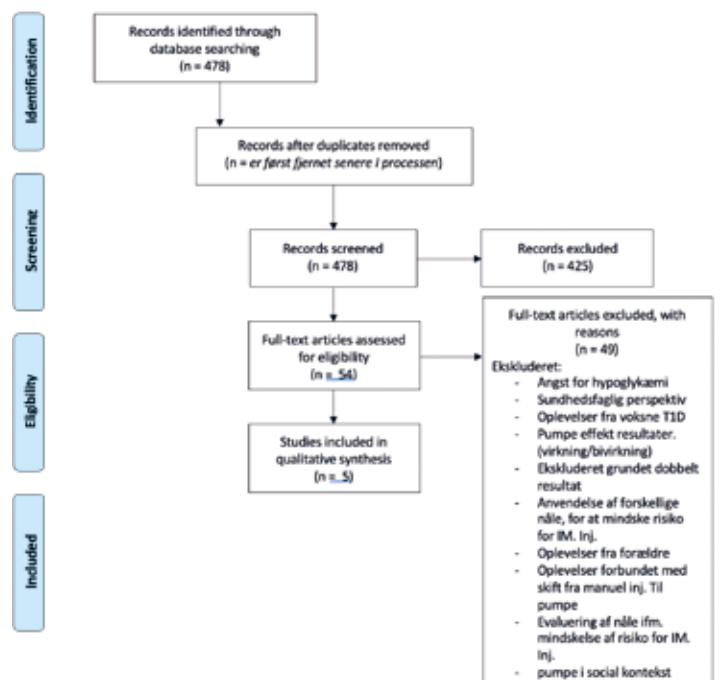
De 5 artikler blev nøje gennemgået og for hver artikel blev der lavet et resume med relevante ekstraktioner fra teksterne. Se figur 2 for de ekstraktioner, der blev foretaget.

De fremkomne resumeer på baggrund af ekstraktionerne blev gennemgået af både første og anden forfatter, hvorefter første forfatter udarbejdede en tematisk

TABEL 2 Anvendt PICO til struktureret søgning i PubMed

P		I		Co
Diabetes type 1, børn		Oplevelser / angst		Behandling
Child	AND	Perception	AND	Injections
AND		OR		OR
Diabetes mellitus type 1		Anxiety		Needles
		OR		OR
		Fear		Infusion pumps
		OR		OR
		Affect		Blood glucose self-monitorering.
		OR		OR
		Emotions		Blood glucose monitorering
		OR		OR
		Coping		Insulin
		OR		OR
		Treatment related pain		
		OR		
		Pain, procedural		<i>Fritekst ord:</i>
		OR		Painful procedures
		Pain		OR
		OR		Insulin treatment
				OR
		<i>Fritekst ord:</i>		Infusion
		Experience		
		OR		
		Experiences		
		OR		
		Children's experience		
		OR		
		Dread		

FIGUR 1 PRISMA diagram over samtlige hits i databaserne



FIGUR 2 Ekstraktionsskema

(LAND)				
Ferrari et al. 2018 (Australien)	At belyse børnenes oplevelse af deres sygdom (T1D) og håndteringen af dette med daglige insulin injektioner og pumpe.	N= 17 Alder: 7-15 år Behandlet med daglige insulin injektioner. Efter 4 mdr. - 8 børn overgået til pumpe. Resten behandles stadig med daglig injektioner.	Semistruktureret interviews.	Injektioner beskrives næsten enstemmigt som den mest smertefulde og sværeste i den daglige diabetesbehandling. De tre mest almindelige anvendte Mestringsstrategier var gradvis tilvænning, rationalisering og benægtelse.
Howe et al. 2011 (USA)	At rapportere forekomsten af frygt, angst, smerte og niveau af samarbejde ifm. insulininjektioner og blodsukkermålinger hos børn med nydiagnosticeret diabetes og deres mødre.	N = 46 (23 børn, 23 mødre) Alder: 4,9-16,2 år (gennemsnit 9,9 år)	Perceptions of Insulin Shots and Fingersticks Survey. Børn under 9 år brugte FACES Pain Rating Scale.	Især yngre børn, oplever mere frygt og angst ved stik. Vurderingen senere afslørede reduktion i frygten, men yngre børn rapporterede stadig moderat til svær frygt. Mødrene oplevede frygt forbundet med administration af insulin. Sammenhæng mellem dårligt samarbejde og forhøjet HbA1c. Sygeplejersken kan vurdere angst og smerte hos barnet ud fra FACES scale. Mestringsstrategier kan omfatte leg med udstyr, afslapning eller distraktionsteknikker. Mestringsstrategier hos yngre børn kan være at blæse bobler, hvor teenagere kan finde musik brugbar.
Hanberger et al. 2021 (Sverige)	At identificere graden af oplevet smerte, affektive reaktioner, frygt og følelsesmæssig mestring blandt børn og unge med T1D.	N = 197 børn + 123 forældre Alder: 7-18 år	Colored analogue scale CAS (til Facial affective scale (FAS) and Faces emotional coping scale (FECS) Diabetes Fear of Injection Questionnaire D- (FISQ)	Forskelle mellem kønnene, hvor pigerne rapporterede om højere værdier for FAS. Forældrene rapporterede signifikant højere værdier end børnene og de unge. Mange børn og unge med T1D har negative erfaringer med nåle. Højere alder var forbundet med mere smerte, negativ påvirkning og frygt vedrørende blodsukkermåling.
Cemeroglu et al. 2015 (USA)	At undersøge forekomsten af angst for nåle og dennes effekt på den glykæmiske kontrol ved børn/unge med T1D.	N = 150 Børn Alder: 6-17 år	Forældre og børn >11 år udfyldte Diabetes fear of injecting and self-testing questionnaire.	Patienter i alderen 6-10 år med pumpe havde større frygt for pumpekift end patientgruppen i samme alder havde for daglige injektioner. Patienterne med angst/frygt for daglige injektioner, pumpekift eller blodsukkermålinger havde signifikant højere HbA1c. Ældre børn rapporterede om højere angst ved blodsukkermåling end yngre børn. Dette kan skyldes frygten for at se "et dårligt tal" snarere end frygten for nåle
Rzeszut JR 2011 (USA)	At beskrive den generelle problematik med angst/frygt i pædiatrien i forbindelse med injektioner og stik ved T1D.	1 Casen præsenteres en 4-årig pige, der får konstateret T1D.	Casestudie	Et større antal børn (40,9 %) rapporterede om frygt, og 22,7 % af børnene rapporterede om smerter ved injektionerne i Introduction til casestudiet. Der var sammenhæng mellem nåleangst og nedsat samarbejdsvillighed. Øget nålekræk ses hos yngre børn med T1D. I familier med børn med høj nåleangst, havde familiemedlemmerne generelt et pessimistisk syn på sygdommen. Negativ syn/holdning kan føre til dårligere sygdomshåndtering. Flere trins mestringsmetoder, med det formål at mindske angsten ved stik, reducerede angsten. Mestringsstrategier som "imaginal relaxation" and "deep breathing" er effektive.

analyse med inspiration af Braun og Clarks tematiske analyse (Clarke et al. 2013), hvilket medførte følgende potentielle temaer: *Typen af nåleangst, Forskelle og ligheder mellem de forskellige typer af angst der knyttes til de forskellige nåleprocedurer, Forslag til forskellige mestringsstrategier/interventioner og Betydningen af de forskellige strategier/interventioner*. Disse blev i den videre analyse inkorporeret i to overordnede temaer - *Nåleangst hos børn med Type 1-diabetes og Mestringsstrategier anvendt ved nåleangst*. Se tabel 3 for illustration af temaer fremkommet i analysen.

Resultater:

I dette afsnit præsenteres de to fremkomne temaer i analysen: *Nåleangst hos børn og unge med Type 1-diabetes og Mestringsstrategier anvendt ved nåleangst*.

Nåleangst hos børn og unge med type 1 diabetes

Ifølge fire internationale studier (Cemeroglu et al. 2015; Ferrari et al. 2018; Howe et al. 2011; Hanberger et al. 2021) oplever mange børn og unge med type 1 diabetes, angst forbundet med insulininjektioner eller pumpekift. Især hos de yngre børn, ses der hyppigere forekomst af nåleangst end hos de ældre (Howe et al. 2011). Der ses dog modstridende resultater, hvad angår glukosemåling ved fingerprik i 2 studier, hvor der rapporteres om, at især de ældre børn frygter blodglukosemålingen ved fingerprik (Cemeroglu et al., 2015; Hanberger et al., 2021). Dette kan dog også skyldes frygten for at se

TABEL 3 Fremkommende temaer af den tematiske analyse

POTENTIELLE TEMAER	OVERORDNEDE TEMAER
<ul style="list-style-type: none"> - Typen af nåleangst - Forskelle og ligheder mellem de forskellige typer af angst, der knyttes til de forskellige nåleprocedurer 	Nåleangst hos børn med type 1 diabetes
<ul style="list-style-type: none"> - Forslag til forskellige mestringsstrategier/interventioner - Betydningen af de forskellige strategier/interventioner 	Mestringsstrategier anvendt ved nåleangst

dårligt reguleret tal snarere end frygt for nålen (Cemeroglu et al., 2015). Ydermere ses der hyppigere tilfælde af angst hos børn i alderen 6-10 år behandlet med pumpe, end ved jævnaldrende som behandles med daglige insulin injektioner (Cemeroglu et al. 2015). Samtidig oplever en mindre del af især de yngre børn angst forbundet med fingerstik ved glukosemonitorering (Howe et al. 2011). Herudover har man i Hanberger et al.'s (2021) studie fundet en signifikant forskel i oplevelsen af ubehag forbundet med nåle mellem kønnene, hvor pigerne rapporterede højere værdier af ubehag end drengene. Nåleangst i forbindelse med behandlingen af børn og unge med Type 1-diabetes er altså en reel eksisterende problematik, som især ser ud til at forekomme hos yngre børn (Rzeszut 2011). Yderligere kan der eksistere forskellige vurderinger af børnenes angst set ud fra et børne- eller forældreperspektiv. I Hanberger et al.'s (2021) studie rapporterede forældrene således signifikant højere værdier i oplevelsen af børnenes angst, end børnene selv gjorde.

Samtidig er det ikke kun børnene og de unge som oplever angst eller ubehag ved injektionerne. Dette kan også gøre sig gældende for f.eks. mødre til nogle af disse børn (Howe et al. 2011), og der ses en sammenhæng mellem børnenes og mødrenes angst, hvilket kan påvirke samarbejdet negativt omkring injektionerne og glukosemålingerne. Dette kan yderligere medføre dårligere regulering af langtidsblodsukkeret (HbA1c) (Howe et al. 2011). Den dårlige regulering af HbA1c ses, i det hele taget, i større grad ved børn og unge med nåleangst (Cemeroglu et al. 2015). Dog sker der ofte en reducere (desensibilisering) i nåleangsten hos disse ved længere tids behandling, men for nogle er angsten vedvarende især hos de yngre børn (Howe et al. 2011). Desuden ses der en sammenhæng mellem nåle-

angst og nedsat samarbejdsevne. I familier med børn med høj nåleangst, er der generelt et mere pessimistisk syn på sygdommen (Rzeszut, 2011). Dette kan have konsekvenser for sygdomshåndteringen, da det negative syn på sygdommen kan medføre dårligere håndtering af diabetes (Rzeszut, 2011).

Mestringsstrategier anvendt ved nåleangst

Mestringsstrategierne hos børn og unge kan være yderst forskellige og individuelle i deres virkningsmekanisme. Ifølge Howe et al. (2011) bør sundhedspersonalet vurdere graden af nåleangst hos de nydiagnosticerede børn og unge. Dette kan, hos yngre børn, gøres via FACES-skalaen (Howe et al., 2011) eller via FECS-skalaen (Hanberger et al., 2021), hvoraf sundhedspersonalet kan udlede i hvor stor grad barnet lider af nåleangst og tilpasse interventioner hertil (Hanberger et al., 2021; Howe et al., 2011). Interventionerne kan f.eks. være samtale med barnet, hvor nålen italesættes, og barnet får mulighed for at udforske og lege med udstyret for at skabe tilvænning og tryghed ved nålen (Howe et al. 2011). Strategier som afslapning og/eller distraktion kan også anvendes. Disse strategier er dog vigtige at tilpasse efter barnets alder. Hvor de yngre børn kan finde distraktion i at blæse bobler eller synge, kan teenagerne måske i højere grad finde ro i f.eks. at lytte til musik (Howe et al. 2011). Metoder som gradvis tilvænning, rationalisering og benægtelse/ignorering er ligeledes anvendelige mestringsstrategier (Ferrari et al. 2018).

Derudover kan der anvendes mere komplekse mestringsstrategier bestående af flere aktiviteter/trin. Rzeszut (2011) beskriver en tilgang, hvor der først læses en bog omkring injektionen for barnet, hvorefter der er en samtale med barnet omkring historien. Derefter tegner barnet nålestikket, tegningen drøftes, et digt bliver læst højt, hvorefter barnet forsøger at give en bamse en injektion. Tilgangen viste en tydelig reduktion af barnets nåleangst. Rzeszut (2011) beskriver også metoder fra et ældre studie (Rainwater et al. 1988), hvor man foretog et interview med barnet for at klarlægge angsten og graden af denne. Efterfølgende blev der anvendt to mestringsstrategier: "imaginal relaxation" der indebar at barnet blev guidet til idiosynkratiske [Individuelle] indre billeder og "deep breathing" [fysio-



logisk guidning til dybe vejrtrækninger]. Ved anvendelse af disse teknikker, opnåede 92% af børnene at få reduceret deres angst og reduktionen var vedvarende (Rainwater et al. 1988).

Diskussion

Litteraturstudiet viser at det er relevant, at sætte fokus på at støtte børn og unge med nåleangst samt deres forældre, da litteraturen viser at unge og børn kan udvikle nåleangst, hvilket kan have negativ betydning for diabetesbehandlingen (Cemeroglu et al. 2015; Howe et al. 2011). Dette bakkes op af to studier (Decosta et al., 2020; Nilsson et al., 2017), som beskriver lignende tendenser. Der kan samtidig være forskel på hvor stor angsten er for de forskellige nåleprocedurer (Howe et al. 2011). Resultater fra Göthesson et al. (2022) viser desuden at nålens udseende også kan påvirke nåleangsten, da f.eks. blodsukkermåling ikke opleves ligeså smertefuldt som f.eks. skift af insulinpumpe. Vigtigheden af undervisningen i at lære at stikke, fremhæves i flere studier, hvor børn og forældre fortæller, at det at barnet skal lære at stikke sig, er noget af det sværeste ved diagnosetidspunktet (Ferrari et al. 2018; Thoft et al. 2022). Samtidig ses der ligeledes højere angst- og smerteniveau i forbindelse med stik på dette tidspunkt (Decosta et al. 2020; Howe et al. 2011.; Nilsson et al. 2017). Det kan tyde på, at angsten og smerten kan opleves størst ved diagnosetidspunktet, hvorfor det er væsentligt som sundhedsprofessionel at være opmærksom på dette. Ligeledes viser litteraturen at hvis børn og forældre vejledes og undervises i etablering af mestringsstrategier, kan det minimere angsten og skabe tryghed for både barnet og forældrene i forbindelse med nåleprocedurerne (Howe et al. 2011). Øvrige studier beskriver ligeledes, hvordan den individuelt tilpassede undervisning af familien i håndteringen af sygdommen og stikkeproceduren, hjælper til mestringen (Kelo et al. 2013; Thoft et al. 2022). Hertil beskrives det positive resultat af anvendelsen af mestringsstrategien, hvor barnet forsøger at stikke en bamse først (Kelo et al. 2013), hvilket stemmer overens med elementer af strategierne fra Rzeszut (2011), hvor samme strategi blev anvendt. Nåleangst kan altså opstå hos børn med Type 1-diabetes og påvirke både barnet og forældrene negativt. Nødvendigheden af vejledning og undervisning af både barn og forældre i mestring af stikkesituationen er derfor essentiel, for at sikre en bedre håndtering og behandling af sygdommen.

Flere af de inkluderede studier beskriver forskellige mulige mestringsstrategier, der kan anvendes for at minimere nåleangsten (Cemeroglu et al. 2015; Ferrari et al. 2018; Hanberger et al. 2021; Howe et al. 2011; Rzeszut 2011). Dog kan man forholde sig kritisk til, at flere af studierne referencer er af ældre dato, f.eks. angiver Rzeszut (2011) referencer fra 1980'erne. Selvom Cemeroglu et al. (2015) tilbage i 2015 beskriver hvor almindeligt nåleangst er for målgruppen, og at denne angst ofte er overset af forældre og sundhedspersonale, så beskriver Hanberger et al. (2021) også i 2021, hvordan der stadig er behov for yderligere forskning indenfor det diabetiske pædiatriske område. Især omkring netop børnenes angst i forbindelse

med nåleprocedurer. Det viser at problematikken fortsat er aktuel, også når vi ser på nye studier, hvor angst og nervøsitet stadig udfordrer barnet i forhold til anvendelse af nåle i behandlingen af Type 1-diabetes (Göthesson et al., 2022; Thoft et al., 2022). I håndteringen af denne udfordring, er (diabetes)sygeplejerskens tilgang til undervisningen af disse familier af stor betydning for deres mestringsevne (Howe et al. 2011; Thoft et al. 2022). Der ses dog også mulighed for at reducere angsten og smerten i forbindelse med stikkesituationen i Canbulat Sahiner et al.'s (2018) studie, hvor to hjælpemidler bestående af ShotBlocker (et plastik pad med små pigge, der placeres omkring indstiksstedet) og Buzzy (en lille plastik bi med kølepuder som vinger og en vibrerende krop) blev afprøvet ved insulin injektionen af børnene med Type 1-diabetes i Tyrkiet. Man fandt, at begge hjælpemidler havde positiv effekt på angsten og smerten i forbindelse med stikket, dog var ShotBlocker den mest effektive. Det har ikke været muligt i vores litteratursøgning at identificere studier, der f.eks. anvender forskellige teknologier som apps, Virtual Reality eller lignende ift. at støtte børn til at mestre det, at skulle stikke sig selv, Vi formoder dog at støttende teknologier kan have en positiv betydning for børn og unges mestring af at stikke sig selv. I Nilsson's studie (2016) anvendte børn i skolealderen f.eks. apps ved diagnosetidspunktet, hvor bl.a. injektionsteknik og et diabetes spil indgik. Disse apps støttede børnene til, at lære at håndtere diabetesbehandlingen selv. Der kan derfor stadig være behov for yderligere opmærksomhed og forskning indenfor området, da problematikken med nåleangst fortsat er aktuel. Ydermere kan nye former for mestringsstrategier være relevante at udvikle og anvende, som f.eks. anvendelse af forskellige støttende teknologier, der kan hjælpe barnet i håndteringen af stikkeproceduren.

Litteraturgennemgangen viser desuden, at mange børn og unge bliver desensibiliserede over tid (Howe et al. 2011.). Dette gør sig dog ikke gældende for alle, hvilket kan have negativ betydning for den videre glykæmiske kontrol og behandling (Hanberger et al. 2021). Der ses således en sammenhæng mellem angsten for stik i forbindelse med behandling og kontrol og et forhøjet HbA1c, hvilket kan have negative konsekvenser for sygdomsudviklingen (Hanberger et al. 2021). Et forhøjet HbA1c kan således have indvirkning på en øget risiko for senkomplikationer som f.eks. nefropati, retinopati og gastroparese (Videncenter for Diabetes, 2022), hvorfor det er vigtigt at sikre et normalt stabilt HbA1c. Mødre kan ligeledes udvikle angst for nåle og stik,

hvilket kan have en negativ effekt på barnet og dennes reaktioner (Howe et al. 2011) (Decosta et al., 2020), hvorfor det er vigtigt at være opmærksom på, om forældrene påvirkes følelsesmæssigt af stikkeprocedureren og assisteringen af barnet. Der ses også en forskel i niveauet af angst mellem kønnene, hvor pigerne rapporterer om højere værdier af ubehag end drengene (Hanberger et al., 2021). Det er således relevant at undersøge nærmere, hvad denne forskel kan skyldes og imødekommes.

Konklusion

På baggrund af litteraturstudiet, kan vi konkludere, at det stadig er en kompleks problematik at være barn eller ung og skulle lære at stikke sig selv og give injektioner i forbindelse med behandlingen af type 1 diabetes. Dette gør sig også gældende for de børn og unge som har insulinpumpe. Derudover kan forældrene, herunder mødre, også påvirkes følelsesmæssigt af stikkesituationerne. Det er derfor vigtigt, at sundhedsprofessionelle, herunder (diabetes)sygeplejersker er opmærksomme på denne problematik fra diagnosetidspunktet og ved opstart af diabetesbehandlingen, således barnets og den unges potentielle nåleangst observeres og håndteres fra starten af. Der eksisterer såvel simple som komplekse mestringsstrategier på området, men der er fortsat behov for at udvikle flere og nye strategier, der kan støtte børn og unge med diabetes, når de skal lære at stikke sig.

Implikationer for praksis

På baggrund af dette litteraturstudie, bør (diabetes)sygeplejersken, som møder børn og unge med type 1 diabetes, være opmærksom på at observere for angst for nålestik. Dette kan f.eks. gøres via FACES-skalaen til mindre børn, der kan have svært ved at udtrykke sig verbalt. Herudover bør sygeplejersken være opmærksom på forældrenes reaktion omkring stikkeproceduren, da de også kan udvikle angst og herved komme til at påvirke mestringsstrategien negativt. Er stikkesituationen forbundet med udfordringer, er det vigtigt at finde en mestringsstrategi, der passer til barnet og den unges alder og behov. Dette kan minimere ubehag for både barnet, den unge og forældrene. (Diabetes)sygeplejersken bør ligeledes være opmærksom på, at der kan være en sammenhæng mellem angsten for stikkesituationerne og en dårligere glykæmisk kontrol. ■

Referencer

- Canbulat Sahiner, N., Turkmen, A. S., Acikgoz, A., Simsek, E., & Kirel, B. (2018). Effectiveness of Two Different Methods for Pain Reduction During Insulin Injection in Children With Type 1 Diabetes: Buzzy and ShotBlocker. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(6), 464–470. <https://doi.org/10.1111/WVN.12325>
- Cemeroglu, A. P. et al., 2015. Fear of needles in children with Type 1-diabetes Mellitus on multiple daily injections and continuous subcutaneous insulin infusion. *ENDOCRINE PRACTICE*, Vol 21 No. 1 Januar.
- Clarke, V., Braun, V., & Studies, S. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning.
- Decosta, P., Grabowski, D., & Skinner, T. C. (2020). Systematic Review or Meta-Analysis The psychosocial experience and needs of children newly diagnosed with Type 1-diabetes from their own perspective: a systematic and narrative review. *Diabet. Med*, 37, 1640–1652. <https://doi.org/10.1111/dme.14354>
- Diabetes foreningen, u.d. Diabetes foreningen. [Online] Available at: <https://diabetes.dk/diabetes-1/fakta-om-type-1/behandling/insulinbehandling> [Senest hentet eller vist den 4 Januar 2022].
- Ferrari, M., McIlwain, D. J. & Ambler, G., 2018. A qualitative comparison of needles and insulin pump use in children with type 1 diabetes. *Journal of Health Psychology*, September.
- Göthesson, J., Håkansson, L., Lindholm Olinder, A., Hanberger, L., Mörelius, E., Nilsson, S., Forsner, M., & Lindgren Children, A. (2022). Children's and adolescent's narratives about pain and negative experiences in diabetes treatment WHAT IS CURRENTLY KNOWN? <https://doi.org/10.1111/jspn.12396>
- Hanberger, L. et al., 2021. Needle-Related Pain, Affective Reactions, Fear, and Emotional Coping in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Pain Management Nursing*, 21 Januar, pp. 516–521.
- Howe, C. J. et al., 2011. Needle Anxiety in Children with Type 1-diabetes and Their Mothers. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, Januar/ Februra, pp. 25–31.
- Kelo, M., Eriksson, E., & Eriksson, I. (2013). Perceptions of patient education during hospital visit – described by school-age children with a chronic illness and their parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 894–904. <https://doi.org/10.1111/SCS.12001>
- Nilsson, S. (2016). How young people can learn about newly diagnosed type 1 diabetes. *Nursing Children and Young People*, 28(3), 22–26. <https://doi.org/10.7748/ncyp.28.3.22.s21>
- Nilsson, S., Hanberger, L., Olinder, A. L., & Forsner, M. (2017). The Faces Emotional Coping Scale as a self-reporting instrument for coping with needle-related procedures: An initial validation study with children treated for type 1 diabetes. <https://doi.org/10.1177/1367493517729041>, 21(4), 392–403.
- Rainwater, N. et al., 1988. Systematic Desensitization in the Treatment of Needle Phobias for Children with Diabetes. *Child & Family Behavior Therapy*, Vol. 10, pp. 19–31.
- Rzeszut, J. R., 2011. Children with diabetes: the impact of fear of needles. *Journal of Pediatric Nursing*, 29 September, pp. 589–592.
- Samuelsson, U., Westerberg, L., Aakesson, K., Birkebæk, N. H., Bjarnason, R., Drivvoll, A. K., Skriverhaug, T., Svensson, J., Thorsson, A., & Hanberger, L. (2020). Geographical variation in the incidence of Type 1-diabetes in the Nordic countries: A study within NordicDiabKids. *Pediatric Diabetes*, 21(2), 259–265. <https://doi.org/10.1111/PEDI.12943>
- Toft, D. S., Nielsen, B. K., & Enggaard, H. (2022). To become an expert within a week: Children's and parents' experiences of the child being diagnosed with Type 1-diabetes and receiving diabetes education – A qualitative interview study. *Journal of Pediatric Nursing*, 67, e24–e30. <https://doi.org/10.1016/J.PEDN.2022.10.004>
- Videncenter for Diabetes. (2022) <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-1-diabetes/foelgesygdomme>

Danskerne tjekker helbredet mere: Forældres helbredsangst påvirker barnet

Danskerne søger i stigende grad information om helbredet, og børnepsykolog advarer mod at projicere helbredsangsten over på børn. Hun råder forældre til at mindske børns angst for at gå til lægen gennem leg.

DANSKERNE SØGER i stigende grad efter helbredsmæssig information på internettet til private formål. Mens det i år gælder for næsten hver tredje dansker, gjaldt det for fem procent færre i 2018, og for ti år siden var det kun lidt mere end hver anden, der søgte efter helbredsmæssig information online. Det viser tal fra Danmarks Statistik. Børnepsykolog Charlotte Diamant påpeger, at forældre nemt risikerer at projicere deres egen nervøsitet over på deres børn, hvis ikke de kigger indad forud for et barns lægebesøg.

- Det er i forhold til tidligere vigtigt for mange forældre, at deres barn ikke oplever for mange bekymringer. Det i sig selv kan påvirke forældreskabet og kan være medårsag til, at mange børn er bange for at komme til lægen i dag, siger Charlotte Diamant og tilføjer:

- Det er godt at forberede barnet på lægebesøget, samtidig med at man selv bevarer sin egen ro omkring barnet og for eksempel undgår at spørge ind til, om barnet er nervøst. Man skal blot fortælle, hvad der kommer til at ske, så man undgår at fremprovokere ængstelighed hos barnet.

Forbered barnet på lægebesøg

Ifølge Charlotte Diamant kan forældre forberede deres børn på et lægebesøg ved brug af hjælpemidler som bøger og legetøj, der kan visualisere lægerummet, klinikudstyret, og hvad der sker hos lægen. Spørger man Ann Riemer, der er direktør hos legetøjswebshoppen Legeakademiet, er der fra producenters side et stigende fokus på legetøj, der bidrager til at afhjælpe angst hos børn i alle aldersgrupper.

- Vi har beskæftiget os med udviklingslegetøj gennem 17 år og kan se, der sker en udvikling i legetøj mod angst hos børn. Dels kommer der mere af det på markedet, og dels er det højnet i kvalitet og detaljegråd, og det udfordrer børn mere, fortæller Ann Riemer.

Det nyeste legetøj i kategorien er ifølge Ann Riemer det interaktive legesæt Tacto Doctor, som forvandler ipad'en til

en lægeklinik, som barnet kan interagere fysisk med. Ved at bruge medfølgende læge-remedier, heriblandt termometer, bandage og saks, kan barnet behandle spillens patienter og få visualiseret knogler, mave og andre organer med røntgen og ultralyd.

- STEM-legesættet Tacto Doctor interagerer med barnet, så det lærer at bruge lægeudstyr korrekt. Det udvikler barnets sociale og emotionelle intelligens og forbedrer evnen til at løse problemer, siger Ann Riemer.

Leg kan mindske børns lægeangst

Ifølge børnepsykolog Charlotte Diamant, som ikke er bekendt med produktet og udtaler sig ud fra generel erfaring, er leg det bedste middel til at mindske børns angst for lægebesøg.

- Børns angst for et lægebesøg kommer ofte af uvisheden om, hvad der skal ske hos lægen. Det giver børn en tryghed at få visualiseret klinikrummet forud for besøget, og leg er den bedste måde for børn at forstå og huske nye indtryk på - for eksempel kan man lege læge og patient eller anvende fysisk legetøj som figurer, siger Charlotte Diamant og tilføjer:

- Tag højde for barnets alder. Små børn har brug for leg og visuelle billeder for at forstå, hvad der skal ske hos lægen. Større børn kan man tale mere nuanceret med.

Legeakademiet ApS blev grundlagt i 2005 og er en dansk webshop, der sælger legetøj, som stimulerer sanserne og fremmer udvikling og læring hos børn. www.legeakademiet.dk ■



*Kontaktoplysninger
Legeakademiet*

Ann Riemer
Direktør og medejer, Legeakademiet
(+45) 20 22 26 28
ann@legeakademiet.dk

HVAD ER VERBAL DYSPRAKSI?

Og hvordan spotter du tidligt i forløbet de børn, der har det?



VERBAL DYSPRAKSI

Du kan finde viden om verbal dyspraksi, symptomer, intervention og meget andet i Forløbsbeskrivelse. Børn med verbal dyspraksi og på vidensportal.dk

- › Forløbsbeskrivelse. Børn med verbal dyspraksi på [Socialstyrelsen.dk](https://socialstyrelsen.dk)
- › Børn og unge med verbal dyspraksi på vidensportal.dk

Dyspraksiforeningen varetager interesserne for forældre til børn med verbal dyspraksi

- › Læs mere om Dyspraksiforeningen på dyspraksi.dk

FORLØBSBESKRIVELSEN

Forløbsbeskrivelsen er i sin nuværende og 3. udgave revideret i sin helhed. Det betyder, at der dels er søgt efter ny litteratur udgivet siden publiceringen af første udgave. Dels er alle kapitler gennemskrevet så forløbsbeskrivelsen baserer sig på aktuelt bedste viden.

Socialstyrelsen har i december 2021 udgivet den reviderede forløbsbeskrivelse for børn med verbal dyspraksi. Men hvad er verbal dyspraksi, og hvad er en forløbsbeskrivelse? Hvad skal du være opmærksom på ved de børn du drager omsorg for i dit daglige arbejde? I denne artikel stiller vi skarpt på de tidlige tegn på verbal dyspraksi, du som omsorgsperson for børn i dagtilbud, kan spotte i den daglige omgang med børnene.

DEA SKARUP ANDERSEN, DEAS@SOCIALSTYRELSEN.DK

FOR UDARBEJDELSE AF denne artikel har vi indhentet viden fra audiologopæderne Trine Printz og Sara Bensen De Oliveira Schumann. Begge har udredt mange børn for verbal dyspraksi og deltaget i følgegruppen for revideringen af forløbsbeskrivelsen.

Verbal dyspraksi og de tidlige tegn

Verbal dyspraksi er en neurologisk betinget forstyrrelse af barnets udtale, som forekommer ved ét til to ud af tusinde børn. Det svarer til, at der er mellem 1000 og 2000 børn i Danmark, der har forstyrrelsen.

Det svære ved at opspore verbal dyspraksi er, at mange af symptomerne også kan være tegn på andre taleforstyrrelser. Selv for specialiserede fagpersoner kan det være svært at skelne mellem fx fonologiske vanskeligheder og verbal dyspraksi, og ofte kan man først stille diagnosen, når barnet er omkring fire år. I denne artikel har vi udpeget de særligt karakteristiske symptomer på verbal dyspraksi, som også kan spottes af folk uden viden om verbal dyspraksi.

De yngste børn

For de yngste børn under tre år, som er ved at komme i gang med at lære ord, er følgende symptomer særligt karakteristiske for verbal dyspraksi:



› **Barnet har svært ved at sekvensere lydene (dvs. tilrettelægge bevægelsesrækkefølgen af lydene)**

Det betyder, at barnet har vanskeligt ved at få overgangene mellem lydes bevægelser til at være glidende og nemme. Det kan ses ved, at barnets bevægelser under tale virker påfaldende, fx er bevægelserne for store, stive, besværede eller staccato.

› **Barnet har svært ved at automatisere artikulationsmåde og -sted for enkelte lyde**

Dette symptom ses ved, at barnet kun bruger få lyde, har vanskeligt ved at lære nye lyde, selvom man forsøger at øve dem og placerer tunge og læber forkert. Fx kan tand blive til ba i barnets udtale.

› **Barnet har pludret meget lidt og unuanceret, og der har været sen pludreudvikling**

Det er dog vigtigt at understrege, at netop dette symptom er et generelt symptom, som også kan være tidligt tegn på andre sproglige udfordringer (fx late-talkers), så det peger ikke lige så stringent på verbal dyspraksi som de øvrige symptomer.

Generelt gælder det, at barnet har svært ved fysisk at forme munden i udtalen. Det kan virke meget påfaldende, og ofte vil forældre og andre omsorgspersoner omkring barnet lægge mærke til det, fordi det er så anderledes i forhold til børn, der ikke har verbal dyspraksi.

De tre til fire årige

For de tre til fire årige børn er følgende symptomer særligt karakteristiske:

› **Barnet ændrer vokallyde**

I praksis høres det fx ved, at man som lytter, kan blive i tvivl om, hvad barnet sagde, når det taler spontant. Sagde barnet po eller pø, mos eller møs - eller måske noget midt i mellem? Visuelt kan man se, at barnet igen har svært ved at forme munden, barnet har en bred eller åben mund. Det kan virke som om, at munden falder ned og bliver ukoordineret. Det er typisk for verbal dyspraksi, at barnet har udfordringer med vokalerne, så får man mistanke om det, så skal man være særligt opmærksom.

› **Barnet anvender begrænsede sproglyde og bruger de samme simple stavelser for næsten alt**

Det ses ved, at barnet primært forsimples kommunikationen og kommunikerer i enstavelsesord eller korte sætninger. Fx kan ordet madkasse blive til mad, da det er det motorisk mest simple at sige.

› **Automatiseringen er mangelfuld: Barnet overfører ikke nye sproglyde til det allerede anvendte sproglydssystem**

Hvis man har øvet en bestemt lyd, fx k, i nogle ord, så kan barnet k-lyden i

EGEN DIAGNOSEKODE

Indtil 2018 havde verbal dyspraksi ikke en selvstændig diagnosekode i Sundhedsvesenets Klassifikationssystem (SKS), men blev registreret på forskellige diagnosekoder. Det bevirkede, at man havde svært ved at genfinde børnene i systemerne og det var svært at udvikle viden om disse børn. Med indførelsen af selvstændige diagnosekoder, er det blevet muligt at genfinde børnene og på baggrund af danske data lave forskning og udvikle viden om denne målgruppe ud fra en dansk kontekst.

FORLØBSBESKRIVELSER OG NATIONAL KOORDINATIONSSTRUKTUR

En forløbsbeskrivelse er en samling af faglige vejledende anbefalinger om intervention til en særlig målgruppe. I en forløbsbeskrivelse indgår også en overordnet beskrivelse af den tværsektorielle og koordinerede indsats over for en given målgruppe. Forløbsbeskrivelser udarbejdes af Den Nationale Koordinationsstruktur i Socialstyrelsen. Her beskæftiger de sig kun med målgrupper der er kendetegnet ved, at der enten er 1) meget få personer der har en bestemt lidelse. Det medfører, at der kan være en udfordring i, at finde fagpersoner med en særlig viden om de specifikke problemstillinger, hvorved at interventionen kan betegnes som højt specialiseret. Eller 2) at behovet for intervention kan gå på tværs af flere sektorer eller lovgivningsområder, hvorved at interventionen bliver særlig kompleks og der herved også kræves en viden, der betegnes som højt specialiseret.

Søg på Socialstyrelsens hjemmeside for den nationale koordinationsstruktur på Socialstyrelsen.dk for at få mere viden.

disse ord, men kan ikke overføre k-lyden til ret mange nye ord. Nogle gange vil barnet måske miste ord, det har kunnet sige tidligere.

Som det sidste skal det nævnes, at det generelt er karakteristisk for de her børn, at de ofte taler lidt langsommere end andre børn. Børn med verbal dyspraksi skal typisk bruge mere tid på at planlægge, hvordan ordene skal siges.

Hvordan kan du bidrage til tidlig opsporing og udredning?

Hvis du oplever et barn med nogle af ovenstående symptomer, så er det vigtigste du kan gøre, at tage bekymringen alvorligt. Ofte er forældrene de første til at opdage, at “noget” ikke er som det skal være, og når de kommer og siger, at deres barn ikke taler rigtigt/det er svært at forstå, hvad barnet siger, skal det tages alvorligt. Måske har forældrene også selv googlet og fundet frem til denne sjældne diagnose.

Fra forældrene henvender sig med en bekymring, til man kontakter kommunens PPR, bør en tommelfingerregel være, at der højst må gå en måned. Den måned kan bruges på at lave strukturerede observationer og en beskrivelse af barnets udfordringer, som vil kunne anvendes senere hen i udredningen. Denne beskrivelse er særlig vigtig, da logopæderne, som jo ikke har den daglige gang omkring barnet, herved får brugbare informationer om barnets daglige sprog. I processen med at nedskrive udfordringerne er det særligt vigtigt, at man gengiver det barnet gør uden selv at tolke på symptomerne og dermed skrive konklusionerne. Det er ikke nødvendigt at have viden om faglige begreber eller anden specialviden, da det er barnets udtryk, der er det vigtigste.

I opstarten af processen er det vigtigt, at der sideløbende med udredning også tænkes i brugbar kommunikation for barnet - altså at barnet gives redskaber til at kunne udtrykke sig, fx gennem tegn til tale eller en form for visuel støtte. Barnet skal ikke have en oplevelse af, at det ikke kan kommunikere med omverdenen.

Kommunalt vs. regionalt regi

Kommunalt ansatte logopæder kan i de fleste tilfælde selv udrede og konstatere om der er tale om verbal dyspraksi, men logopæder kan ikke stille den kliniske diagnose. Det er kun læger, som kan gøre det. De børn der skal udredes i regionalt regi, er typisk de børn, hvor den kommunale logopæd er i tvivl, om det er den rigtige diagnose, der er antaget. Det gælder fx, hvis man er usikker på, om der er flere samtidigt forekommende vanskeligheder, altså ko-morbiditet. Det kan være ADHD, autisme eller andet, hvor der er behov for et lægefagligt blik på taleforstyrrelsen. Udredning for verbal dyspraksi i kommunalt regi kan tage både kortere eller længere tid. Hvis der ikke er mistanke om ko-morbiditet, så kan et udredningsforløb for verbal dyspraksi gennemføres over relativt få uger. Hvis der derimod er tale om et barn, hvor der kan være mistanke om flere forskellige udfordringer, og hvor der skal inddrages flere faggrupper fra kommunalt regi, kan forløbet godt tage adskillige måneder.

Når et barn henvises til udredning i regionalt regi, så gennemføres udredningen typisk over tre til fire timer. Barnet undersøges først af en logopæd og efterfølgende af en foniater, som er en øre-næse-halslæge med speciale i stemmesygdomme. Foniateren stiller den endelige diagnose på baggrund af egne kliniske fund, logopædens beskrivelser og den henvisende kommunale logopæds beskrivelse af symptomer. Ganske få børn har behov for en kontroltid og det er kun, hvis foniateren er usikker på den endelige diagnose. ■

Trine Printz

PH.D., EKSTERN LEKTOR VED SYDDANSK UNIVERSITET OG KLINIKLEDER AF SPROGKLAR APS (UNDER UDARBEJDELSEN AF FORLØBSBESKRIVELSEN VAR TRINE TILKNYTTET ODENSE UNIVERSITETSHOSPITAL).

Trine har udredt mange børn for verbal dyspraksi i både regionalt og privat regi. Hun har bidraget til flere forskningsartikler om stemme- og talesygdomme og medvirker p.t. i et nationalt forskningsprojekt baseret på danske data. Forskningsprojektet er det første af sin art i Danmark og er muliggjort på baggrund af, at verbal dyspraksi har fået selvstændig diagnosekode.

Find mere om forskningsprojektet på SDUs hjemmeside sdu.dk

Sara Bensen De Oliveira Schumann

AUDIOLOGOPÆD,
PUI SLAGELSE KOMMUNE.

Sara har udredt flere børn med verbal dyspraksi i kommunalt regi og har i 2020 udgivet en artikel i Dansk Audiologopædi. Fagblad for audiologopæder som udfordrede anbefalingerne fra forløbsbeskrivelsens 1. og 2. udgave.

Udredning om diagnosticering af verbal dyspraksi i Danmark på issuu.com

Referat fra SIG-temadag om Familiesygepleje 22. november 2022

VED SPECIEL INTERESSEGRUPPE I NEONATALSYGEPLEJE

En kold novemberdag mødtes 55 neonatalsygeplejersker og en enkelt sundhedsplejerske i Odense til temadag om familiesygepleje. Emnet brændte varmt for os alle, og det var nødvendigt, for de energikorrekte 19 grader i lokalet føltes kolde, og vi pakkede os ind i tørklæder og frakker.

■ RAGNHILD MÅSTRUP, PH.D., IBCLC, KLINISK FORSKER OG SYGEPLEJESPECIALIST. DIREKTE: 35 45 65 52, MOBIL: 22 56 60 91, RAGNHILD.MAASTRUP@REGIONH.DK

Familiesygepleje. Hvordan understøtter vi familier med nyfødte børn under og efter indlæggelsen? v. Anne Brødsgaard (sygeplejerske, phd, professor i familiesygepleje, Amager-Hvidovre Hospital).

ANNE VAR INVITERET TIL at tale om “Hvordan støtter vi familier med nyfødte børn under og efter indlæggelse?” Anne Brødsgaard er professor ved Aarhus Universitet-Emdrup og Amager Hvidovre Hospital, hun er sygeplejerske, sundhedsplejerske og ph.d.

Anne gennemgik familiesygepleje og dens forskellige teorier og referencerammer.

De fire grundbegreber i Family-centered care (FCC) er respekt og værdighed, delt ansvar, videndeling, samt partnerskab. Familien definerer selv, hvem der er deres familie “The family is who they say they are”. Der er ikke en “one size fits all”, men forskellige teorier:

Family-centered care: Fokus på familien som en enhed med mål på familieniveau. Nogle gange fylder barnet mest, andre gange er det en i den øvrige familie, som kræver vores omsorg.

Person-centered care: Fokus på individet, sætter mål på individniveau.

Child-centered care: Fokus på respekt for det enkelte barn, sætter mål på individniveau.

Family-centered developmental care: Fokus på at minimere de blivende negative konsekvenser, barnets sygdom kan have på interaktion med forældre.

Anne anbefalede en børnebog, der findes som en lille 5-minutters film på YouTube: “People” af Peter Spier. Bogen har fokus på, at alle mennesker er forskellige. <https://www.youtube.com/watch?v=wiLxhSqK8tY>

Efter pausen talte Anne om Family Nursing, der er en teori som bl.a. leder os til at have fokus på familiesundhed. Ligeledes bliver vi ledt til at få nogle værktøjer til at gå ind i dialogen og partnerskabet med familien.

I en familiefokuseret tilgang, der anskues ind i en systemisk teori, ar-



Anne Brødsgaard.



Slide venligst udlånt af Anne Brødsgaard.



Susanne Søndergaard Kappel



Vi holder varmen til temadag

Ko-kolostrum anvendt som berigelsesprodukt til præmature børn. Effekt på tolerance af mad, afføringsmønstre, vægt m.m. – et randomiseret multicenterstudie i Danmark v. Susanne Søndergaard Kappel (sygeplejerske, ph.d., Rigshospitalet)

SUSANNE SØNDERGAARD KAPPEL stod for temadagens sidste oplæg. Susanne har forsket i ernæring til præmature børn gennem hele hendes ph.d., som hun forsvarede i juni måned 2022.

Susanne argumenterede for at modermælk ikke altid opfylder de ernæringsmæssige behov som præmature børn har brug for at understøtte optimal vækst og udvikling hos de første uger af et for tidligt født barns liv.

Susanne har derfor sammen med en gruppe af forskere undersøgt effekten af at tilføje ko-kolostrum som berigelse til præmature børns mælk sammenlignet med et vanligt anvendt berigelsesprodukt, og hendes oplæg handlede om dette meget spændende studie.

Studiets design var et ublindt lodtrækningsforsøg, hvor 232 meget præmature børn mellem 26 og 30 gestationsuger blev randomiseret til enten berigelse med ko-kolostrum eller vanlig berigelse. På alle børn fra interventionsperiodens start og indtil børnene var 35 uger (postmenstruel alder) registrerede neonatalsygeplejersker alle observationer relateret til barnets ernæring; herunder volumen, konsistens og hyppighed af ventrikel-aspirat; samt hyppighed, mængde, konsistens og farve af afføring. Alle observationer og registreringer blev gjort efter hvert af barnets måltider (op til 12 gange dagligt). Omkring 56.000 registreringer var en del af det meget store datasæt, som indgik i analyserne.

Resultaterne viste, at anvendelsen af Ko-kolostrum inducere lignende eller let forbedret afføringsvane, hvor afføringen blev mere lind og barnet i mindre grad fik et uønsket abdominalt udseende samt senere ordination af laksantia-behandling hos meget præmature børn.

Hermed kan berigelsesproduktet måske forbedre præmature børns sundhed. Samtidig forekommer det sikkert, med fokus på afføringsvaner, at anvende ko-kolostrum som berigelsesprodukt i modermælk til meget for tidligt fødte børn.

Der forskes videre indenfor anvendelsen af ko-kolostrum, hvor Susanne efterfølgende hendes oplæg, havde inviteret en forsker fra OUH til kort at præsentere om ko-kolostrum kunne have en effekt på vitaminer og mineraler. Dette var endnu ikke afdækket.

Susanne takkede alle neonatalsygeplejersker, som fra forskellige neonatalafdelinger i landet, havde været med til at indsamle data til studiet.

Som afslutning på temadagen blev deltagerne opfordret til at melde sig ind i Fagligt selskab for sygeplejersker, der arbejder med børn og unge. Der blev informeret om næste Landskursus i maj, som handler om amning samt at SIG-gruppen søger to nye medlemmer (se andetsteds i bladet). ■



DEN GODE HISTORIE er små og store fortællinger fra afdelingerne i hele landet. Fortalt af de, som var der. Skriv til os, hvis du har oplevet noget, du gerne vil dele.



LÆSEREN HAR ORDET Indsend dine meninger om og holdninger til faglige og fagpolitiske emner. Formålet er at styrke det faglige og fagpolitiske sammenhold.



LANDET RUNDT skal indeholde input fra jer, om hvad der foregår rundt om på landets Børne- og Ungeafdelinger – stort som småt. Formålet er at inspirere hinanden til eventuelt lignende tiltag. Det er også her muligt at efterlyse gode ideer eller arbejdsmetoder; måske står en kollega med en tilsvarende problemstilling eller har måske et forslag til løsningen på netop det problem, du selv står med. Vi håber, det vil vælte ind med små skrivelser fra jer.

'Jeg troede, jeg var den eneste med den nyresygdom'

Nyreskole for børn med nefrotisk syndrom giver både børn og forældre ny viden og nye bekendtskaber.



Line Thousig Sehested forklarer om nyrernes funktion på nyreskolen for børn med nefrotisk syndrom

Fakta om nefrotisk syndrom

Nefrotisk syndrom kan bedst forklares for børn og unge ved at sige, at det er en sygdom, hvor nyrerne er utætte. Det betyder, at i urinen tabes proteiner/æggehvide-stoffer. Når børn med nefrotisk syndrom tisser, skummer det derfor ofte meget. I blodet mangler æggehvide-stofferne, og så kommer der hævelser i på hele kroppen, dvs. det der på fagsprog hedder ødemer. Det viser sig oftest som hævelse omkring øjnene og på fødderne.

(link til nyhed: <https://www.rigshospitalet.dk/presse-og-nyt/nyheder/nyheder/Sider/2022/juli/jeg-troede-jeg-var-den-eneste-med-den-nyre-sygdom.aspx>)

DET BLEV EN spændende og lærerig dag for både børn og voksne, da Afdeling for Børn og Unge for første gang - i maj 2022 - inviterede til nyreskole for børn med nefrotisk syndrom og deres familier.

Nefrotisk syndrom er en sjælden nyresygdom med omkring 10 nye tilfælde om året. De børn, der får diagnosen, er ofte blot omkring 5 år, når diagnosen stilles, og de skal behandles medicinsk gennem længere tid for at holde sygdommen i ro. De skal bl.a. lære at sluge piller og få taget blodprøver, mens forældrene skal lære at undersøge urinen for protein.

Alt dette kan skabe store udfordringer i en familie - for både børn og voksne - og søskende, og fordi sygdommen er så sjælden, ved de fleste ikke ret meget om den, og man møder stort set aldrig nogen, der har samme sygdom eller samme udfordringer tæt inde på livet.

“jeg troede, jeg var den eneste med denne sygdom” sagde en af de drenge, der deltog i nyreskolen sammen med sine forældre.

Nyreskole for forældre og børn

Nyreskolen, der er målrettet mindre børn med nefrotisk syndrom og deres forældre, er den første af slagsen i Danmark, og målet er i følge initiativtager til nyreskolen afdelingslæge Line Thousig Sehested fra Afdeling for Børn og Unge at hjælpe familierne med bedre at håndtere sygdommen og de udfordringer, den fører med sig i livet derhjemme.

- Vi har et stort ønske om at øge familiernes forståelse for den kroniske sygdom barnet har, og samtidig har vi et stort ønske om at være med til at bidrage til, at familierne møder andre med samme sygdom, som de kan udveksle erfaringer med. Vi håber på, at nyreskolen kan være med til at sikre, at børn og forældre får et fælles sprog om sygdommen og en endnu større fælles indsigt i sygdommen, og hvordan den daglige medicin, der skal holde sygdommen i ro, virker, men også bivirkningerne til behandlingen, og hvordan nogle af disse kan håndteres, forklarer Line Thousig Sehested.

- Hvis både børn og voksne forstår, hvilken rolle medicinen spiller i at holde sygdommen nede, og får et fælles sprog og viden herom, håber vi på, at det kan hjælpe dem med at håndtere nogle af udfordringerne

derhjemme endnu bedre og give forældre mere empowerment og viden om, hvornår de skal henvende sig til os, og hvad de fint kan klare derhjemme uden at kontakte os, slutter Line Thousig Sehested.





Børnene skulle udpege og røre ved de forskellige organer på en dukke med aftagelige organer.



Line Thousig Sehested i gang med at forklare med tegninger, hvad nyren laver (her en illustration af de røde blodlegemer).

Line Thousig Sehested var en af underviserne på nyreskolen, der blev afholdt i starten af maj 2022 på Rigshospitalet. Ud over Line deltog også overlæge Ida Marie Schmidt, sygeplejerskerne Pernille, Susanni og Anja fra nyreambulatoriet og socialrådgiver Rebecca.

Læring i børnehøjde

For at sikre, at undervisningen var i børnehøjde og let at forstå for børnene, blev der brugt både dukker med aftagelige organer og tegninger af de gener, børnene kan opleve som konsekvens af sygdommen fx svære hævelser af ben, ansigt og mave.

Til slut på dagen skulle børnene med hjælp fra personalet i det kreative værksted SMILET tegne sig selv på en stor planche og farvelægge, dekorere og placere vitale organer som nyrer og hjerte på tegningen for at få en visuel og håndgribelig forståelse for sygdommen og ikke mindst medicinens betydning.

En legende tilgang

Medicinens betydning blev illustreret ved at børnene skulle samle en 'nyre' og ryste små perler ovenpå en si med et grønt filter i, som illustration af medicinens effekt med at gøre nyren tæt igen.

Denne aktivitet var udtænkt og planlagt i samarbejde med medarbejdere fra Rigshospitalets kreative værksted SMILET, og målet var at sikre forståelse af medicinens virkning på en legende måde.

Line Thousig Sehested forklarer

- Formidling af viden om sygdomme til børn i alderen 2-9 år kan være en udfordring, men gennem leg og tegninger kan viden om kroppen opleves og sanses på en god måde. Tegneøvelserne giver samtidig mulighed for at give barnet et sprog for nogle af de ting de gennemgår. Derfor er vi meget taknemmelige for, at personalet i SMILET stod i spidsen for en workshop/tegneleg med børnene om nyrernes funktion og medicinens betydning. Vi ser det som en forberedelse til Mary Elizabeths Hospital, hvor der er ekstra fokus på den legende tilgang til børn, og nyreskolen kan vise sig at være et godt eksempel på en måde at gøre undersøgelser og besøg på hospitalet til en bedre oplevelse, siger Line Thousig Sehested.

Nyreskolen gentages i september 2022.

Evalueringerne af den første nyreskole for børn med nefrotisk syndrom har været positive. Ifølge tovholder Line Thousig Sehested tilkendegav de familier, der deltog i nyreskolen, stor glæde ved at kunne komme på hospitalet, uden at det var forbundet med stik og undersøgelser.

Forældrene nævnte ifølge Line bl.a., at de var meget glade for både forklaringerne om sygdommens virkning på kroppen og medicinens virkning og bivirkning, og de havde stor gavn af at høre gode råd og erfaringer fra andre forældre med børn, som er længere henne i sygdomsforløbet.

Næste nyreskole for børn med nefrotisk syndrom og deres familier afholdes i slutningen af september.

Et tværfagligt undervisningsteam

Ud over læger og sygeplejersker med specialviden om nyresygdomme medvirkede også socialrådgiver Rebecca Øst i nyreskolen. Hun stod til rådighed for at svare på spørgsmål fra forældre, mens børnene var travlt optagede af at tegne og lege med 'nyretegninger'.

Diplom

Alle børn, der deltog i Nyreskolen fik et flot diplom med hjem som afslutning på dagen. ■

Artiklen er venligst udlånt af Rigshospitalet og oprindeligt bragt i JMC-nyt og på Rigshospitalets hjemmeside

Forfatter: Linda Svenstrup Munk
 Presse- og Kommunikationsrådgiver
 Juliane Marie Centret og Børneriget
 Rigshospitalet
 Tel: 22966898, linda.svenstrup.munk@regionh.dk

BOGANMELDELSE

En boganmeldelse til "Børne- og Ungesygeplejersken" honoreres med bogen. "Fagligt Selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge" annoncerer bøger i "Børne- og Ungesygeplejersken", der kan anmeldes, men hvis du kender til en bog, du gerne vil anmelde, kan du kontakte Lena Wittenhoff, som så vil forsøge at skaffe bogen til dig. Bogen skal anmeldes til bladet indenfor det næste halve år.

Vejledning til hvordan du kan opstille anmeldelsen:

- Bogens fulde titel.
- Forfatteren eller forfatternes fulde navn/navne.
- Hvilket år den er udgivet og evt. udgave
- Antal sider.
- Prisen på bogen
- Forlagets navn.
- Anmelderens navn, titel og hvor du arbejder.

Selve anmeldelsen skal være en kort beskrivelse af bogens indhold:

- Hvem henvender bogen sig til.
- Hvor er den relevant eller spændende for vores fag.
- Beskriv gerne et enkelt kapitel eller seance som du finder spændende.

Anmeldelsen må max. fylde en A4 side. Anmeldelsen sendes på mail til lena.wittenhoff@rsyd.dk. Vil du ikke anmelde bogen alligevel, skal du sende den tilbage eller betale prisen for bogen.

Har du spørgsmål, er du velkommen til at kontakte:

lena.wittenhoff@rsyd.dk

IND- OG UDMELDELSE

Kære kollega

Jo flere vi er jo stærkere er vores stemme og dermed mulig indflydelse. Så hvis du kender en kollega, der har lyst til at være med i det faglige selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge, så er her lidt information til ham eller hende om, hvordan man melder sig ind. Tak for hjælpen!

Du skal tilmelde dig gennem DSR's hjemmeside: **DSR.dk**

Log ind, vælg **faglige selskaber** og find:

Sygeplejersker der arbejder med børn og unge. Der er en bjælke, der hedder: **Bliv medlem.** Eller direkte på: **www.dsr.dk/fs/fs7**

KONTINGENTET ER KR. 300 ÅRLIGT

Ved indmeldelse efter 1. oktober er medlemskab indtil førstkommende 1. januar gratis.

Hvis du ikke længere ønsker at være medlem af "Fagligt Selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge" foregår udmeldingen også igennem DSR's hjemmeside.

Forfattervejledning

TIL FAGLIG ARTIKEL I "BØRNE- OG UNGESYGEPLEJERSKEN"

Indholdet skal være relevant for sygeplejersker, der arbejder med børn og unge i klinisk praksis.

Forfatternavn(e), titel, arbejdssted og gerne kontaktoplysninger som f.eks. e-mail skal fremgå umiddelbart under overskriften.

- Der skal være en overskrift.
- Der skal være en lille metatekst til indledning.
- Artiklen må gerne være opdelt i mindre afsnit med underoverskrifter.
- Der må meget gerne medfølge fotos eller grafer/kurver/tabeller afhængig af artiklens formål. Ved foto er artiklens forfatter ansvarlig for at indhente tilladelse fra eventuelle personer på fotografierne.
- Alle fotos eller grafikker skal vedhæftes som selvstændige, originalfiler i fx jpg, png, tiff eller eps. Billeder i word kan ikke trykkes.
- Hvis der henvises til teorier, andre faglige artikler eller lign. skal dette fremgå af eventuelle henvisninger i artiklen til en litteraturliste.
- Der må gerne være en litteraturliste til inspiration for læseren.

Der er ikke krav til minimum eller maksimum antal tegn/ord. Omkring 4.500 tegn med mellemrum svarer til en side i bladet.

Honorar: 400 kr. pr. 4.500 tegn med mellemrum medmindre den faglige artikel er en del af en aftale for f.eks. udbetalt legat.

Der ydes max. 2.000 kr. for en artikel.

Litteraturliste, tabeller og lignende tæller ikke med i antal tegn.

FAGLIGT SELSKAB FOR SYGEPLEJERSKER
DER ARBEJDER MED BØRN OG UNGE



Gå på opdagelse i det nye gennembrud inden for bolustilførsel!

Hos Nestlé Health Science har vi en lang historie af banebrydende innovation og tradition for nytænkning.

Vi er stolte af at kunne tilbyde SimpLink™, det første system til øjeblikkelig bolustilførsel, gældende for Isosource® Mix, Isosource® Protein Fibre, Isosource® Junior Mix og Peptamen® Junior Advance.

Ved hjælp af SimpLink™ kan du øge pålideligheden og selvstændigheden omkring næringstilførsel for dine patienter, med en løsning som er både fleksibel og nem at bruge.

TILSLUT
& TILFØR

MERE FRIHED
FOR PATIENTER
& PERSONALE

FOR BØRN
& VOKSNE

