

BØRNE- OG UNGESYGEPLEJERSKEN

Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge



BØRNS OPLEVELSER AF EN INDLÆGGELSE

De sætter børns hjerte og lunger på standby
Smart kamera sparer børn for fuld narkose



ANNONCE

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" - og udkommer 3 gange årligt, i marts, juni og november måned.

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. Det skal være redaktøren i hænde den 1. i månederne februar, maj og oktober. 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 Publishing
Kontakt: Mads Koefoed
Tlf. 31 31 03 83 / mads@brownfox.dk

*Kære medlemmer*

HER FRA REDAKTIONEN skal der også lyde et stort ønske om et godt nytår.

Foran jer ligger nu det først blad ud af 3 i 2021. Dette blad vil indeholde spændende artikler og beskrivelser af nogle nye projekter, der kan være med til at gøre en forskel for de børn og unge, som vi alle passer i hverdagen.

Igen i år vil vi i redaktionen gøre alt, hvad der står i vores magt til at formidle nye projekter, viden og spændende artikler samt offentliggøre kurser og konferencer både nationalt og internationalt.

Vi synes selv, at vi har fået et spændende fagblad igennem årene, men vi har fortsat et stort behov for jeres hjælp med at sende enten artikler, små gode historier, beskrivelse af projektarbejde i for eksempel Landet Rundt eller bare debattere eller ytre jeres mening og holdning. Vi ved, at I alle gør en kæmpe indsats i det daglige, og vi vil bare gerne dele jeres gode ideer, input eller historier med alle de andre gode kollegaer rundt om i landet. Derfor skriv til én af os i redaktionen eller ring til os, hvis det er nemmere.

Dette nummer omhandler en beskrivelse af udvikling af ECMO-behandlingen i anledningen af 25-års jubilæum for dette behandlingstilbud i Danmark. En artikel om *nudging* - et kærligt puf i den rigtige retning, Beskrivelse af et spændende og meget relevant Ph.d.-projekt om pædiatrisk delirium. En bachelor-opgave om børns oplevelser af en indlæggelse på en pædiatrisk afdeling. En artikel om unge, der udvikler Multi Inflammatory Syndrom in Children (MIS-C) som følge af en tidligere positiv corona smitte. I landet rundt vil I kunne læse om en tværfaglig organisation af sundhedsprofessionelle med interesse i det sunde og trygge børneliv og til slut i Den gode Historie, en beskrivelse af hvordan et smart kamera kan spare børn for fuld narkose, når de skal scannes.

Vi fra redaktionen ønsker jer rigtig god læselyst og glæder os til at modtage både store og små skrivelser fra jer til fortsat at gøre fagbladet spændende og interessant læsning.

De bedste hilsner

Kirsten Krone Reichl

Indhold

NYT FRA BESTYRELSEN

- 03 Redaktøren har ordet
- 05 Nyt fra bestyrelsen
- 06 Nordisk og europæisk samarbejde

FAGLIGE ARTIKLER

- 08 De sætter børns hjerte og lunger på standby
- 14 Vi kan blive bedre til at identificere unge med delirium
- 16 Børns oplevelser af en indlæggelse – på en pædiatrisk afdeling
- 23 Læger skal holde øje med en sjælden komplikation til infektion med coronavirus hos børn og unge
- 26 Nudging: "Et kærligt puf i den rigtige retning"

DIVERSE

- 28 Landet rundt
- 30 Den gode historie



FORMAND:

Ida Karina Thorsteinsson

Ida.Karina.Thorsteinsson@regionh.dk

Tlfnr: 2714 9500

Børneafdelingen, Amager og Hvidovre Hospital



NÆSTFORMAND:

Karin Bundgaard

Karin.bundgaard@rsyd.dk

Tlfnr: 4087 5623

Børne- og Ungeafdeling, Kolding sygehus, SLB



KASSERER:

Anette Østerkjerhuus

akos@regionsjaelland.dk

Tlfnr: 2712 5870

Børneafdelingen, Slagelse

BESTYRELSESMEDLEMMER:



Lene Birkner Nielsen

lednie@rm.dk

Tlfnr: 2245 2463

Børn og Unge Regionshospitalet, Viborg



Eva Juhl Hansen

Eva.juhl.hansen@rsyd.dk

Tlfnr: 2811 9565

Børne og ungeafdelingen sydvestjysk sygehus, Esbjerg



Lena Wittenhoff

Lena.wittenhoff@rsyd.dk

Tlfnr: 2234 7839

FAM skadestue, Åbenraa sygehus



Kirsten Krone Reichl

Kirsten.krone.reichl@regionh.dk

Tlfnr: 5122 6421

Semi intensiv Børne-ungeafdeling 5061 Rigshospitalet, København



Anette Lund

anette.lund@rsyd.dk

Tlfnr: 65412125

H.C. Andersens Børne- og Ungehospital, Odense

Kære medlemmer

SÅ ER 2021 allerede godt i gang, og mens vi i Danmark de seneste uger har nydt det dejlige lys, som sneen giver, ligger Corona-restriktioner stadig som en stor udfordring for os alle.

På landets hospitaler er hverdagen påvirket på mange områder, kollegaer der er i beredskab, nogle flyttet på andre afdelinger, kollegaer, der har været og er syge grundet virussen, utryghed for at smitte og blive smittet, ubehaget af brug af værnemidler og spredning af både Covid-19 og varianter af denne.

På børne- og ungeafdelingerne er udfordringerne præget af restriktioner af begrænset fremmøde af pårørende, podninger af forældre og børn/unge, udfordringer ved at skabe kontakt, hvis personalet bærer mundbind og mange andre ting.

I bestyrelsen for Det faglige selskab for sygeplejersker, der arbejder med børn og unge, arbejder vi på trods af restriktioner fortsat på at skabe fokus på, at vi som børne-ungesygeplejersker gør os gældende, hvor vi kan. Det betyder, at vi deltager i DASYS møder. DASY er en paraplyorganisation for de sygeplejefaglige selskaber i Danmark. For børne- og ungesygeplejen betyder det, at vi har mulighed for at kommentere på høringer vedr. børn og unges pleje og behandling og indstille forskellige sygeplejersker til arbejdsgrupper og råd og nævn under bl.a. Sundhedsstyrelsen.

Vi deltager i specialeplanlægningen for pædiatri og samarbejder med over- og udviklingssygeplejersker inden for landets børne- og ungeafdelinger om at få en specialuddannelse til sygeplejersker der arbejder med børn og unge.

Bestyrelsen var nødt til i 2020 at aflyse den planlagte temadag, men vi arbejder på at afholde den i 2021. Temaet er stadig *Ernæring til akut og kronisk syge børn og unge*. Og så snart det er realistisk, vil vi planlægge temadagen, og vi glæder os til igen at kunne mødes med en masse andre sygeplejersker, der, som os, brænder for den pædiatriske sygepleje.

Vi vil opfordre jer til at besøge vores hjemmeside **børne-og-ungesygeplejersken.dk**. Her finder I spændende nyheder, podcasts og meget mere.

Pas rigtig godt på jer selv og hinanden.

Viglæder os til at høre nyt fra jer her i 2021

Ida Karina Thorsteinsson

FORMAND FOR FAGLIGT SELSKAB FOR SYGEPLEJERSKER,
DER ARBEJDER MED BØRN OG UNGE
IDA.KARINA.THORSTEINSSON@REGIONH.DK

* **HUSK**

**DEADLINE TIL NÆSTE BLAD
ER DEN 29. APRIL 2021**

*

På grund af Corona pandemi har der ikke været aktiviteter eller møder i det nordiske samarbejde i 2020.

EUROPÆISK SAMARBEJDE



DET EUROPÆISKE SAMARBEJDE har afholdt 2 online møder i 2020. Vi har brugt en del tid på at få etableret en ny hjemmeside. Men det har været tidsforbruget værd. Siden kan tilgås på denne adresse: pnae.eu/

På hjemmesiden kan du finde de emner, der diskuteres, hvilke tiltag der foretages, og hvilke studier (survey) PNAE står for. Ligeledes kan du læse referater fra møderne og komme med input til, hvad du mener PNAE skal diskutere eller komme med udtalelser omkring. PNAE arrangerer også internationale kongresser hvert 4. år. Næste kongres er 21.-22. maj 2021 og afholdes i Tartu, Estonia - se hjemmeside: pnae2020.org/

Så overvej om det er noget for dig at deltage i denne kongres.

AF KARIN BUNDGAARD,
KLINISK SYGEPLEJESPECIALIST,
KARIN.BUNDGAARD@RSYD.DK

5th PNAE
CONGRESS ON
PAEDIATRIC NURSING
21-22.05.2021
TARTU, ESTONIA



5th PNAE Congress on Paediatric Nursing has been postponed to 21-22 May, 2021!

Dear Colleagues

We are very sorry to inform you that the 5th PNAE Congress on Paediatric Congress has been postponed to 2021 due to the general concerns surrounding the COVID-19 virus and the official suggestion of the Estonian Health Board to defer all international events. As your comfort and safety is our top priority, it has been decided that this is the best course of action to give as many people as possible the chance to attend the congress without exposing them to health risks.

Registrations

All registrations that have been made so far will automatically be transferred into next year. However, if you would still like to cancel your registration, and receive a reimbursement, please e-mail the congress secretariat: pnae2021@publicon.ee not later than 11 May 2020. In this case, a 35 EUR handling fee will be subtracted from the paid sum as per the cancellation terms.

Accommodation

All hotel bookings made through the Congress accommodation system have been cancelled and reimbursed. Bookings made directly should be withdrawn by the attendee according to booking terms. Do not hesitate to contact the secretariat for assistance in case of problems.

Abstracts

We have sent an e-mail to everyone who have submitted an abstract. If you have not received one, please let us know!

Due to the postponement of the congress, we have reopened the abstract submission form and are accepting new submissions. The form is open until 30 November, 2020, and we plan to publish the final programme in January 2021.

If you wish, you can make changes to your already submitted abstract – you can retract, resubmit or update it. We ask you to let us know via e-mail if you choose to do so in order for us to take it into account and delete the current version.

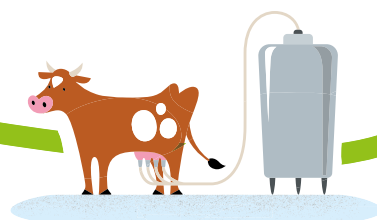
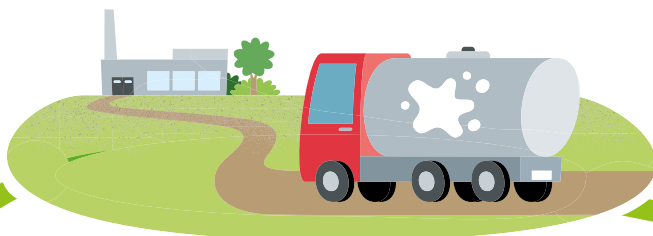
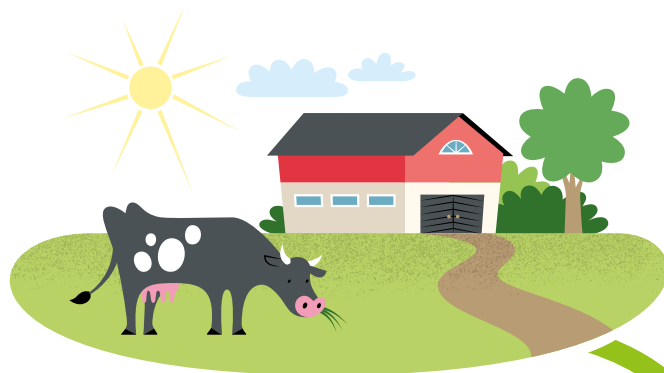
We will update you in case of new info. Until then, stay safe and we hope to see you in Tartu in 2021!

Sincerely,

Airin Treiman-Kiveste RN, MSc
Assistant of Nursing Science
Tartu University

Prof. Jane Coad
Chair, Organising Committee
Paediatric Nursing Associations of Europe

Økologisk mælk - fra aks til MiniMax®



For at kunne udvikle sig og tage del i alt det, som livet har at byde på, så har man brug for at få tilstrækkeligt med næring. Og så er smagen vigtig!

MiniMax® er baseret på økologisk mælk og med **fløde** for god smag af chokolade, jordbær og banan/abrikos. MiniMax® er ernæringsmæssigt fuldgyltig.

MUMS!



DET SKAL VÆRE GODT AT VOKSE OP

VIGTIG INFORMATION: Amning er det bedste for spædbarnet i de første måneder og skal altid vælges hvis muligt. Fødevarer til særlige medicinske formål (FSMP), der er udviklet til at dække spædbørns ernæringsmæssige behov skal anvendes under lægelig overvågning, og når alle andre muligheder inklusiv amning er prøvet. MiniMax® Børnesondeernæring og Resource® MiniMax® er fødevarer til særlige medicinske formål og skal anvendes under lægelig overvågning. Til børn med øget energibehov, undernæring, i ernæringsmæssig risiko eller væksthæmning. Kan anvendes som eneste ernæringskilde eller som ernæringstilskud fra henholdsvis 6 måneder og fra 1 år.

Kun for sundhedsfagligt personale

www.nestlehealthscience.dk

De sætter børns hjerte og lunger på standby

Rigshospitalet kan i år fejre 25. års jubilæum for ECMO-behandling af børn under 2 år. En livreddende behandlingsteknik, der sætter børns hjerte og lunger på pause ved kritisk sygdom eller hjerteoperation.

AF LINDA SVENSTRUP MUNK,
PRESSE- OG KOMMUNIKATIONSRÅDGIVER
JULIANE MARIE CENTRET OG BØRNERIGET,
RIGSHOSPITALET.
LINDA.SVENSTRUP.MUNK@REGIONH.DK

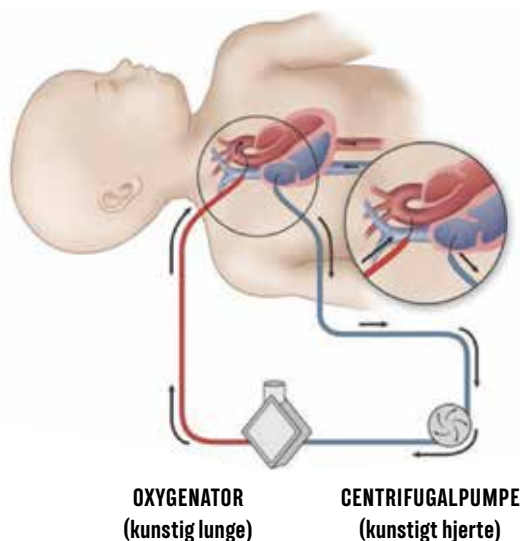
Oprindeligt bragt i IndenRigs og på
Juliane Marie Centrets hjemmeside

NÅR MAN FØRSTE gang hører om ECMO-behandling af børn under 2 år, lyder det helt utopisk: at man kan føre blodet ud af kroppen på et lille barn, ilte det i en maskine, inden det med et bliver pumpet ind i kroppen igen udenom hjertet. Barnets hjerte og lunger får dermed en tiltrængt pause, og man får mulighed for at behandle og operere på barnets hjerte, lunger, hvilket man ellers ikke har mulighed for, når patienten selv trækker vejret, og hjertet pumper løs.

Det ved man alt om på Rigshospitalet. I 2020 er det nemlig præcis 25 år siden, teknikken for første gang blev taget i brug på små børn i Danmark. Det skete i 1995 på Neonatalafdelingen, hvor en nyfødt pige med lungesvigt som den første i Danmark fik tilbudt behandlingen. Pigen overlevede takket være behandlingen, og siden da har mere end 200 børn under to år været i ECMO-behandling på Rigshospitalet. For de fleste har det været livreddende - for andre et livsvigtigt element i en operation eller behandling.

Reddede Tristans liv

En af dem er Tristan. En lille dreng på nu knapt 1,5 år. Da han var syv måneder gammel, blev han pludselig dårlig og kunne ikke få luft. Han blev indlagt på Skejby Sygehus og lagt i respirator for at få hjælp til at trække vejret. Tristan måtte dog hurtigt overføres til ECMO-behandling på Rigshospitalet, fordi luftrøret af forskellige årsager blev ved med at klappe sammen. Tristan var med andre ord ved at dø. Han blev hurtigt tilkoblet en ECMO-maskine på Skejby og hastigt overflyttet til Rigshospitalets Neonatalafdeling, der som det eneste sted i Danmark varetager højt specialiseret ECMO-behandling af børn under 2 år. Overflytningen skete i en af forsvarrets SAR-helikoptere (search and rescue) med hjælp fra ECMO transportholdet fra Karolinska, Stockholm, da Danmark endnu ikke har et dedikeret børne-ECMO transporthold.



Med plastikslanger kobles patientens blodcirkulation til en hjerte-lunge maskine, som sørger for blodcirkulationen med en pumpe (hjerte-delen) og iltning af blodet (lunge-delen).

På Neonatalafdelingen fortsatte Tristan sin ECMO-behandling, mens bl.a. børnekirurger, børnelæger, hjertekirurger og intensivister på Rigshospitalet i fællesskab lagde en plan for, hvordan de sammen kunne redde Tristan. Ved to svære operationer lykkedes det; en udposning på luftrøret blev fjernet, og Tristan fik sat suturer i bindevævet på ydersiden af luftrøret som en slags 'barduner', som holder luftrøret åbent, indtil det med tiden stabiliserer sig selv.

Forbilledligt tværfagligt samarbejde

ECMO-behandlingen af de syge nyfødte og børn op til 2 år sker som Tristans historie viser, i et tæt samarbejde mellem en lang række specialister og fagpersoner på Rigshospitalet, som alle er uundværlige for at lykkes med behandlingen. Det var også noget, som Tristans forældre bed mærke i og er taknemmelige for. De fortæller det på følgende måde:

- At se så mange læger og kirurger samarbejde om et lille barn var fuldstændig fantastisk, og det er noget både vi og vores familie nævner hver gang samtalen falder på Tristans forløb på Rigshospitalet. Særligt mærkede vi til det, da beslutningen om at tage Tristan af ECMO skulle tages. Her samledes omkring 10 læger, sygeplejersker og kirurger fra Neonatalafdelingen og Thoraxkirurgi for fodenden af Tristans seng og vendte i fællesskab, hvad der skulle ske, og hvad planen var, hvis det lykkedes at tage ham af ECMO - behandlingen, alt imens de stod og kiggede på vores lille dreng.

- Det var meget tydeligt at det var en svær og kompleks beslutning der skulle tages. Men trygheden for os var at se at der stod en stor flok både professionelle og yderst kompetente mennesker bag beslutningen.



FAKTA OM ECMO- BEHANDLING AF BØRN I DANMARK

Al ECMO-behandling af børn i Danmark er siden 2016 samlet på Rigshospitalet. Børn under 2 år, herunder nyfødte, behandles ved Neonatalafdelingen. Børn i alderen 2-18 år behandles på Thoraxanæstesiologisk klinik. Siden 1995 har i alt 208 nyfødte og børn under 2 år været i ECMO-behandling på Rigshospitalet (opdateret per ultimo oktober 2020), og antallet svinger fra år til år: der var således 2 børn under 2 år i ECMO-behandling i 1995, 20 i 2018 og 15 i 2019. 2/3 af ECMO-børnene i årene 2019 – 2020 var nyfødte, resten var småbørn (fra 28 dage til ca. 2 år).

ECMO-behandlingen bruges især til patienter med medfødte eller erhvervede hjertesygdomme, både før og efter hjerteoperation. Stigningen i antallet af børn i ECMO-behandling hænger således tæt sammen med, at alle hjerteoperationer af børn i Danmark blev samlet på Rigshospitalet i 2016.

1950'ERNE

ECMO-teknikken udvikles og bruges til hjerteoperationer og senere intensiv behandling

1972

Den første hjerte-lunge-bypass under hjerteoperation på et toårigt barn gennemføres i Californien

1975

Verdens første ECMO-behandling på et nyfødt barn med lungesvigt

1988

Den internationale organisation for ECMO, kaldet ELSO, etableres

1995

Professor Gorm Greisen og hans kollega Ole Pryds ved Rigshospitalets Neonatalklinik afprøver teknikken på grise. Specialister fra Londons Great Ormond Street Children's hospital (GOSH) kommer til Danmark for at oplære kirurger, neonatologer og sygeplejersker. I september 1995 bliver det første barn ECMO-behandlet i Danmark på Rigshospitalet.

- Det tværfaglige samarbejde så vi gang på gang igennem hele forløbet, som endte med at involvere flere afdelinger, læger og kirurger. Vi var meget fascineret af den måde at arbejde på. Og ikke mindst utroligt taknemmelige for, at man formåede det, da det spillede en stor rolle i kampen om at redde Tristans liv, fortæller Tristans forældre, Thomas og Emma.

En livreddende, men risikabel behandlingsmetode

Uden ECMO-behandlingen ville Tristian ville formentlig ikke have overlevet, og selv om det ikke er alle børn på ECMO, der har et så kompliceret forløb som Tristan, er ECMO-behandling af så små børn ofte en behandlingsmetode, man kun bruger ved hjerteoperationer eller ved lungeinfektioner eller andre tilstande, der belaster lunger og hjerte, og hvor der ikke er andre behandlingsmetoder tilbage. Det fortæller overlæge Simon Trautner, der sammen med intensiv sygeplejerske Lene Brage-Andersen udgør det tværfaglige ledelsesteam af ECMO-funktionen på Neonatalafdelingen:

- ECMO-behandling er en unik behandlingsform, der giver mulighed for at sætte hjerte og lunger på stand by, hvorved organerne aflastes, så de hurtigere kan vende tilbage til normal funktion. Men der er nogle helt andre risici forbundet med metoden, end det man fx ser ved respiratorbehandling. Det værste er risikoen for hjerneblødning eller blodpropper under ECMO-behandlingen. Men når der er styr på dette, er ECMO behandling en potentielt livreddende behandling for nyfødte og større børn, som ikke ellers ville kunne overleve, forklarer Simon Trautner

Når et barn under to år skal i ECMO-behandling, kræver det meget avanceret udstyr og højt specialiseret personale 24 timer i døgnet. Det forklarer intensiv sygeplejerske Lene Brage-Andersen - der på skift sammen med intensiv sygeplejerske Trine Ryborg står stand by døgnet rundt i forhold til at håndtere sygeplejeopgaven ved behandlingen:

- Når et barn under to år skal 'på ECMO' smider ECMO-holdets sygeplejersker alt, hvad de har i hænderne og flytter rundt på vagter, så der kan sidde en specialiseret sygeplejerske døgnet rundt med ansvar for ECMO-maskinen. Det er meget ressourcekrævende, og kræver stor fleksibilitet fra holdet. Det er samtidig en intensiv sygeplejerske med ansvar for barnet på stuen. Barnets værdier skal overvåges, og man skal sikre sig, at maskinen kører hele tiden. Når børnene er så små og har så små vener og blodkar, kan tingene ændre sig på et splitsekund. Hvis barnet f.eks. Bliver for vågent og bevæger sig, kan det være nok til, at maskinen ikke vil køre, eller der er fare for, at katetre og slanger løsner sig. Og så skal der reageres hurtigt", forklarer Lene.

Fra hjerteoperationer til multiorgansvigt

ECMO-teknikken stammer fra 1950'erne, hvor man brugte metoden til det, der kaldes hjerte-lunge bypass. Ved denne metode kan man holde patienterne i live under hjerteoperationer og sætte hjertet i stå uden at patienten dør. Dette er nødvendigt, hvis man skal operere f.eks. en hjerteklappforsnævring eller lukke huller i hjerteskillevæggene. Teknikken går ud på, at man med plasticslanger kobler patientens blodcirkulation til en hjerte-lunge maskine, som under operationen sørger for patientens blodcirkulation med en pumpe (hjerte-delen) og iltning af blodet med en særlig membran (lunge-delen). Så længe maskinen kører, behøver hverken hjerte eller lunger at fungere, idet deres funktion er helt overtaget af maskinen.

Senere blev teknikken udviklet til også at omfatte patienter, som på grund af hjerte- eller lungesvigt ikke kunne holdes i live med "alminde-

lig" intensiv behandling, herunder respiratorbehandling og hjertestimulerende medicin. I 1972 gennemførte man internationalt den første behandling af en patient med lungesvigt efter en ulykke, og hvor behandlingen foregik på en sengestue. Samme år gennemførte man i Californien første gang hjerte-lunge bypass under hjerteoperation på et 2-årigt barn. For at adskille de to måder at behandle har man valgt fortsat at kalde det for hjerte-lunge bypass, når det foregår under en hjerteoperation, og ECMO (Extra-korporal membran oxygenering), når det foregår uden for operationsstuen, dvs. på en intensiv sengestue.

I 1975 gennemførte man for første gang i verden ECMO-behandling på et nyfødt barn med lungesvigt. Som med alle nye teknikker var der i starten mange faglige bekymringer ved metoden, men langsomt vandt ECMO indpas i flere centre rundt om i verden. I 1988 var metoden så udbredt, at den internationale organisation for ECMO, kaldet ELSO, blev etableret, og siden da har man forfinet teknikken.

I Danmark fulgte professor Gorm Greisen og hans kollega Ole Pryds ved Rigshospitalets Neonatalklinik nøje udviklingen i udlandet, og i 1995 besluttede de sig for, at tiden var kommet til at afprøve teknikken. Først på grise, for at se om det var sikkert. Et hold specialister fra Londons Great Ormond Street Children's hospital (GOSH) kom til Danmark for at oplære kirurger og neonatologer, og i september 1995 blev det første barn ECMO behandlet i Danmark på Rigshospitalet; den nyfødte pige, der blev beskrevet ovenfor.

Lene Brage-Andersen var med til den første ECMO-behandling i 1995, og hun husker det tydeligt:

- Da hjertekirurgerne havde fået sat kanylerne korrekt på barnet, og alle slanger og maskiner var koblet til, sad vi to sygeplejersker alene på stuen med barnet og skulle overvåge maskinen og barnets tilstand. Vi sad fuldstændig stive af skræk og stirrede på maskinen og turde næsten ikke bevæge os af frygt for, at noget skulle ske. Vi følte et stort fagligt og menneskeligt ansvar og samtidig havde vi nok en del ærefrygt overfor denne nye teknologi - vi havde trods alt kun haft ca. 2 timers oplæring fra holdet fra London. Og det værste var, at der var ingen andre med erfaring, som man kunne hente hjælp hos, hvis der skete noget, husker hun.

Behandlingen gik heldigvis godt og barnet overlevede. I de følgende år var det mest nyfødte, der blev behandlet med ECMO. Særligt de børn, der som den første pige var født med lungesvigt efter en svær fødsel, hvor barnet pga. stress havde haft afføring i fostervandet og efterfølgende

inhaleret det (neonatalt mekonium aspirations syndrom). Derudover blev børn med medfødt mellemgulvsbrok også behandlet med ECMO. I årene efter blev børn med andre problemstillinger behandlet, efterhånden som man kunne se, at det også kunne gavne dem.

På Rigshospitalet bruges ECMO-behandlingen således i dag - som det eneste sted i Danmark - til behandling af nyfødte og børn under 2 år, der er så syge, at de ikke kan overleve ved brug af de traditionelle metoder som fx respiratorbehandling og kredsløbsstabiliserende behandling. Det gælder fx børn med lungemisdannelser, lungesygdomme og -infektioner.

Man er som noget helt nyt også begyndt at bruge behandlingen til børn med flere svigtende organer ved fx kræftsygdomme.

På højeste internationale niveau

- Det er desværre ikke alle børn, der overlever, trods ECMO-behandling, men Rigshospitalets resultater på området ligger fuldt på højde med andre



SILENTIA SKÆRMSYSTEM

Oplev med StoryPanels™




»Et billede siger mere end tusind ord.« Det kan ligefrem have en helbredende, beroligende og stimulerende virkning. Derfor har Silentia udviklet StoryPanels, som er en ny funktion i Silentia Skærmsystemet og et stærkt værktøj til sundheds-personale, patienter og deres familier.

Bestil en online demonstration eller book tid for en gratis fremvisning
 hos jer på telefon 39 90 85 85 eller
 mail info@silentia.dk



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

europæisk lande, og vi skal være stolte af udviklingen og de danske resultater på området, siger ledende overlæge i Neonatalafdelingen, Morten Breindahl:

- ECMO-behandling af små børn er en højrisikabel procedure, som vi fortsat kun vælger, når vi står med ryggen mod muren, og alle andre behandlingsmuligheder synes udtømte. Udover de store tekniske udfordringer, skal vi også have hjertet og fornuften med i vores overvejelser, når vi sammen med forældrene drøfter, om der er en rimelig chance for, at deres barn kan overleve til et liv med en god livskvalitet.

- Beslutning og opstart af ECMO-behandling er altid et kapløb med tiden, og vores stærke tværfaglige og tværprofessionelle samarbejde med de andre specialer på Rigshospitalet er afgørende vigtigt for, at vi træffer de rigtige valg.

- Når først, vi "går på ECMO", skal de rette ressourcer være til stede døgnet rundt, og denne behandling kræver derfor en koordineret indsats fra alle faggrupper, som bogstaveligt talt kaster alle andre prioriteter til side for at hellige sig denne særlige opgave. Som leder af afdelingen er det en ubeskrivelig glæde at opleve kollegernes entusiasme og vilje til samarbejde, som jeg ser hver eneste gang, vi forsøger at redde endnu et lille liv.

- Desværre er det ikke alle børn, der overlever deres sygdomsforløb, og ECMO er ikke en risikofri behandling. Vi kan dog være stolte over, at knapt 65 % af alle vores små patienter overlever. Dette resultat er helt på niveau med ELSON's internationale opgørelser.

- Personligt er jeg sikker på, at ECMO-behandling i fremtiden vil blive mere udbredt i takt med, at teknikken bliver mere forfinet, og gruppen af patienter, som tilbydes ECMO vil med stor sandsynlighed udvides yderligere. Sideløbende hermed vil vores faglige, men også moralske og etiske (ud)fordringer øges i en konstant bestræbelse på at gøre mest mulig godt og mindst mulig skade, slutter Morten Breindahl.

Forbilledligt tværfagligt samarbejde

ECMO-behandlingen af de syge nyfødte og børn op til 2 år sker i et tæt samarbejde mellem en lang række specialister og fagpersoner på Rigshospitalet, som alle er uundværlige for at lykkes med behandlingen:

- Neonatalafdelingens Børne-ECMO Team af specialuddannede ECMO-sygeplejersker og speciallæger, med særlig uddannelse i intensiv behandling, står for stabi-

lisering inden ECMO-behandling, selve ECMO-behandlingen og anden intensiv pleje og behandling under hele indlæggelsen

- Perfusionisterne står for opsætning og vedligeholdelse af udstyret under ECMO-behandlingen.
- Blødningsvagten hjælper med rådgivning om sammensætning af blodkomponenter og om forebyggelse og behandling af blødnings- og blodpropskomplikationer under behandlingen.
- Thoraxanæstesiologerne er specialister i at håndtere og stabilisere især børn med alvorlige cirkulationsproblemer, såsom hjertesvigt, inden de kobles til ECMO-maskinen, da de også varetager ECMO-behandlingen af større børn og voksne på Rigshospitalet
- Børnekardiologerne vurderer løbende barnets hjerte og cirkulation og bidrager til en mere optimal cirkulationsunderstøttende behandling
- Thoraxkirurgerne etablerer de rør, der fører blodet til og fra barnet og ECMO-maskinen og fjerner dem igen, når ECMO-behandlingen er overstået. Ligeledes står de til rådighed ved komplikationer, og har barnet behov for operation i hjertet, er dette også deres spidskompetence

Simon Trautner mener som Tristans forældre, at samarbejdet er helt unikt

- På mange måder er dette højt specialiserede og komplekse, tværfaglige og tværdisciplinære samarbejde omkring de meget forskellige pædiatriske ECMO-patienter en rollemodel for tværprofessionelt samarbejde, fortæller Simon Trautner. Han mener at samarbejdet kan bruges som model for samarbejdet i det nye Børnehospital, BørneRiget på Rigshospitalet, som forventes at stå klar i 2025.

- Vi gør alt, hvad vi kan, for at udnytte vores mangeårige erfaringer med tværfagligt og tværsektorielt samarbejde omkring ECMO-behandling af små børn på vej ind i BørneRiget. Dette konkrete fagprofessionelle område er helt i tråd med vores vision for BørneRiget om, at eksperterne kommer til patienten - og ikke omvendt, fortæller Simon Trautner.

Også Jakob Gjedsted, overlæge i thoraxanæstesiologi og teamleder for børne-ECMO-funktionen i Hjertecentret roser samarbejdet på tværs af faggrænser og professioner.

- Vi har et rigtig godt samarbejde på tværs af hospitalet på dette område. Vi står med ECMO-maskinerne hver dag, og Neonatalafdelingen står med de små hver dag, og vi er ikke bange for at spørge hinanden til råds og bruge hinandens erfaringer.

Jakob Gjedsted husker også godt Tristan:

- Når man modtager et barn, der er så dårligt som Tristan var, glemmer man det ikke lige med det samme. Og det var ikke bare en lille lungebetændelse, der skulle behandles. Det var et forløb, hvor vi ud over dem, der plejer at være med, også skulle have både abdominalkirurger og øre-næse-halsspecialister med inde over, for at kunne finde ud af, hvad der var i vejen. Og det er jo netop det vi kan her i 'huset', understreger Jakob. - vi har alle specialer, og vi skal ikke have nogen ind udefra for at klare selv sådan en tilstand som den, Tristan var i, slutter han. ■

Hjælper dig til at støtte mødre

Kundskaber bragt til dig gennem evidensbaseret forskning

Som førende fortalere for modermælk, arbejder vi tæt sammen med anerkendte forskningsinstitutter og vi lytter til vores kunder og slutbrugere.

Vi fremstiller en række innovative produkter og tjenester med et omfattende træningsmateriale, for at sikre at du finder den mest passende løsning for alle mødre.

Kontakt info@medela.dk for undervisning og information

Læs mere på:
medela.dk/undervisningsmateriale

medela 



VI KAN BLIVE BEDRE TIL AT IDENTIFICERE BØRN OG UNGE MED DELIRIUM

Ph.d.-studerende Rikke Louise Stenkjær skal med en bevilling fra Novo Nordisk Fonden finde ud af, hvordan vi kan blive bedre til at opspore og undersøge muligheder for behandling af børn og unge med delirium, inden de bliver ramt af tilstanden og oplever stort ubehag.



AF LINDA SVENSTRUP MUNK,
PRESSE- OG KOMMUNIKATIONSRÅDGIVER
JULIANE MARIE CENTRET OG BØRNERIGET, RIGSHOSPITALET.
LINDA.SVENSTRUP.MUNK@REGIONH.DK

Oprindeligt bragt i IndenRigs og på
Juliane Marie Centrets hjemmeside

DELIRIUM ER EN velkendt konfusionstilstand, der ofte ses hos alvorligt syge og ældre medicinske patienter. Det er en tilstand, der kan vare fra timer til dage, hvor patienten oplever både svære kognitive forstyrrelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. I nogle tilfælde er der tale om psykoselignende symptomer.

At børn også kan lide af delirium, er ikke ny viden, men det er aldrig undersøgt nærmere i en dansk kontekst. Meget tyder på, at pædiatrisk delirium er underdiagnosticeret på grund af manglende viden og fokus på denne tilstand. Mange af symptomerne ved pædiatrisk delirium er overlappende med andre tilstande såsom smerter, ubehag og abstinenser, og derfor kan det være svært at skelne disse tilstande fra hinanden.

Det skal et nyt forskningsprojekt forankret på fem forskellige intensiv- og specialafdelinger på Rigshospitalet lave om på. Ph.d.-studerende Rikke Louise Stenkjær fra Neonatalafdelingen skal i et nyt forskningsprojekt undersøge problemets omfang i en dansk kontekst samt undersøge forebyggelses- og behandlingsmuligheder. Projektet er støttet af Novo Nordisk Fonden med 580.000 kr.

I projektet skal Rikke Louise Stenkjær oversætte og validere et screeningsredskab og beskrive forekomsten af delirium hos kritisk syge børn i alderen tre måneder til 18 år. Derudover skal hun beskrive, hvordan forældrene oplever det at blive inddraget i vurdering af delirium hos deres eget barn. Formålet er at udvikle en

FAKTA OM DELIRIUM HOS BØRN OG UNGE (PÆDIATRISK DELIRIUM) OG BAGGRUNDEN FOR PROJEKTET

Den rapporterede forekomst af pædiatrisk delirium er 13-56% og meget tyder på, at pædiatrisk delirium er underdiagnosticeret på grund af manglende viden og fokus på denne tilstand.

Referencestandarden for diagnosticering af delirium hos både børn og voksne er en psykiaters vurdering ud fra DSM¹-V kriterierne. DSM er det amerikanske diagnose- og klassifikationssystem der beskriver de kriterier, der skal være opfyldt for at diagnosen delirium kan stilles. Mange af symptomerne ved pædiatrisk delirium er overlappende med andre tilstande så som smerter, ubehag og abstinenser, hvorfor det kan være svært at skelne disse tilstande fra hinanden ud fra et fagligt skøn.

Derfor er der behov for gode redskaber til at identificere og skelne mellem disse tilstande. Stringent anvendelse af et valideret redskab til vurdering af delirium giver et fælles tværfagligt grundlag for vurdering og afrapportering. Det bliver tydeligt for forældre såvel som sundhedsprofessionelle, hvad det er der observeres, hvornår delirium er til stede samt om igangsat behandling har nogen effekt.

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

non-farmakologisk intervention til at forebygge og reducere delirium hos børn med.

Målet er, at læger og sygeplejersker i et tæt samarbejde med forældrene bliver gode til at opdage begyndende delirium hos børn så hurtigt som muligt, så det er muligt at sætte ind med en forebyggende indsats.

Som forældre er det meget skræmmende at opleve, hvis ens barn opfører sig markant anderledes, har ubehag og måske vrangforestillinger. Ofte er forældrene slet ikke forberedte herpå og ved derfor ikke, hvordan de skal agere. Det fortæller Rikke Louise Stenkjær:

- Mange forældre oplever, at de pludselig ikke kan genkende deres barns adfærd, når barnet får delirium. De bliver bekymrede for, om deres barns hjerne er skadet, og om barnet nogensinde bliver sig selv igen. Vi har talt med forældre, der troede deres barn var blevet hjerneskadet, fortæller Rikke Louise Stenkjær.

Målet er, at forældrene skal involveres hele vejen i projektet og oplæres til selv at kunne bruge screeningsredskabet.

- Forældrene er dem, der kender deres barn bedst. Vi tror derfor, at de bedre kan vurdere deres barns mentale tilstand end de sundhedsprofessionelle, der ikke kender barnet fra før indlæggelsen på intensiv afdeling. Sygeplejerskerne vil lære forældrene at anvende screeningsredskabet og vurdere nogle fastlagte elementer som øjenkontakt, angst, uro og manglende opmærksomhed ved barnet. Dette skal hjælpe både forældre og sundhedsfaglige med at vurdere graden af delirium, og skaber desuden mulighed for, at sundhedsprofessionelle og forældre bruger det samme sprog herom og dermed bedre kan samarbejde om at give den bedste behandling til barnet/den unge, forklarer Rikke Louise Stenkjær.

Novo Nordisk Fonden støtter projektet med 580.000 kr. Projektet startede 1. juni og indtil nu er der allerede gennemført en grundig oplæring af sygeplejersker og læger på de 5 afdelinger i anvendelsen af screeningsredskabet. Endelig er der også udført en pilotfase med 50 børn.

I januar 2021 starter inklusion af 140 børn til projektet. Både Neonatalafdelingen, semi-intensivt børneafsnit 5061, børnehjerteafdelingen 4144 og intensivt afsnit 4131 samt 4141 er en del af projektet.

Studiet er et interventionsstudie, som er opdelt i tre dele:

1. Forekomsten af delirium hos danske børn og unge
2. Udvikling af en intervention til forebyggelse og mindskning af delirium
3. Forældreinddragelse



BØRNS OPLEVELSER AF EN INDLÆGGELSE

– På en pædiatrisk afdeling



ILLUSTRATION: ANNA PIPALUK MUNK, SYGEPLEJERSKE

LOUISE ZIMMER CLAUSEN, SYGEPLEJERSKE PÅ SEMI-INTENSIVT AFSNIT FOR BØRN OG UNGE, RIGSHOSPITALET. LOUISE.ZIMMER.CLAUSEN@REGIONH.DK

MAJA MOSEGAARD JENSEN, SYGEPLEJERSKE PÅ NEONATAL AFDELINGEN, RIGSHOSPITALET. MAJA.MOSEGAARD.JENSEN.01@REGIONH.DK

MARIA THANH MØLLER THOMSEN, SYGEPLEJERSKE PÅ SEMI-INTENSIVT AFSNIT FOR BØRN OG UNGE, RIGSHOSPITALET. MARIA.THANH.MOELLER.THOMSEN@REGIONH.DK

INDLEDNING

På pædiatriske afdelinger bliver der lagt stor vægt på den familiecentrerede pleje, herunder involvering af forældrene. I den høje grad af forældreinvolvering kan opmærksomheden dog i nogle tilfælde blive taget fra barnet.

Der blev i 2013 på vegne af regionerne gennemført en Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser i pædiatrisk regi ⁽¹⁾.

Denne omhandlede patienter i alderen 0-19 år og deres oplevelser af pleje og behandling i sundhedsvæsenet. I Region Hovedstaden oplevede 87,1 %, at deres pårørende blev inddraget i passende grad, og på landsplan var det 89,8%. Dog oplevede 26,6 % af børnene på landsplan, at de ikke modtog tilstrækkelig med information omkring deres sygdom og behandlingsforløb ⁽²⁾. Undersøgelsen peger på, at de pårørende føler sig velinformeret og inddraget af sygeplejersken, mens over en fjerdedel af de indlagte børn ikke føler, at de får nok information under indlæggelse.

Med det som udgangspunkt ville vi med vores bachelorprojekt gerne undersøge, hvordan børn oplever indlæggelser på pædiatriske afdelinger.

BAGGRUND

Baggrunden for vores bachelorprojekt afdækkes herunder ud fra fire perspektiver.

Samfundet

I 2018 levede der 1.308.014 børn og unge i alderen 0-19 år i Danmark ⁽²⁾. Ifølge Danmarks Statistik oplevede 77.203 børn i denne alder at blive indlagt samme år ⁽³⁾.

I starten af 1960'erne skete der et paradigmeskift omhandlede børn på hospitalet. Forældrene gik fra at have en passiv rolle i plejen til at få en afgørende aktiv rolle ⁽⁴⁾.

Tidligere blev forældrene sendt væk fra deres børn, når de var indlagt. Børnene reagerede med gråd på de nye omgivelser, som var præget af stress, uro og usikkerhed ⁽⁵⁾.

Sundhedsstyrelsen kom i 2002 med en anbefaling om, at børn skal have mindst én af deres forældre medindlagt

for at mindske utryghed, som et barn kan opleve. I dag er det påkrævet, at én forælder bliver medindlagt under et barns indlæggelse ⁽⁶⁾.

I en guideline for behandling af indlagte børn udarbejdet af World Health Organisation (WHO) (2006) anbefales det, at barnet så vidt muligt skal være i trygge rammer hos sine forældre for at mindske utrygheden i de uvante omgivelser ⁽⁷⁾.

Ifølge Söderback, Coyne og Harder ⁽⁸⁾ har det generelt været forældre, som har fortalt om barnets perspektiv udefra og ikke barnet selv - det kaldes *børneperspektivet*. Når udtalelser kommer fra barnet selv, bliver det til *barnets perspektiv* indefra. Ved *barnets perspektiv* er det børns oplevelser, der kommer til udtryk, hvor det ved *børneperspektivet* er forældrenes forståelse, der kommer til at sætte rammerne for børns behov ⁽⁸⁾.

Barnet

I en kvalitativ undersøgelse fra Nordengland interviewede og observerede Livesley og Long ⁽⁹⁾ indlagte børn i alderen 5-15 år. Livesley og Long fandt, at indlagte børn i en lille grad havde en selvstændig stemme. Hvis sygeplejersken tog sig tid til at høre barnets perspektiv, blev barnet set som en besværlig patient. Børn som var generte, meget syge, stille eller indlagt alene var typisk også de børn, som undergik den standardiserede pleje og dermed ikke nødvendigvis fik opfyldt deres individuelle behov ⁽⁹⁾.

For børn kan en indlæggelse opleves som ubehagelig og skræmmende, men den kan også være spændende og byde på positive oplevelser. Hospitalet er ofte en ukendt verden for barnet, og brugen af fagsprog blandt personalet kan medføre ubehagelige misforståelser og gøre barnet unødigt bange. Børn er særligt sårbare, da de kan have svært ved at udtrykke tanker, eventuelle bekymringer samt uindfrie behov ⁽¹⁰⁾.

Ifølge WHO's guideline anbefaler man, at sygeplejersken skal være ekstra forsigtig over for børn, så der ikke skabes unødvendig utryghed ⁽⁷⁾.

En undersøgelse gennemført af Børnerådet ⁽¹¹⁾ viser, at mange børn oplever at blive talt om og ikke med, samt at beslutninger, der vedrører dem, tages henover hovedet på dem. Børn ønsker at blive taget alvorligt, når det kommer til det, der har betydning for deres liv ⁽¹¹⁾.

Sygeplejersken

Printzlau ⁽⁴⁾ har udført et observationsstudie inden for familiecentreret pleje. Dette studie konkluderer, at en pædiatrisk sygeplejerske i gennemsnit bruger en time af sin arbejdsdag på den direkte kontakt med familien, herunder barnet. Dette svarer til, at sygeplejersken anvender 12% af sin arbejdsdag i samspil med familien. Med en arbejdsdag på 8,5 time har sygeplejersker gode forudsætninger for at arbejde familiecentreret. Printzlau ➡

konkluderer i studiet, at sygeplejersker kun har en time til rådighed til kontakten med barnet og familien i løbet af arbejdsdagen, hvilket ifølge hende ikke er optimalt. Derudover udtrykker sygeplejersker frustration og dårlig samvittighed over den manglende kontakt⁽⁴⁾.

Rigshospitalet og Juliane Marie Centret har udarbejdet et kompetenceudviklings-katalog⁽¹²⁾. Det overordnede værdigrundlag for sygeplejen i Juliane Marie Centret er patient- og familiecentreret pleje og behandling. Familiecentreret pleje anses som en konkret handlingsanvisende reference-ramme, hvor samarbejdet styrkes ud fra respekt for den samlede familie. De beskriver, at de ser samarbejdet med patienten og familien som et partnerskab, hvor ansvaret deles. Familiens erfaringer og ressourcer er med til at bevare og udvikle oplevelsen af kontrol, selvstændighed og uafhængighed. Som en familiecentreret pleje involverer sygeplejersken derfor familien bevidst⁽¹²⁾.

Familiecentreret pleje er løbende blevet integreret i den pædiatriske sygepleje. Ifølge Hall⁽¹³⁾ mangler sygeplejersker i Danmark faste principper og handleanvisninger inden for familiecentreret pleje⁽¹³⁾.

Det ses i praksis som manglende konsensus omkring, hvad der forlanges af forældrenes medinddragelse og ansvar for plejen, som kan variere meget⁽¹⁴⁾. En barriere for familiecentreret pleje kan derfor være manglende forventningsafstemning eller uklar ansvarsfordeling mellem sygeplejersken og familien. Det kan have den konsekvens, at sygeplejersken føler sig truet på sin faglighed og kan ende ud i fejlbehandling af barnet. De ovenstående barrierer kan også have negative konsekvenser som fx for stor ansvarsbyrde, stress hos forældrene samt følelsesmæssig og social ubalance i familien⁽¹⁵⁾.

Forældrene

I begyndelsen af det 20. århundrede var synet på familien og forældre-barn-relationen anderledes end i dag. Dengang mente man, at for meget kærlighed kunne være ødelæggende for barnet, og at kontakten mellem forældrene og barnet ikke var en forudsætning for barnets ve og vel⁽¹⁶⁾.

Forældrerollen ændrede sig op igennem 1900-tallet. Forældrenes tilstedeværelse ved barnets indlæggelse gik fra at være uønsket, angiveligt pga. deres bakterier og ofte hysteriske adfærd, til at de den dag i dag anses for at være en kompetent ressource. Deres tilstedeværelse er essentiel for barnets tryghed under indlæggelse⁽⁶⁾. Bowlby og Robertson satte i 1950'erne fokus på, hvilke konsekvenser det havde for

et barn at være adskilt fra sin mor under indlæggelse. Det var deres anbefaling, at forældrene skulle medindlægges, når barnet kom på hospitalet.^(6,17)

I et kvalitativt review af Corlett og Twycross⁽¹⁸⁾ ønskede forældrene at blive involveret i plejen af deres barn. I de inkluderede studier i reviewet beskrev forældrene, at de mødte en barriere, eftersom sygeplejersken ikke evnede at forventningsafstemme med dem. Derudover oplevede de en mangelfuld kommunikation i samarbejdet⁽¹⁸⁾.

AFGRÆNSNING

I 2018 oplevede 77.203 børn at blive indlagt. Dette er derfor en stor og særlig sårbar gruppe, da de kan have svært ved at udtrykke tanker, bekymringer og behov. Hospitalet er ofte en ukendt verden for barnet, og det er sygeplejerskens ansvar at yde omsorg og skabe en tryk atmosfære. Sygeplejersken kan være med til at få barnet til at føle sig medinddraget, hvilket stiller krav til sygeplejerskens kommunikative evner.

Familiecentreret pleje er igennem de seneste år blevet integreret på pædiatriske afdelinger i Danmark. Fokusset har i stigende grad været på et ligeværdigt samarbejde og partnerskab mellem forældrene og sygeplejersken. Litteraturen viser, at børn ofte føler sig overset i plejen, hvor der bliver taget mere hensyn til forældrene.

At være indlagt kan for nogle børn være en ubehagelig og skræmmende oplevelse, og det kan være præget af stress, angst og usikkerhed. For at kunne skabe trygge rammer for barnet er det derfor vigtigt, at sygeplejersken har viden omkring, hvordan et barn oplever en indlæggelse. Det er generelt *børneperspektivet*, som bliver belyst, hvilket ofte er fortalt af forældrene, og derfor er vi nysgerrige på hvad *barnets perspektiv* indeholder. Ud fra dette har vi udarbejdet følgende undersøgelsesspørgsmål:

Undersøgelsesspørgsmål

-Hvordan oplever børn i alderen 7-17 år en indlæggelse på en pædiatrisk afdeling, og hvordan påvirker disse oplevelser dem følelsesmæssigt?

METODE

Etiske overvejelser

I begyndelsen af vores bachelorprojekt gjorde vi os en række etiske overvejelser. Inden man foretager et studie, som indeholder børn som informanter, skal man nemlig gøre sig nogle forskningsetiske overvejelser om, hvorvidt andre mindre sårbare grupper kan besvare undersøgelsesspørgsmålet⁽¹⁹⁾.

Da børn er omdrejningspunktet i dette review, gjorde vi os nogle etiske overvejelser angående vores valg af metode. Sygepleje er forbundet med respekten for menneskerettigheder, herunder retten til at blive behandlet respektfuldt. Som Sygeplejerske har man en særlig forpligtigelse over for

særlige sårbare grupper, herunder børn. Etiske Retningslinjer for Sygeplejeforskning i Norden arbejder under princippet om *ikke at gøre skade*, hvilket vi i vores review har forsøgt at imødekomme ⁽²⁰⁾.

For at tage hensyn til børnenes velfærd har vi derfor valgt at udforme et review. Et review imødekommer *ikke-skade-princippet*, da vi benytter os af undersøgelser, der er udført og publiceret ⁽¹⁹⁾.

Metasyntese

Nu vil vi kort beskrive, hvilke konkrete metoder vi har benyttet i vores bachelorprojekt, nemlig *metasyntese* og *metaaggregering*.

Undersøgelsesspørgsmålet egner sig til en kvalitativ metode, da det er oplevelsen af et givent fænomen, der undersøges. Fænomenet "oplevelse af en indlæggelse" er individuelle subjektive meninger og holdninger ⁽²¹⁾.

En metasyntese er en ny sammenkobling af allerede eksisterende data i form af fx videnskabelige studier. Det er en proces, hvor resultater fra individuelle kvalitative studier kombineres for at danne en ny forståelse ⁽²¹⁾.

Metaaggregering

I dette review udarbejdes en metasyntese med aggregering ⁽²¹⁾.

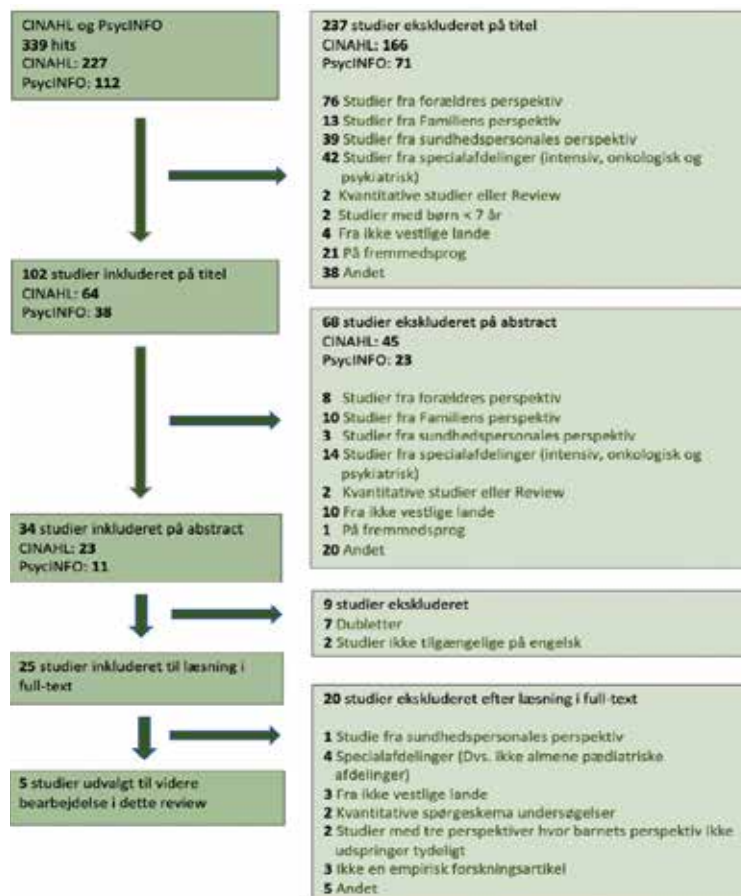
En metasyntese med aggregering bringer den nyeste eksisterende viden inden for kvalitativ forskning ind i klinisk praksis og kan derved evidensbasere praksis. Ved aggregering udledes relevante pointer fra empiri, også kaldet fund, og summeres derefter til en samlet enhed. Fundene summeres fra alle studier, og der findes ligheder.

Dette udføres for at gøre vores kategorier mere indholdsrigt og kommer dermed til at indeholde fund fra flere studier. Ved aggregering er der mulighed for at inddrage studier med forskellige kvalitative metoder, da det er de fortolkede fund, der dannes til synteser.

Formålet er at finde alle de fund, som omhandler undersøgelsesspørgsmålet, og derefter aggregere dem sammen til synteser ⁽²¹⁾.

I vores review fulgte vi Pedersens m.fl. ⁽²¹⁾ syv trin; *Undersøgelsesspørgsmål, Søgestrategi, Litteratursøgning, Udvælgelse af studier, Kritisk vurdering, Dataekstraktion og Datasyntese* ⁽²¹⁾.

Vores søgninger blev foretaget i CINAHL og PsycINFO og endte med 339 hits. Efter at have gennemlæst og ekskluderet ud fra titel, abstract og til slut full-text, endte vi med at bygge vores review på fem empiriske forskningsartikler.



De fem studier havde i alt 502 informanter med tilsammen (både piger og drenge) i alderen 7 - 17 år. Alle børn var indlagt på pædiatriske afdelinger. Fire af studierne var fra Europa og et var fra USA.

Vi endte med 66 fund, hvorefter vi sammensatte fundene til kategorier. Derfra endte vi med 20 kategorier. Ud fra de 20 kategorier udarbejdede vi fire synteser som svar på vores undersøgelsesspørgsmål. I det følgende afsnit vil vi præsentere de fire synteser.

RESULTATER

1. Børn oplever et kontroltab under indlæggelse, hvor flere basale behov ikke bliver opfyldt

Børn kan under en indlæggelse opleve begrænsninger og restriktioner i mødet med sundhedsvæsenet. Børnene føler, at de mister kontrollen over, ➡

hvad de må og ikke må, især når der ikke medfølger en forklaring. Børn oplever kontroltabet størst, når de er indlagt under isolation, hvor de føler sig fuldstændig afskåret fra omverden. Dette oplever børn som invaliderende.

Børn oplever også ventetid som en form for kontroltab, da de ikke ved, hvornår de må spise, eller hvornår medicingivning finder sted. Desuden finder børn det uretfærdigt at skulle bede om tilladelse til at stå op af sengen, forlade afdelingen eller at spise. Det begrænser deres frihedsfølelse. Børn oplever, at basale behov som kost og søvn bliver negativt påvirket under en indlæggelse. Flere børn bryder sig ikke om hospitalsmaden grundet et ringe udvalg samt, at det ikke minder om "mors" hjemmelavede mad. For andre børn er det et problem at falde søvn på grund af de ændrede rammer i form af forstyrrelser fra: sygeplejersker, andre børn, elektronik eller et ringe indeklima. Børn tilvænner sig generelt de ændrede forhold over tid. De lægger vægt på vigtigheden af at bibeholde deres intimsfære under en indlæggelse. Når børns intimsfære bliver invaderet af andre børn eller af sygeplejersker, fx på en flersengsstue, kan det opleves som invaliderende på deres privatliv.

2. Børn oplever, at leg og aktivitet afleder fra sygdommen og hjælper på den utryghed, som separationen fra det kendte medfører

Separation fra familie, venner og vante rammer er en af de hårdeste ting ved en indlæggelse for børn, da det skaber forstyrrelse i deres hverdag. De værdier, børn savner mest under en indlæggelse, er at kunne lege frit på eget værelse, sove i egen seng, bruge tid med deres kæledyr eller at spise "mors mad". For børn i alderen 7-14 år er det især hårdt at være væk fra skole og venner. Specielt disse børn finder glæde ved at skabe nye bekendtskaber på den afdeling, hvor de er indlagt. Andre børn oplever en indlæggelse som en positiv tid, hvor de har mulighed for at komme væk fra hverdagens stress og jag. Nogle børn oplever ligefrem en indlæggelse som en oase uden forventninger og krav. Børn udtrykker, at det bedste ved at være patient er muligheden for at slappe af, sove og "fri fra skole". Andre børn udtrykker, at kvalitetstid med forældre er det bedste ved en indlæggelse.

Flere børn giver udtryk for glæde ved leg og aktivitet under indlæggelsen og nævner, at børnevenlige miljøer, hvor der er mulighed for leg og aktivitet, er værdifuldt. Når der ikke er legefaciliteter tilgængeligt på afdelinger, finder børn det svært at holde sig beskæftiget og oplever rastløshed.

Dette understreger børns behov for leg og aktivitet under en indlæggelse.

Børn har behov for at blive afledt fra deres sygdom, og her spiller sygeplejersken en vigtig rolle. Især hverdagssamtaler, en frisk jargon og god humor er med til at gøre indlæggelsen mindre alvorlig og mere sjov for børn. Ydermere er børns familie med til at aflede fra et sygdomsbetinget univers. Generelt finder børn glæde i aktiviteter, som de dyrker derhjemme, da det minder dem om hjemlige trygge rammer. Samtidig finder børn det værdifuldt selv at kunne bestemme og have kontrol over lege og aktiviteter.

3. Børn oplever at blive talt over hovedet på

Sygeplejerskens måde at kommunikere på har en stor indvirkning på børns opfattelse og følelser. Børn oplever, at ordene "måske" og "udskrivelse" bliver brugt hyppigt i sundhedsvæsenet. Ordet "måske" skaber ofte usikkerhed og bekymring hos børn. Det samme gør ordet "udskrivelse", hvor det ofte ender i skuffelse for børnene, når udskrivelsen bliver udsat. Disse ordvalg kan i nogle tilfælde gøre børn kede af det.

Når sygeplejersken benytter fagsprog, er det svært for børn at forstå information. I forsøget på at udtrykke følelser efteraber børnene sygeplejerskens ordvalg og kan give præcise beskrivelser af symptomer uden at forstå sammenhængen med sygdommen. Flere børn oplever, at sygeplejersken giver for meget information, hvilket overvælder dem, og at de ikke forsikrer sig, at børnene har forstået den givne information.

Størstedelen af indlagte børn vil gerne informeres. Mange børn oplever, at det kan være med til at reducere eventuelle bekymringer om deres helbred. For mange børn er den største glæde at blive informeret om udsigten til udskrivelse. Flere børn oplever at blive inddraget og informeret i passende grad, og mange oplever at blive mødt i øjenhøjde af sygeplejersken.

I modsætning til dette ønsker andre børn ikke at modtage information om deres pleje og behandling og mener ligefrem, at det har en helbredende effekt at være uvidende. De vil ikke mindes om smertefulde procedurer og undersøgelser, da det kan opleves stressfyldt.

Nogle børn kan opleve, at den information, de modtager, bliver rutinepræget, og under travlhed bliver sygeplejersken opfattet af børnene som upersonlig og ikke lyttende. Der er dog i nogle tilfælde forståelse for, at sygeplejersken kan have travlt og derfor ikke har tid til uformel snak.

Under procedurer forstår nogle børn ikke, hvad der foregår, da de føler sig ekskluderet fra samtalen om processen. I mange tilfælde oplever børn, at sygeplejersken taler sammen med andre sygeplejersker under procedurer og dermed får en følelse af at blive talt over hovedet på.

Børn over 10 år er bevidste om deres forældres rolle og ansvar i behandlingsøjemed og har en større og mere sofistikeret forståelse end yngre børn. Derfor føler de nogle gange, at de kan blive talt over hovedet på. Det gælder især, når information om kliniske faresignaler eller instruktioner til medicingivning overdrages ved udskrivelse. Denne aldersgruppe vægter andre værdier som anerkendelse som individ og respekt for privatlivet højere end yngre børn.

4. Børn oplever frygt for procedurer – her spiller sygeplejersken en væsentlig rolle

For børn er de værste oplevelser ved en indlæggelse symptomerne relateret til sygdommen, fx smerte, utilpashed eller feber. Derudover understreger børn, at procedurer, undersøgelser og operationer, som indebærer at blive stukket med nåle, er med til at gøre oplevelsen af indlæggelsen negativ. Mange børn oplever især hele operationsprocessen ubehagelig. Dette indbefatter alt lige fra at blive kørt ned til operation samt ventetiden på operationsstuen. Dog har mange børn en forståelse for, at disse procedurer er nødvendige for at blive rask. Frygt er en af de følelser, som børn oplever ved procedurer. Frygten bunder i en forventning om smerte, bekymringer for instrumenter og tanker om døden. Især børn, der har oplevet smertefulde procedurer tidligere, frygter disse. Mange børn oplever sygeplejersken som sød og venlig. At udvise respekt og være rolig i deres udstråling samt milde og nænsomme i deres handlinger, er nogle af de værdier som børn sætter pris på ved en sygeplejerske. Ældre børn sætter mere pris på disse værdier end yngre børn. Børn, der er indlagt i længere tid end syv dage, vægter vigtigheden af sygeplejerskens opførsel og udstråling end de børn, der er indlagt i færre end syv dage. Ydermere udtrykker børn tryghed når sygeplejersken udviser kompetence og erfaring, hvilket skaber en følelse af at være i trygge hænder. Pga. den frygt, der er forbundet med smertefulde procedurer finder børn sygeplejerskens ekspertise særlig vigtig. Børn værdsætter sygeplejerskens væremåde, når de giver tryghed og en følelse af sikkerhed, som kommer til udtryk ved beroligende ord, tilstedeværelse på stuen og fysisk berøring som at holde i hånd.

IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS

Ved udarbejdelsen af dette review undrede det os, hvor lidt forskning, der er omhandlende oplevelsen af en indlæggelse fra *barnets perspektiv*. Der var et overvæld af forskning fra *børneperspektivet*, som er præget af forældrenes syn. Derfor mener vi, at dette review blandt andet kan være med til at sætte fokus på manglende forskning inden for pædiatrien og specielt fra *barnets perspektiv*.

Dette review er med til at sætte fokus på, hvordan børn oplever en indlæggelse, hvor sygeplejersken spiller en stor rolle. Sygeplejersken bør vide, i hvor høj en grad børn ønsker at blive inddraget under en indlæggelse.

Juliane Marie Centret arbejder familiecentreret, men der mangler vejledning til sygeplejersker om, hvordan man praktiserer familiecentreret pleje. Dette review sætter fokus på de oplevelser, børn har under en indlæggelse. Denne viden kan muligvis bidrage til en fremtidig vejledning for sygeplejersker, som arbejder med børn på pædiatriske afdelinger i Danmark.

Dette review er med til at sætte fokus på, at børn sætter pris på at blive spurgt ind til, hvor meget de ønsker at blive involveret. Der forventningsafstemmes ikke, selvom dette er en målsætning i familiecentreret pleje.

Vi finder det besynderligt, at der ikke findes mere forskning på området i de skandinaviske lande, da vi i vores systematiske litteratursøgning kun fandt vi én artikel fra Danmark og generelt få fra Skandinavien. Vi mener derfor, at der bør forskes mere i, hvordan børn i Norden oplever en indlæggelse, så disse oplevelser kan være med til at forbedre klinisk praksis. ■

LITTE-
RATUR-
LISTE





Traumeheling Aps

kurser & workshops
Kigkurren 8A, 2300 København

Udvalgte kurser og workshops i 2021:

Klovne Kommunikation
Tre dages workshop om arbejdet med indlagte børn ved brug af leg og kreative værktøjer. Workshoppen er beregnet som en døråbner til dem der ønsker at møde mennesker, tabuiserede emner og os selv ved hjælp af klovnes værktøjer. afholdes af forfatter og hospitalsklovn Elisabeth Helland Larsen
Pris: kr. 4200,- inkl. forplejning

Smerter hos Børn & Unge
Et stigende antal børn og unge oplever kroniske smerter, som følge af kroniske lidelser, eller stressende livsomstændigheder. På dette to dages kursus vil du få indsigt i hvordan smerter opstår og hvordan man kan afhjælpe smerter gennem samtale og kroporienterede redskaber. Kurset afholdes af Psykoterapeut MPF, Somatic Experience-traumeterapeut Maiken Bjerg
Pris: kr. 4200,- inkl. forplejning

Fostrets & Fødsels Psykologi
Kursusdag om hvordan viden om den prænatale og perinatale periode kan give en mere nuanceret forståelse af de problemstillinger vi møder hos børn og voksne, samt hvordan vi kan bruge det i vores arbejde. Kurset afholdes af psykologerne Henrik Dybvad Larsen & Mette Rahbek
Early Bird Rabat pris: kr. 1900,- inkl. forplejning ved tilmelding inden 1. april 2021

Se hele vores program og tilmeld dig på
www.traumeheling.dk

Litteraturliste

- (1) Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser. National rapport LUP Somatik 2018 Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser Udarbejdet af Kompetencecenter for Patientoplevelser på vegne af regionerne [Internet]. København; 2018. Available from: www.patientoplevelser.dk/lup18
- (2) Danmarks Statistik. FOLKIA: FOLKETAL DEN 1. I KVARTALET EFTER OMRÅDE, KØN, ALDER OG CIVILSTAND [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 5]. Available from: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=FOLKIA&PLanguage=0&PXSlid=0&wsid=cftree>
- (3) Danmarks Statistik. Sygehusbenyttelse - indlagte patienter [Internet]. København; 2019. Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/levetilkaar/sundhed/sygehusbenyttelse>
- (4) Printzlau M. Familiecentreret sygepleje i pædiatrien. Sygeplejersken [Internet]. 2009;(23):54–9. Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2009-23/familiecentreret-sygepleje-i-paediatrien>
- (5) Jørgensen G. Pædiatrisk sygepleje. In: Bondesen A, Jørgensen G, editors. Børn og unge: sundheds- og sygepleje [Internet]. Kbh.: Nota; 2005. Available from: <https://nota.dk/bibliotek/bogid/605248>
- (6) Maribo L. Forældrerollens historik - fra eksklusion til medindlæggelse. In: Sixtus Jensen C (f. 1974), Eg M, Herholdt-Lomholdt SM, editors. Børn, unge og forældres møde med sundhedsvæsenet. København: Dansk Sygeplejeråd; 2014.
- (7) WHO. WHO Pocket Book of Hospital Care for Children - Guidelines for the Management of Common Illnesses with Limited Resources WHO Pocket Book of Hospital Care for Children - Guidelines for the Management of Common Illnesses with Limited Resources [Internet]. Vol. 20, Nursing Standard. Geneva, Switzerland; 2006. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43206/9241546700.pdf?sessionid=A46A2A9790F3936AA50BF8124DA8D37A?sequence=1>
- (8) Söderbäck M, Coyne I, Harder M. The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. J Child Heal Care [Internet]. 2011;15(2):99–106. Available from: <https://journals-sagepub-com.ez-jmk.statsbiblioteket.dk:12048/doi/pdf/10.1177/1367493510397624>
- (9) Livesley J, Long T. Children's experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study. Int J Nurs Stud [Internet]. 2013;50(10):1292–303. Available from: <https://pdf.sciencedirectassets.com/271253/1-s2.0-S0020748913X00094/1-s2.0-S0020748912004336/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEHYacXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIBIvUeA8am9TZFT0%2Fw8bA8kDGW63mDWYxi%2BvHBbhBvHvAIEA%2BR9oIZUpZs12j6DxQNL5xnqQPn4Pfhna90ivZ>
- (10) Jensen CS. Børns oplevelse af hospitalsindlæggelse. In: Jensen CS, Eg M, Herholdt-Lomholdt SM, editors. Børn, unge og forældres møde med sundhedsvæsenet. København: Nyt Nordisk Forlag; 2014.
- (11) Lindberg S, Sørensen H, Børnerådet. Det gode børneliv. In: Jensen CS, Eg M, Herholdt-Lomholdt SM, editors. Børn, unge og forældres møde med sundhedsvæsenet. København: Nyt Nordisk Forlag; 2014.
- (12) Rigshospitalet. Udviklingskatalog for sygeplejersker. København; 2018.
- (13) Hall EOC. Familien og Sygeplejen - i går, i dag, i morgen. Tidskr sygeplejeforskning. 2007;23(3):3–9.
- (14) Nyqvist KH, Engvall G. Parents as their infant's primary caregivers in a neonatal intensive care unit. J Pediatr Nurs [Internet]. 2009 Apr;24(2):153–63. Available from: <https://pdf.sciencedirectassets.com/272439/1-s2.0-S0882596309X00023/1-s2.0-S0882596308002959/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEHcaCXVzLWVhc3QtMSJHMEYCIQDUeMlAR5CamJHunEJHhcNvkvUCtv4W0XqTp%2BA0VFUJ3wIhAKf3LVxS3FeeYUe%2F1rk m908VZi44pU7p5pOr2cn8>
- (15) Mikkelsen G, Frederiksen K. Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. J Adv Nurs (John Wiley Sons, Inc) [Internet]. 2011 May;67(5):1152–62. Available from: <https://onlinelibrary-wiley-com.ez-jmk.statsbiblioteket.dk:12048/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x>
- (16) Bondesen A. Familien. In: Bondesen A, Jørgensen G, editors. Børn og unge : sundheds- og sygepleje. København: Munksgaard; 2005.
- (17) Brødsgaard A. Familiecentreret pleje. In: Østergaard B, Konradsen H, editors. Familiesygepleje. København: Munksgaard; 2016.
- (18) Corlett J, Twycross A. Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. J Clin Nurs [Internet]. 2006 Oct;15(10):1308 16. Available from: <https://onlinelibrary-wiley-com.ez-jmk.statsbiblioteket.dk:12048/doi/epdf/10.1111/j.1365-2702.2006.01407.x>
- (19) Kjellström S. Forskningsetik. In: Henricson M, editor. Videnskabelig teori og metode : fra idé til eksamination. København: Munksgaard; 2014.
- (20) Northern Nurses' Federation. Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries. Vård i Nord 4 [Internet]. 2003;23(70):0–20. Available from: https://dsr.dk/sites/default/files/479/ssns_etiske_retningslinjer_0.pdf
- (21) Olsen H. Kvalitative Kvaler - kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelser kvalitet. København: Akademisk Forlag; 2002.
- (22) Pedersen PU, Larsen P, Håkonsen SJ, Bjerrum MB. Fra forskning til praksis. København: Munksgaard; 2017.



LÆSEREN HAR ORDET

Skriv og indsend dine meninger og holdninger til diverse faglige og fagpolitiske emner. Formålet er at styrke det faglige og fagpolitiske sammenhold for børn- og ungesygeplejersker

Læger skal holde øje med en sjælden komplikation til infektion med coronavirus hos børn og unge

Både praktiserende læger og børnelæger skal være opmærksomme på en ekstremt sjælden, men lumsk komplikation, som kan opstå hos børn og teenagere 1-6 uger efter en ellers mild eller symptomfri infektion med coronavirus. Sygdommen medfører feber og høj CRP og kan blandt andet give hjertepåvirkning samt kraftige mavesmerter, der kan forveksles med blindtarmsbetændelse. Børn og unge i alle aldre kan blive afficerede.

BØRN OG TEENAGERE får som hovedregel kun milde symptomer ved COVID-19, hvis de overhovedet får nogen. Dette gælder stadig. Men i de seneste dage er der igen kommet fokus på den sjældne komplikation til coronavirus hos børn og unge, Multi Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C), efter der er beskrevet ophobede tilfælde i Sverige. I foråret blev der beskrevet en del tilfælde fra lande som Italien, USA, England og Frankrig, der havde det højeste smittetryk.

“I Danmark har der været under 10 indlæggelser med MIS-C, siden vi via Dansk Pædiatrisk Selskab 1. maj udsendte en ‘warning’ til de 18 danske børneafdelinger om komplikationen, og efterfølgende har vi haft en national overvågning med løbende central indrapportering af disse tilfælde”, fortæller overlæge, ph.d. i infektionspædiatri, Ulrikka Nygaard, fra Rigshospitalets BørneUngeKlinik, der leder det nationale forskningssamarbejde i COVID-19 hos børn.

“Immunsystemet mistænkes for at reagere uhensigtsmæssigt og angribe kroppens egne organsystemer ved MIS-C”, fortsætter hun.

Ulrikka Nygaard pointerer i dette interview, at også de praktiserende læger bør være opmærksomme på symptomer på MIS-C. Den gode nyhed er, at der er en effektiv behandling af sygdommen.

Hvor lang tid går der, fra barnet har haft coronavirus, til symptomerne på MIS-C opstår?

“De internationale publikationer viser, at symptomerne på MIS-C kommer 1 til 6 uger efter infektionen, og hovedparten af tilfældene opstår efter cirka tre uger. Da en del børn har en asymptomatisk infektion, er det ikke alle forældre, der er klar over, at barnet har været smittet med coronavirus. MIS-C kan godt opstå efter meget mild eller helt asymptomatisk infektion”, siger Ulrikka Nygaard.



ULRIKKA NYGAARD, OVERLÆGE,
PH.D. I INFEKTIONSPÆDIATRI,
RIGSHOSPITALET'S BØRNEUNGEKLINIK

Svenske medier skriver, at knap hundrede svenske børn har været ramt, heraf har en tredjedel været indlagt på intensivafdelinger. Hvor mange børn er der tale om i Danmark?

“Meget få. Vi har haft under ti børn og unge indlagte med MIS-C på de danske børneafdelinger. Det er ikke overraskende, at forekomsten i Sverige er så meget højere end i Danmark, da smittetrykket har været betydeligt højere der”.

Feber og høj CRP

I september 2020 skrev læger fra H.C. Andersen Børnehospital samt Klinisk Immunologisk Afdeling ved Odense Universitetshospital en kasuistik i Ugeskrift for Læger om det første tilfælde af MIS-C i Danmark. Her fremhævede de de seks diagnostiske kriterier ved sygdommen, der blandt andet omfatter feber, høj CRP og påvirkning af mindst to organer, herunder affektion af mavearmsystemet, hjerte og/eller hud og slimhinder. Forandringerne i hud og slimhinder kan minde om Kawasakis sygdom, og der er i en del tilfælde et vist overlap med denne sygdom, særligt hos børn under 5 år.

Hvilke symptomer skal de praktiserende læger være opmærksomme på?

“De seks diagnostiske kriterier er ikke de praktiserende lægers metier. Det er børnelægenes opgave. De praktiserende læger skal holde øje med to kendetegn hos børnene: Uforklarlig feber gennem flere dage og markant forhø-

jet CRP. Selv om det langt fra er alle børn med feber og forhøjet CRP, der har MIS-C, vil vi under alle omstændigheder gerne se disse børn på børneafdelingerne, for børn med feber uden fokus og høj CRP skal udredes. I sådanne tilfælde vil vi altid mistænke bakterielle infektioner, som for eksempel pyelonefritis (nyrebækkenbetændelse), og det skal de behandles for. Og nu skal vi altså også være opmærksomme på, at de kan have MIS-C”.

Hvor høj feber skal børn have, og hvor høj skal CRP være, før man mistænker MIS-C?

“Vi taler om børn med persisterende, uforklarlig feber over nogle dage. CRP er ofte meget forhøjet. I et stort amerikansk studie var medianen 250, og alle værdier lå mellem 90 og 360”.

Hvor mange dage skal de have feber, før lægen skal reagere?

“Ifølge WHO's diagnostiske kriterier skal barnet have haft feber i mindst 3 dage før barnet kan opfylde kriterierne for MIS-C. Feber, som har en oplagt anden årsag, f.eks. forkølelse, skal selvsagt ikke vurderes på en børneafdeling. Feberen skal være vedvarende, og uden oplagt forklaring, og så skal de samtidig have forhøjet CRP”.

Immunsystemet overreagerer

MIS-C kan ramme børn og teenagere i alle aldersgrupper, men hvor gamle er børnene gennemsnitligt?

“Når man ser på alle de internationale studier, er medianalderen 8-11 år. Der er altså oftest tale om lidt større børn, men man skal ikke lade sig forblænde af alderen. MIS-C kan forekomme hos børn og unge i alle aldersgrupper. MIS-C er lidt hyppigere hos børn af afrikansk eller latinamerikansk afstamning”.

Hvad er årsagen til MIS-C?

“Hypotesen går på, at coronavirus efter den virale fase 'trigget' immunforsvaret og får det til at overreagere. Det er altså immunforsvaret, der reagerer uhensigtsmæssigt på en virusinfektion, som er under kontrol. Når børn og unge får MIS-C, er deres podning for coronavirus ofte negativ som tegn på, at infektionen er overstået, men deres niveau af antistoffer er forhøjede”, siger Ulrikka Nygaard. I nogle tilfælde er podningen dog positiv, hvilket afspejler, at man kan være PCR-positiv i længere tid efter en overstået infektion.

Hun understreger, at MIS-C er ekstremt sjælden.

“I de første 7 måneder af epidemien har vi gennemført et nationalt studie, hvor vi har løbende har registreret alle indlæggelser for COVID-19 og MIS-C. I den periode havde vi kun ét barn med MIS-C. Der er selvsagt kommet flere nu, hvor der er flere smittede børn i Danmark. Ud fra vores nationale forskningssamarbejde, og et antistofstudie på børn i Danmark, ved vi, at cirka ét barn ud af 2.500 smittede vil blive indlagt på grund af COVID-19. Det er betydeligt sjældnere, at børn bliver indlagt med MIS-C. Vi kender ikke det præcise tal, men et groft estimat er, at cirka ét barn får MIS-C blandt 20.000 smittede børn.

Vi har en god behandling

Kan I behandle MIS-C?

“Ja, men i nogle tilfælde er ikke nødvendigt, fordi sygdommen kan være selvlimiterende. Immunsystemet kan altså i nogle tilfælde 'få styr på sig selv'. Vi behandler de børn, der har påvirkning af hjertet, ligesom vi også behandler tilfælde, hvor barnet har haft feber i mere end fem dage, eller hvor sygdommen progredierer”.

Hvad består behandlingen af?

“Den primære behandling er immunglobuliner, svarende til behandlingen af Kawasakis sygdom. Børnene responderer godt på behandlingen og sygdommen har en god prognose. Nogle af de yngre børn vil både opfylde kriterierne for Kawasakis Sygdom og for MIS-C, men det betyder ikke noget, da behandlingen er ens for de to sygdomme”.

Er det let for børnelæger at diagnosticere MIS-C?

“Det kan give udfordringer. En del af de større børn kommer ind på grund af svære mavesmerter og mistanke om appendicitis. Mavesmerterne kan være så kraftige og umulige at skelne fra appendicitis, at denne tilstand skal udeluk-

kes. Det kan vise sig, at blindtarmen ikke er betændt, men at mavesmerterne skyldes MIS-C. Det skal børnelæger og kirurger være opmærksomme på. Lige nu står vi i en situation, hvor noget, der ligner blindtarmsbetændelse, kan vise sig at være MIS-C efter coronavirus”.

Hvor hurtigt skal børnene i behandling?

“MIS-C er ekstremt sjælden. Sygdommen er ikke hastigt progredierende som nogle bakterielle infektioner. Derfor vil vi også have tid til at vurdere barnet på børneafdelingen, inden vi opstarter behandling med immunglobuliner og eventuelt glucocorticoider. Ofte vil vi påbegynde antibiotika først, da MIS-C i begyndelsen kan være svær at skelne fra en bakteriel infektion, med for eksempel streptokokker eller staphylokokker. Hvis feberen ikke forsvinder, der kommer påvirkning af hjertet og/eller sygdommen progredierer i øvrigt, vil vi opstarte behandling, siger Ulrikka Nygaard.

Hun slutter med at understrege:

“Heldigvis er det en sygdom, hvor vi har en effektiv behandling”. ■

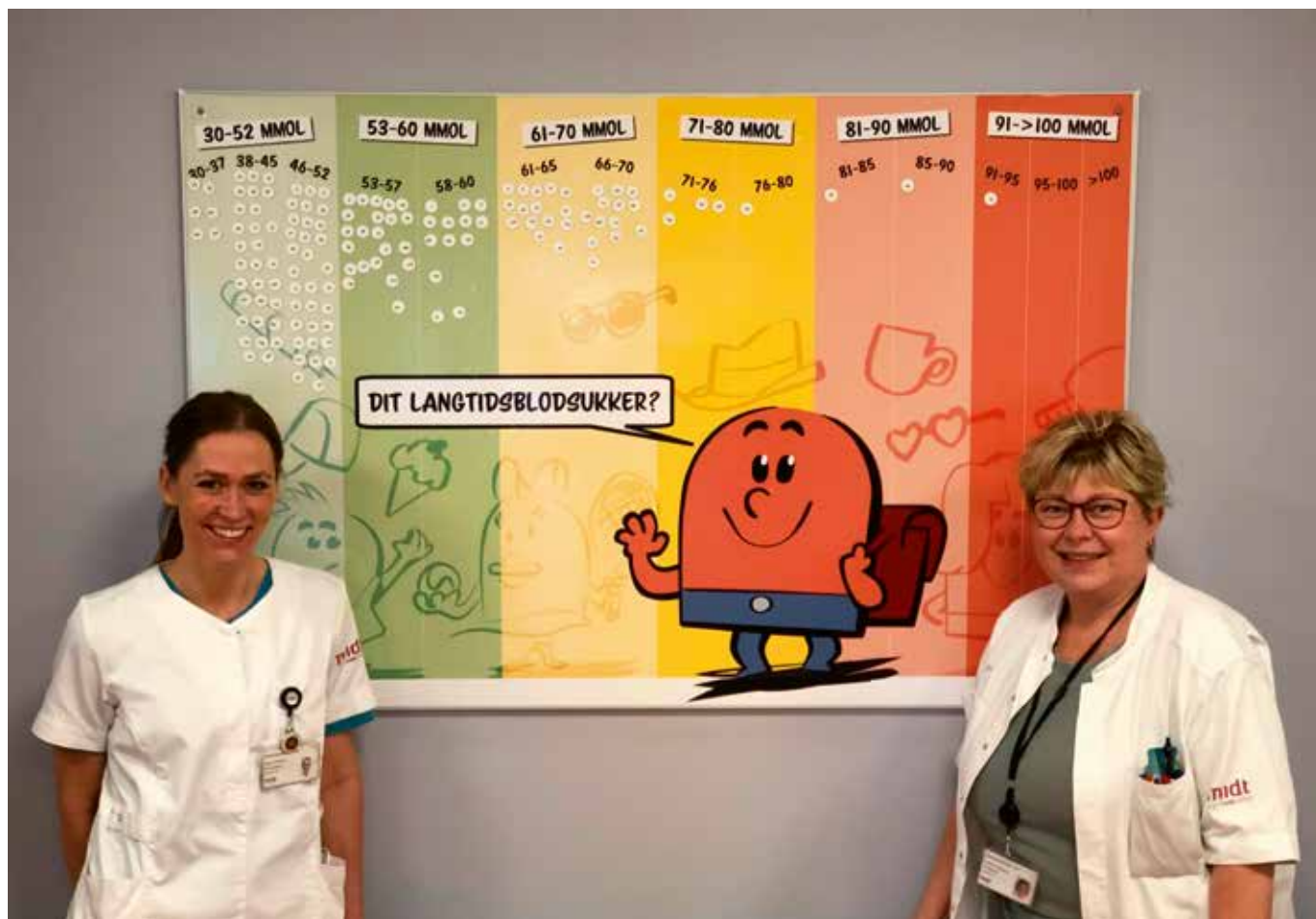
ER DU VORES NYE SYGEPLEJERSKE I LUKASHUSET?

BLIV EN DEL AF VORES TVÆRFAGLIGE TEAM,
DER TILBYDER SPECIALISERET PALLIATION
TIL BØRN OG UNGE MED LIVSTRUENDE SYGDOM.

LÆS HELE OPSLAGET HER:

WWW.SANKTLUKAS.DK/JOBOPSLAG/LUKASHUSET





På billedet ses sygeplejerske Inge til venstre og sygeplejerske Anette til højre

NUDGING: "Et kærligt puf i den rigtige retning"

Spændende projekt fra Diabetesteamet i Børne og Unge klinikken i Herning. I diabetesteamet sidder sygeplejerskerne Inge Lønborg Kousgaard, Monica Kamstrup Munksgaard, Martin Brogaard og Anette Lind Maagaard samt specialeansvarlig læge Jesper Sand Sørensen.

AF SYGEPLEJERSKE INGE LØNBORG KOUSGAARD OG PROJEKT- OG UDVIKLINGSSYGEPLEJERSKE MARIE TOFTDAHL, BØRN OG UNGE, HERNING. MATOPE@RM.DK

STUDIER HAR VIST at, nudging er en god måde at påvirke mennesker i en bestemt retning. Nudging handler om at påvirke adfærden i en retning der er til gavn for dem selv. Nudging er en opfordring til mennesker om at handle på en bestemt måde uden at være belærende, og uden skræmmekampagner og løftede pegefingre.

Dette har netop været vores inspiration i forhold til udvikling af HbA1c-tavlen i diabetesteamet i Børn og Unge Klinikken i Herning.

HbA1c-tavlen er idéudviklet i LKT-sammenhæng, som står for Lærings og Kvalitets Teams. LKT er et nationalt projekt for børn og unge med diabetes, hvor man arbejder efter de samme overordnede mål. Et af målene i LKT omhandler børns HbA1c og et tilstræbt mål hvor denne værdi skal være under 53 mmol/mol.

Tavlen er udviklet med farveskalaerne fra et trafiklys, fra lysegrøn til mørkerød. Børnenes HbA1c-niveauer inddeles i de forskellige farvekategorier, hvor den mørkerøde svarer til meget højt HbA1c og den lysegrønne til et lavt HbA1c. Figuren på tavlen er Sten-O fra Steno Diabetes Center, som vi ligeledes i Børn og Unge Klinikken har et tæt samarbejde med.

På tavlen sidder små runde magneter med et personligt nummer (anonymiseret), som hver repræsenterer et barn, der følges for sin diabetes i Børn og Unge Klinikken. Tanken er, at børnene selv skal flytte deres egen magnet efter hver konsultation hvor der er målt en ny HbA1c, såfremt de har modet og lyst hertil - ellers kan sygeplejersken være behjælpelig. Som behandlere er vi meget bevidste om hvordan det kan føles at ligge i det mørkerøde område, og vi gør os mange pædagogiske overvejelser inden vi tager børnene med ud til tavlen. Det er altid for øje, at tavlen skal være et godt redskab for børnene også, og ikke en skræmmekampagne eller en øv-oplevelse. Det skal være en sjov afslutning på konsultationen at få lov til at flytte sin magnet på tavlen - og helst i den rigtige retning. Samtidigt giver det barnet mulighed for at se sig selv i en sammenhæng med andre børn, som også har diabetes. Dette kan være med til at give barnet et følelse af ikke at være alene med sin sygdom, og at der også er andre der måske synes det er lidt svært med det der blodsukker.

Formålet er at visualisere langtidssukkeret, så det bliver mere end et bare tal for barnet. Forhåbningen er ligeledes, at børnene engageres og forhåbentlig motiveres mere i monitoreringen af deres HbA1c og dermed indirekte opnår en forståelse for hvad værdien er et udtryk for, men også motiveres til at opnå bedre compliance med deres diabetes i hverdagen. Ved brug af tavlen håber vi altså på, at kunne påvirke børnene til at ændre adfærd og vaner med henblik på at nedbringe deres HbA1c.

Erfaringer fra de første konsultationer har heldigvis været positive. Vi oplever, at hele familien bliver inddraget i processen med at nedbringe barnets HbA1c, når denne visualiseres på tavlen. Vi har hørt, at flere børn er blevet lovet "gulerødder" undervejs mod målet såsom biografbillet, pengegaver mm. Dette oplever vi som yderligere en motiverende faktor og en medinddragelse af hele familie som ressource i barnets liv med diabetes.

Vi er allerede nu meget spændte på om tavlen får en målbar effekt i nedbringelsen af HbA1c, da det er noget vi i fremtiden vil kigge ind i som effektmåling af tavlen sammenholdt med børnenes oplevelser. ■

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.





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.

BØRNELIV

“Jeg elsker at være en del af Børneliv. Jeg kan mærke, at organisationen har hjertet på det rette sted, og vi er mange, som brænder for at gøre en forskel hos børnene i Danmark – Både de syge og raske!” *Lærke, frivillig i Børneliv.*

AF JULIE BORK, JULIE.K.BORK@GMAIL.COM



HVEM ER VI?

Børneliv er en dansk non-profit-organisation, som er grundlagt i 2014 af børnelæger og har udviklet sig til en tværfaglig organisation af sundhedsprofessionelle med interesse i det sunde og trygge Børneliv. Børneliv drives fra et fundament af stærk faglighed på tværs af faggrænser og evidensbaseret medicin. Aktuelt består bestyrelsen af speciallæger i pædiatri, yngre læger, medicinstuderende og børnesygeplejersker, ligesom vores medlemmer primært kommer fra de sundhedsfaglige fag. Børnelivs mission er at være en stærk, sundhedsfaglig organisation baseret på frivillige kræfter.

Børneliv ønsker at fremme alle børn og unges sundhed og tryghed gennem kreativ og nytænkende formidling for dermed at skabe det bedst mulige fundament til en god behandling i sundhedsvæsenet. Vi tror på, at vores stærkt faglige og kreative input kan ændre børns bevidsthed om deres sundhed og livskvalitet gennem aktiv inddragelse og leg. Ydermere tror vi på, at vi gør deres liv mere trygt ved at undervise de voksne omkring dem i livreddende førstehjælp. Børneliv er i rivende udvikling, og ud over vores allerede velkørende børneworkshops og førstehjælpskurser med VR-teknik har vi flere spændende projekter på tegnebrættet, som vi glæder os til at kunne bringe på banen.

Børneworkshops

I en børneworkshop lærer børn - gennem grin, nysgerrighed og teater - at forholde sig til sundhed og deres krop, fx: “hvordan ser vi ud indeni? Hvorfor bliver vi syge? Hvad kan man gøre for at holde sig rask? Vi har altid friske dyreorganer med,

og eleverne får eksempelvis lov til at puste lunger op, samt røre ved spiserør, nyrer og hjerte. Vi laver små teaterstykker, der inddrager børnene i undervisningen, og sætter fantasien i gang hos børnene når de hjælper lægen med at udrede og behandle sine patienter.

Kroppen er sjov og spændende, og vi skal passe på den, men ikke være for bange. Gennem viden bliver børn endnu klogere på sig selv og kan forhåbentlig hvile endnu mere i grundtroen på, at kroppen er skøn som den er og vi skal passe godt på den. Det er kropsempowerment i børnehøjde - og bidrager på sigt til en sundhedsfremmende adfærd.

Vi har workshops om hjerte-lunge, mave-tarm, hjerne-øje, hørelse-øre og psykisk trivsel, og workshops er målrettet 0.-3. klasse.

Undervisning i førstehjælp med VR-film

I flere år har Børneliv undervist lærere og pædagoger i akut førstehjælp til børn. Det kan være med til at redde liv og førlighed, da vi fra forskningen ved, at tidlig hjælp er afgørende i akutte situationer med børn. Desværre - og til vores store forbav-

selse - har mange lærere og pædagoger i dag ikke modtaget undervisning i førstehjælp, eller også ligger det meget langt tilbage. Dertil er der den store udfordring forbundet ved, at viden erfare på et førstehjælpskursus hos de fleste er glemt efter 6 måneder.

Derfor har vi udviklet og integreret brugen af virtual reality (VR) som et nyt centralt omdrejningspunkt i vores arbejde med at redde børneliv - for at efteruddanne lærere og pædagoger. Vi har som de første i Danmark produceret tre VR førstehjælpsfilm med skuespillerne Thure Lindhardt, Birgitte Hjort Sørensen og Bodil Jørgensen, hvor tre førstehjælpsscenarier folder sig ud i 'ægte' settings på en skole. På den måde får lærerne og pædagoger en 'ægte' men tryk læringsoplevelse.

Medicin og Vin

Medicin og Vin er en gratis foredragsrække med fagligt indhold. Normalt bliver Medicin og Vin afholdt i Mellemfolkelige samvirke på Fælledvej, hvor barer er åben og man således kan få et glas vin mens man bliver klogere (derfra navnet). En typisk Medicin og Vin-aften består af 2-3 oplæg over samme tema, men fra forskellige perspektiver, fx et fagligt og et fra en pårørendes perspektiv. Temaerne spænder bredt fra "Præstø-ulykken/hypertermi" til "Grænsen til livet" om at være præmatur og veje blot 500 gram ved fødslen. Under coronapandemien har vi afholdt Medicin og Vin online over zoom og ændret formatet til en 'masterclass'. Der har de to foregående emner været "Pædiatrisk kommunikation" og "Akut og intensiv pædiatri". Hold øje med Medicin og Vins facebookside hvor de nye arrangementer bliver lagt op.

Projekter

I Børneliv kan vi simpelthen ikke lade være med at finde på nye ideer og udvikle projekter, hvor vi på nye måder kan formidle sundhedsbudskaber.

Børnelægernes BørneTIPS (BB)

Børnelægernes Børnetips er et nyt filmprojekt med små filmklip om bl.a. feber, ondt i ørerne, diarré og opkast, samt hoste hos børn. Filmklippene skal klæde Danmarks forældre bedre på til at håndtere og læse deres syge børn korrekt, samt at bidrage til, at sundhedsressourcerne udnyttes bedst muligt. Børnelægernes Børnetips er et nyt tiltag med tre hovedformål:

1. At bidrage til, at danske børn kan få en bedre behandling når de er akut syge. Vi ønsker at klæde forældrene bedre på til at vurdere deres børn når de er syge, så de ved hvornår de skal kontakte sundhedsvæsenet - men også hvornår det ikke er nødvendigt at tage kontakt. BB vil bl.a. udvikle en serie af korte film om børn og sygdom målrettet forældrene. Filmene og nogle overskuelige faktsheets kommer også til at kunne tilgås via en gratis app til smartphones. Det er hensigten, at denne app også skal indeholde yderligere relevant sundhedsinformation til forældrene.

2. At bidrage til, at lægeressourcerne udnyttes bedre i forhold til de børn og unge, som har brug for akut lægehjælp, eftersom de mindre syge børn i højere grad kan blive hjemme og håndteres af forældrene.

3. At øge forskningsmuligheder, idet Børnelægernes BørneTIPS rummer forskningsaspekter, hvor vi vil kunne undersøge befolkningens brug af sundhedsvæsenet ved akut sygdom hos børn samt vurdere effekten af de nye tiltag.

Børnelægernes brevkasse

Børnelivs Brevkasse er vores kommende YouTube-serie, hvor børn fra hele landet kan stille spørgsmål om krop og sundhed. Spørgsmålene vil blive besvaret af medicinstuderende, der brænder for at formidle sundhedsbudskaber til børn og unge. I tillæg til dette er Børneliv også i gang med et pilotfilm-projekt, hvor der i samarbejde med produktionsselskabet Pilot Film vil blive udarbejdet små film om kroppen i børnehøjde.

Kommunikation i børnehøjde

Når man behandler børn, er det afgørende at skabe en relation og trygge rammer for både børn og forældre. Vores allervigtigste redskab i behandlingen af børn og unge er kommunikation. Uden god kommunikation - ingen god behandling. Så simpelt kan det siges. Vi kommer ikke igennem med hverken tilfredsstillende behandling eller en god oplevelse i sundhedsvæsenet for børnene, de unge eller deres familier, hvis ikke vi formår at forklare, hvorfor medicinen skal spises, hvorfor vi er nødt til at lægge drop eller hvorfor det er vigtigt at tage sin astma-spray hver evig eneste dag. *Kommunikation i børnehøjde* er en ny workshop, der skal bidrage til at klæde sundhedsprofessionelle bedre på til at kommunikere bedre med børn.

Hvis det har fanget din interesse, kan du finde mere information på www.boerneliv.org ■





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.

Skriv til os!

Smart kamera sparer børn for fuld narkose

Tracoline hjælper med at gøre MR-scanninger skarpe, selv om patienten bevæger sig undervejs.

DU KENDER DET fra det gamle familiealbum: børnene kan ikke sidde stille, og så bliver billedet af dem i ens julesweatre en lille smule rystet. Det samme gælder, når patienter skal MR-scannes. De skal nemlig ligge så stille, at billederne bliver helt skarpe, så diagnosen kan stilles præcist.

Men heldigvis for adjunkt Melanie Ganz fra Neurobiologisk Forskningsenhed - og en lang række patienter på Rigshospitalet - kan Tracoline hjælpe. Med usynligt, infrarødt lys og en masse anden teknologi laver den en lille film, der sammen med scannerens data kan lave skarpe billeder, selv om patienten skulle bevæge sig.

- Det er lidt ligesom, hvis man filmer en cyklist i bevægelse. Hvis du kun tager et billede, mens cyklisten kører forbi, kan det blive uskarpt, men fører du kameraet med, bliver det et mere skarpt billede, forklarer Melanie Ganz.

Tracoline er opfundet af den danske civilingeniør Oline Vinter Olesen i hendes start-up TracInnovations og er en del af et treårigt forskningsprojekt støttet af Elsass Fonden. Melanie Ganz og hendes kolleger prøver med Tracoline at gøre MR-scanningen mere skånsom for patienterne.

Håber at undgå fuld bedøvelse

Det sker i et tæt samarbejde med TracInnovations og A. A. Martinos Center i Boston, USA, hvor MR-fysikere og sekvensprogrammører hjælper til med at få apparaterne til arbejde sammen.

- Det er virkelig en tværfaglig øvelse: Billederne tages her på hospitalet med algoritmer, der blev udviklet i Boston, og vi tolker og udvikler på apparatet sammen med opfinderen. Der er stadig udfordringer, men tingene går den rigtige vej, siger Melanie Ganz.

- I dag er vi ofte nødt til at lægge børn helt op i 10-12-årsalderen i fuld narkose, så vi er sikre på, at de ligger så stille, at billederne bliver gode nok. Men med Tracoline og de nye algoritmer fra Boston kan vi lave bevægelseskor-



Fra højre fysiker Hannah Eichhorn og adjunkt Melanie Ganz, samt sygeplejerske Asta Kongsgaard, der er med i teamet omkring Tracoline.

rektion, og målet er at nedbringe antallet af narkoser, siger Melanie Ganz.

På den måde kan Tracoline gøre en stor forskel for børn og forældre. Sammenlagt med forberedelse af barnet hjemmefra og et forløb i en træningsskanner håber teamet bag projektet at nedbringe antallet af fulde bedøvelser under MR-scanninger drastisk.

- Et barn i et længere behandlingsforløb med for eksempel kræft skal typisk scannes i forbindelse med diagnose, lige før operation og så igen ved en eller flere opfølgninger tre til seks måneder efter operation. Så man kan hurtigt spare patienten for tre-fire fulde bedøvelser, siger Melanie Ganz. ■

AF MIKKEL ANDREAS BECK, JOURNALIST, ENHED FOR KOMMUNIKATION
BLEGDAM, RIGSHOSPITALET. MIKKEL.ANDREAS.BECK@REGIONH.DK
Oprindeligt bragt i IndenRigs

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

Hvis du ikke længere ønsker at være medlem af det faglige selskab 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



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.