

BØRN OG UNGE- SYGEPLEJERSKEN

Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge



- Hvordan kan man reducere den belastning, som mange børn oplever i forbindelse med undersøgelser og procedurer i hospitalsregi?
- Familie Centreret Samarbejde
- Skolefravær hos unge med kronisk sygdom

Juni · 2/2017



Indhold

Redaktøren har ordet	4
Nyt fra bestyrelsen	5-6
Temadage	7-10
Boganmeldelser	11
Landet rundt	11
Læserne har ordet	11
Faglige artikler	12-24
Pressemeddelelse	25
Referater fra temadage og lign.	26-29
Legater	30
Den gode historie	31

Bestyrelsesmedlemmer



Formand
Connie Lindberg Andersen
Connie.lindberg.andersen@regionh.dk. Tlf: 20 73 17 18
Børne- og Ungeafdelingen.



Bestyrelsesmedlem
Lene Birkner Nielsen
Lene.nielsen@viborg.rm.dk
Tlf: 78 44 54 55
Børn og Unge Regionshospitalet Viborg



Bestyrelsesmedlem
Kirsten Krone Reichl
Kirsten.krone.reichl@regionh.dk
Tlf: 51 22 64 21
Semi intensiv Børne- ungeafdeling 5061Rigshospitalet, Kbh.



Næstformand
Karin Bundgaard
Karin.bundgaard@rsyd.dk
Tlf: 40 87 56 23
Børneafdelingen, Kolding sygehus, SLB



Bestyrelsesmedlem
Eva Juhl Hansen
Eva.juhl.hansen@rsyd.dk.dk
Tlf: 79 18 30 31
Børneafdelingen Sydvest-jyllands sygehus, Esbjerg



Bestyrelsesmedlem
Lisbeth Jørgensen
lisbeth.joergensen.02@regionh.dk
Tlf: Anæstesi Juliane Marie center og Børnesmerteenheden Rigshospitalet, København



Kasserer
Anette Østerkjerhuus
akos@regionsjaelland.dk
Tlf: 27 12 58 70
Børneafdeling 17, Næstved



Bestyrelsesmedlem
Lena Wittenhoff
Lena.wittenhoff@rsyd.dk
Tlf: 22347839
Aabenraa sygehus, Sønderjylland



Bestyrelsesmedlem
Ida Karina Thorsteinsson
Ida.Karina.Thorsteinsson@regionh.dk. Tlf: 20 31 08 84
Børneafdelingen, Amager og Hvidovre Hospital, Kbh.

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 februar, juni og oktober måned.

Indlæg

Alle kan indsende indlæg til bladet. Disse udtrykker ikke nødvendigvis sammenslutningens eller redaktionens synspunkter, men står kun for den enkelte forfatter.

Indlæg sendes på mail til redaktøren. Det skal være redaktøren i hænde den 5. i månederne januar - maj og september. Indlæg kan om ønsket bibeholdes anonymt såfremt redaktionen er bekendt med forfatterens navn og adresse.

Mht. honorering for indsendte artikler kan vi tilbyde 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 samling af bladet bedes rettet til trykkeriet.

Hornslet Bogtrykkeri

Tingvej 36
8543 Hornslet
Tlf. 7070 1208



Mic-Key®

- NØGLEN TIL GOD LIVSKVALITET



Hent
app med
brugertips på
mic-key.dk

- lille, diskret knapsonde
- indgraveret størrelse og BAL port
- latex- og ftalatfri forlængerslanger

Bestil ny Mic-Key brochure på bestilling@meda.dk

MEDA

Meda AS • Solvang 8 • 3450 Allerød • Tlf. 44 52 88 88 • Fax 44 52 88 99 • www.meda.dk • www.mic-key.dk

Kirsten Krone Reichl

Redaktør

Nu sidder I med blad nr 2 af dette års bladudgivelser for jer, sygeplejersker der arbejder med børn og unge overalt på danske sygehuse. Vi håber, at I vil syntes godt om de spændende faglige artikler, referater både fra tema dagen om mistrivsel hos børn og unge og fra dansk selskab for ungemedicin, der er i dette nummer.

I sidste nummer opfordrede vi jer til at skrive om jeres hverdag på landets børn – og unge afdelinger. Det vil vi gerne fortsætte med at gøre.

Det er nemlig også jer som medlemmer der kan være med til at præge bladet ved jeres indlæg. Vi ved at der er mange af jer der laver projekter, undersøgelser eller videruddanner jer og skriver opgaver. ALT det er vi interesseret i at dele med resten af vores andre dygtige og engagerede kollegaer, så kontakt os

Vi ved, at for mange af jer kan det være grænseoverskridende at skulle skrive til et fagblad. Fordi man, som forfatter, kan være i tvivl om det man vil skrive om er "godt nok" eller måtte have interesse for andre end lige ens egen afdeling. Tro mig, det har interesse for andre og kun ved at videns dele kan vi alle blive klogere. Bladet Børn og unge sygeplejersken, er netop tænkt som et sted, hvor vi kan dele vores viden om denne helt særlige gruppe af patienter, som vi er så privilegeret at være sygeplejersker for. Jeres beretning kan være en historie eller en beskrivelse af jeres afdeling, måske krydret med tiltag, som I har besluttet jer skulle have høj prioritet lige netop hos jer.

Som I alle sikkert ved er der for tiden stor interesse for børn og unge på danske hospitaler.

Blandt andet har Børnerådet undersøgt børn fra 7 klasse der har været indlagt det seneste år og spurgt om de er blevet tvunget til noget. I de efterfølgende interviews gav flere udtryk for at en specialuddannelse for sygeplejersker der arbejder med børn og unge bør have høj prioritet. Det bliver spændende at se hvad arbejdsgruppen kommer frem til iløbet af året. I vil selvfølgelig blive løbende informeret både her i bladet og på fagligselskabs hjemmeside og lukket facebookgruppe.

Vi, som redaktører vil glæde os meget til at modtage jeres beretninger, opgaver projekter eller gode historier fra jeres travle hverdag.

Vi ønsker jer en rigtig god sommer og

Rigtig god læse – og skrivelyst





Referat fra generalforsamlingen

Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge

Den 8. juni 2017.

Ad 1:

Lena bød velkommen og meddelte samtidig at hun ikke ønsker at fortsætte som formand, men derimod gerne som bestyrelsesmedlem

Ad 3:

Kirsten Krone Reichl blev valgt som referent

Ad 4:

Dagsorden blev godkendt og der var ikke modtaget andre forslag til dagsorden

Ad 5:

Formandens beretning se side

Ad 6:

Regnskab

Vi har fortsat en god økonomi på trods af færre medlemmer, manglende annonce indtægter og dermed flere udgifter til medlemsbladet

Så et overskud på ca 4700 kr.

Der er desværre også en del ubetalte medlemskaber og bestyrelsen vil undersøge muligheden for at få udsendt rykker.

Ad 7:

Budgettet for 2017 fremlagdes og blev godkendt

Ad 8:

Der var 2 interesserede til at indgå i den nye bestyrelse. Så vi kan byde velkommen til Lisbeth Jørgensen fra Rigshospitalet, Anæstesi og Børnesmerteenheden og Ida Karina Thorsteinsson fra Hvidovre Hospital Børneafdeling. Vi glæder os meget til et godt og udviklende samarbejde.

Den nye bestyrelse ser således ud:

Formand, repræsentant i det europæiske samarbejde og ansvarlig for hjemmeside
Connie Lindberg Andersen

Næstformand, repræsentant i det europæiske samarbejde og ansvarlig redaktør for bladet
Karin Bundgaard

Kasserer, ansvarlig for legater og hjemmeside
Anette Østerkjerhuus

Bestyrelsesmedlem, repræsentant for det nordiske samarbejde

Lene Birkner Nielsen

Bestyrelsesmedlem, ansvarlig for hjemmeside og medredaktør for bladet

Eva Juhl Hansen

Bestyrelsesmedlem og ansvarlig for boganmeldelser

Lena Wittenhoff

Bestyrelsesmedlem og medredaktør for bladet

Kirsten Krone Reichl

Bestyrelsesmedlem

Lisbeth Jørgensen

Bestyrelsesmedlem

Ida Karina Thorsteinsson

Ad 9:

Vedtægtsændringerne blev enstemmigt vedtaget

Ad 10 og 11:

Ingen indkomne forslag eller punkter under evt.

Fortættes side 8



FORMANDSBERETNING

Lena Wittenhoff

Formand

Vi havde valgt at holde vores Generalforsamling efter Temadagen i juni måned. Det lykkes desværre ikke for os at få deltagere til Generalforsamlingen, så det var kun bestyrelsen, der var tilstede på Generalforsamlingen.

Efter fremlæggelsen af Formandsberetningen fremlagde vores kasserer selskabets økonomi. Du kan se budgetfremlæggelsen i Børn og Unge Sygeplejersken nr.2

Vi er nu 477 medlemmer i det Faglige Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med børn og unge.

Der er 22 Børne og Unge afdelinger i Danmark, så det vil være utrolig dejligt, hvis det kunne lykkes os at få lidt flere medlemmer. Vi er kun 7 i bestyrelsen, så vi er afhængige af jeres hjælp med at rekruttere medlemmer til Det Faglige Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med børn og unge. Det vil fremme vores muligheder for at udbrede viden og nye tiltag inden for vores speciale.

I Det Faglige Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med børn og unge, har vi i mange år italesat behovet for at løfte vores speciale og få etableret en "Specialuddannelse i pædiatri."

Vores samarbejdspartner i Norden og Europa undre sig meget over at uddannelsen endnu ikke er etableret i Danmark .

Vi er et af de få lande i Europa, der endnu ikke har fået en speciale uddannelse. Der er ingen tvivl om at arbejdet med børn, unge og familierne kræver specielle kompetencer og en større indsigt i specialet. Udover anatomi, fysiologi, sygdomslærer er der også specielle hensyn indenfor jura, medicinregning, pædagogik og sociale kompetencer.

Der er nu lavet et statement fra Pædiatrisk sammenslutning af Sygeplejersker i Europa (PNAE)

Dette statement skal ses i lyset af, at der i de fleste lande findes en specialuddannelse som børnesygeplejerske. Spørgsmålet er hvilke minimumskrav, der er i forhold til den løbende faglige udvikling og registrering indenfor pædiatrien.

Oversygeplejerådet har nu nedsat en gruppe, der arbejder på et kommissorium til sundhedsstyrelsen.

Samarbejdet med sygeplejerskerne i Norden og Europa er utrolig givtigt og inspirerende for os.

I år var det os, der stod for mødet med sygeplejersker og sundhedsplejersker fra Norden. På vores bestyrelsesmøder drøfter vi emner, der har relevans for både sundhedsplejersker og sygeplejersker i Norden.

I år havde vi blandt andet fokus på asylfamilier. Hvordan sikrer vi at børnene og deres familier – på trods af at hele deres fundament er væk, får den støtte og vejledning de har brug for.

På mødet havde vi også punkter som: Sundhedspleje på tværs af vores sektorer, ufrivillig fastholdelse af børn, HPV vaccinen og børn med kroniske sygdomme. På Island er der iværksat et stort arbejde i skoleområdet, da mange elever er deprimerede. Der er manglende trivsel i skolen og mange overvægtige. På skolen er der dannet teams af terapeuter, psykologer, sundhedsplejersker og sygeplejersker.

Det Faglige Selskab for sygeplejersker, der arbejder med børn og unge, er forsat med i samarbejdet med Dansk Sygeplejeselskab. DASYS er en paraplyorganisation under DSR. DASYS består af et dokumentationsråd, forskningsråd, uddannelsesråd og Center for kliniske retningslinjer.

De arrangerer faglige og meget relevante kurser og konferencer for os. Se mere på deres hjemmeside. www.dasys.dk

Vores Temadag sidste år havde fokus på Smerter og ufrivillig fastholdelse af børn ved smertefulde procedure. Det var en utrolig spændende og givtig dag.

KÆRE ALLE

Af Sygeplejerske Lena Wittenhoff

Efter 9 utrolige spændende og lærerrige år som Formand for Det Faglige Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med børn og unge, har jeg valgt at trække mig fra Formandsskabet og overlade pladsen til Conni Andersen. Karin Bundgaard er nu vores næstformand.

Jeg fortsætter i bestyrelsen og har blandt til opgave at få anmeldt nogle af de nye bøger, der udkommer indenfor vores fag. Børnesygeplejen/pædiatrien har på ingen måde holdt sig tilbage i forhold til at forandre og udvikle sygeplejen. Der er sket mange spændende ting og forandringerne, som er til gavn for patienterne.

De fleste børneafdelinger er i dag indrettet, så der både er plads til børn og unge op til 18 år. Der er fokus på et fædrevenligt miljø på neonatal afdelingerne og hele familien er velkommen.

Indlæggelsestiden er forkortet og Hospitals Klovnene hjælper



os med at aflede børnene og skabe lidt humor og adspredelse på vores afdelinger. Smerteklinikken på Rigshospitalet har været medvirkende til at fagpersonale og organisationer, som Børns Vilkår, igen de sidste år har haft meget fokus på smertebehandling af børn, samt hvordan vi kan undgå smertefulde procedure. Der anvendes nu lattergas på alle Børne- og ungeklinikker i Danmark. En udvikling der nu forsætter på skadestuerne.

Det Faglige Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med børn og unge, vil de næste år arbejde for en specialuddannelse indenfor sygeplejen til børn og unge. Her finder vi inspiration og støtte fra vores kollegaer i Norden.

At vi får flere overvægtige børn og børn, der mistrives, er desværre en kendsgerning, vi må forholde os til. Forhåbentlig er vores tilgang til børnene og deres familie anvendelig i forhold til at hjælpe dem på vej igen.

På akutte afdelinger er kvaliteten af sygeplejen optimeret med triagering og PEWS score af alle patienterne.

Der er etableret palliative teams og sidste år åbnede Sct. Lucas stiftelsen Lucas Huset i København.

Dette var bare et lille udpluk af nye tiltag, der er sket indenfor Børnesygeplejen i de sidste 10 år – nu er det spændende, hvad fremtiden bringer.

TEMADAG

4th PNAE
Congress on
Paediatric Nursing
1 & 2 June 2018
Athens, Greece

PNAE
Hellenic Paediatric
Nursing Association

Under the auspices of:
NATIONAL AND KAPODISTRIAN
UNIVERSITY OF ATHENS
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF NURSING

Se mere på: <http://www.pnae2018.org>

Temadag om palliation til børn og unge

den 25. oktober i Odense

Hvis du arbejder som sygeplejerske med børn med neuromuskulære lidelser er det noget for dig at deltage, uanset om det er på børneintensiv, neonatal afsnit eller almindelig børnesengeafsnit.

Deltag, få viden og vær med til at udvikle sygepleje og tværfaglighed i den palliative indsats til disse børn og familier.

Alle fagfolk med interesse for palliation til børn og unge er velkomne på temadagen. Det koster kun 200 kr at deltage.

Det er 4. gang vi afholder en temadag i Danmark og denne gang er emnerne:

- **Børn og unge med neuromuskulære lidelser – palliativ indsats**
Hvordan kan vi lindre symptomer ved fysioterapeut Kamilla Kehl, Fenrshus Århus.
Hvordan oplever forældre indsatsen til deres børn med neuromuskulære lidelser – en undersøgelse ved Ulla Werlauf fra RehabiliteringsCenter for Muskelsvind,
Hvilke diagnoser ser vi og hvordan ser forløbet ud hos det livstruede barn som er i risiko for at dø i løbet af barndommen af sin sygdom.
Etiske overvejelser i behandlingen ved neuropædiater
- **Kortlægning af de regionale palliative børneteams som har eksisteret siden foråret 2016.** Status, hvilke lidelser har børnene, hvilken støtte får familierne, samarbejde på tværs mm
- **Søskende til syge børn** ved sygeplejerske Malin Løvgren.

Arrangør af dagen er den nationale "arbejdsgruppe for palliativ indsats til børn og unge i Danmark" ved :

Tove Videbæk, Hospice Forum Danmark.
Camilla Lykke, sygeplejerske, ph.d. studerende, Palliativ forskningsgruppe, Onkologisk klinik, RH

Margit Bjerregaard, sygeplejerske ved Børnepalliativt Team, Region Midt / Børneonkologisk afsnit AUH

Steen Nielsen, klinisk psykolog, Det Udgående Hospiceteam og Lukashuset, Sct Lukas Stiftelsen

Mette Raunkjær, sygeplejerske/seniorforsker, REHPA, Videncenter for Rehab og Palliation, SDU



Landsmøde om ernæring til raske og syge børn og unge

Undervisningsdag for børnesygeplejersker ansat på en børneafdeling/ambulatorie

Mandag 2. oktober kl. 09.30 – 16.00 på Rigshospitalet i Auditorie 2

Program

09.30-10.00	Kaffe og brød
10.00-11.00	Ernæring til raske børn de første 1000 dage Professor Kim Fleischer Michaelsen
11.00-11.15	Pause. Frugt
11.15-12.00	Vurdering af vækstkurver herunder identifikation af børn i risiko for malnutrition. Dårlig trivsel - udredning Professor Christian Mølgaard
12.00-12.45	Energi og proteinbehov til syge børn og unge. Børn i dårlig trivsel – behandling Ledende kl. diætist MSc Karin Kok
12.45-13.15	Frokost
13.15-13.45	Hvor vigtigt er det med jern og vitamin D? Kl. diætist NNH. Dorte Wiuf Nielsen
13.45-14.15	Børn med obstipation - behandling Overlæge Ph.d. Bente Utoft Andreasen
14.15-14.30	Pause Kaffe og snack
14.30-15.00	Gluten, laktose Fodmap Overlæge Ph.d. Bente Utoft Andreasen
15.00-15.55	Pleje af gastrostomi – PEG/knap Klinisk sygeplejespecialist Gitte Petersen
15.55-16.00	Afrunding og Farvel

Tilmelding og betaling

Pris 350 kr.

Tilmelding og betaling senest
d. 04-09-2017.:
rh-barnernaering@regionh.dk

Reg.nr. 3100
Kontonr. 3100130815

IBAN:
DK2930003100130815

Swiftkode: DABADKKK

Danske Bank
Holmens Kanal 2
1092 København K

Reference der skal oplyses:
F-23021-02

Praktisk info

Der serveres frokostbolle,
kaffe, frugt, snack og vand.

Blandede bolscher i børnehøjde



En dag med fokus på

- Kultursammenstød i mødet med børn og familier
- Børns psyko-sociale udvikling
- Krisehåndtering
- Det for tidligt fødte barn, smerter, overstimulation
- Etiske dilemmaer
- Ufrivillig fastholdelse
- Input fra forældre
- Rejsefortælling
- Surprise

- for sygeplejersker med kontakt til børn

Programmet ses på www.børnesymposium.dk og der er åbent for tilmelding fra 1. april



Symposiet er arrangeret af anæstesisygeplejersker på Rigshospitalet, JMC, afsnit 4013
Styregruppe: Gitte Haagerup, Susanne Holbek, Maria Hartung, Kristina Engstrøm Truelsen og Susanne Christensen
Kontakt: Susanne.Helene.Christensen@regionh.dk

Boganmeldelse

En boganmeldelse til "Børn og ungesygeplejersken" honoreres med bogen.

Det "Faglige Selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge" annoncerer bøger i "Børn og ungesygeplejersken", der kan anmeldes, men hvis du kender til en bog, du gerne vil anmelde, kan du kontakte conni.lindberg.andersen@regionh.dk, som så vil forsøge at skaffe bogen til dig. Bogen skal anmeldes til bladet indenfor det næste halve år.

Vejlledning til hvordan du kan opstille anmeldelsen:

- Bogens fulde titel.
 - Forfatteren eller forfatterens 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 beskrivelsen af bogen 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 scene, som du finder spændende.

Anmeldelsen må max. fylde en A-4 side.

Anmeldelsen sendes på mail til conni.lindberg.andersen@regionh.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: conni.lindberg.andersen@regionh.dk

Boganmeldelse!

Har du lyst til at anmelde bogen:

"REFLEKSION I VEJLEDNINGSSAMTALER" af Linda Schumann Scheel
eller

"VELFÆRDSTEKNOLOGI i sundhedsvæsenet" af Trine Ungermann Fredskild
skriver du bare til mig på Lena.wittenhoff@rsyd.dk

Du får bogen for en anmeldelse.

LANDET RUNDT

Landet Rundt skal indeholde input fra jer, om hvad der foregår rundt om på landets børneafdelinger – 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 løsning på netop det problem, du selv står med. Vi håber, det vil vælte ind med små skrivelser fra jer.

LÆSERNE HAR ORDET

Læserne har ordet er tænkt som en slags læserbreve, hvor I kan give udtryk for jeres me-

ning om diverse faglige og fagpolitiske emner. Formålet er at styrke det faglige og fagpoliti-

ske sammenhold for børn- og ungesygeplejersker.

Familie Centreret Samarbejde

Et interventionsstudie i hvordan forældres behov tilgodeses, og principperne i Patient og Familie Centreret Pleje realiseres i samarbejdet mellem forældre til indlagte børn (0-11 år) og sygeplejersker

Camilla Grauslund Bredahl, Klinisk Sygeplejespecialist, BN, Cand.cur., JMC, BørneUngeKlinikken, Rigshospitalet. Tlf. 35 45 74 24, Mail: camilla.louise.bredahl@regionh.dk

Introduktion

Denne artikel beskriver et studie udført på semiintensiv børneafdeling på Rigshospitalet, og handler overordnet om brugerinddragelse og involvering i behandling og pleje. Brugerinddragelse øger patientsikkerheden, tilfredsheden og brugerens livskvalitet, og overordnet sikrer brugerinddragelse en bedre kvalitet af plejen og behandlingen(1). I pædiatrien er det kendt, at tilstedeværelsen af forældre og deres aktive deltagelse og indflydelse på plejen og behandlingen fremmer barnets sundhed (2, 3), og forældres tilfredshed med plejen øges, når de bliver involveret og er aktive partnere (4). Forældres tillid til de sundhedsprofessionelle er afhængig af, at deres forventninger til plejen bliver mødt (5). Dog viser studier, at forældre, i samarbejdet med sygeplejersker (spl) under indlæggelse, oplever manglende kommunikation og forhandling om, i hvilken udstrækning forældre ønsker at blive inddraget i plejen, samt diskussion om ansvarsfordelingen i plejen(6). Forældre oplever udfordringer i kommunikationen(7-9), utilfredsstillende information(7, 9) og at spl. har skjulte forventninger til dem(7), samt ikke altid er opmærksomme på forældrenes behov og ikke formår at tilgode disse(10).

Der er bred tilslutning på Danmarks børneafdelinger om at arbejde ud fra principperne i Patient og Familie Centreret Pleje (PFCC), der netop lægger

vægt på brugerinddragelse, hvor kerneprincipperne er respekt og værdighed, informationsdeling, deltagelse og samarbejde(11).

Forældrenes oplevelser af samarbejdet med spl. viser, at principperne ikke lykkedes i alle tilfælde.

I undersøgelser af spl. oplevelser af samarbejdet med forældre, fremstår det, at spl. har klare forventninger til forældre(12, 13). Spl. udtrykker, at det skaber vanskeligheder i samarbejdet, hvis spl. og forældrenes forventninger er i konflikt, dog italesætter spl. ikke deres forventninger til forældrene(14). Spl. fremhæver, at partnerskab med familien er vigtigt, men udtrykker, at partnerskabet er vanskeligt, når forældrene ikke følger spl. anvisninger for plejen(12). I partnerskabet beskriver spl., at det er væsentligt at give forældrene "lov til" at bestemme graden af deres involvering, dog vurderer spl. forældrenes villighed til at deltage, ved at arbejde ved siden af dem og ikke gennem diskussion(13, 14).

Ovenstående belyser nogle af de udfordringer, der eksisterer i samarbejdet mellem spl. og forældre. Ligeledes belyser ovenstående gabet mellem teori og praksis hos spl.. Gabet mellem, hvad de ønsker at gøre ud fra teorien om PFCC, og det de udfører i praksis.

Studier viser, at PFCC er en abstrakt teori, der kan være svær at implementere i praksis; der er diskrepans mellem det spl. ønsker at gøre og det, der sker

i praksis(15-17). Selvom Rigshospitalet har en vision om at arbejde Patient og Familie Centreret, findes der ingen vejledning eller retningslinje for, hvordan spl. gør dette i praksis. Hutchfield(18) understreger behovet for yderligere forskning i, hvordan spl. kan skabe et sandt partnerskab og godt samarbejde med forældrene.

Børns sundhed er ligeledes influeret af deres forældres Health Literacy(19-21). Health Literacy (HL) kan oversættes til dansk med Sundhedskompetence(22) og forstås som forældrenes viden og evner til at forstå, anvende og kritisk forholde sig til sundhedsinformation, således at de kan være involveret i plejen og behandlingen af deres barn og tage relevante beslutninger om deres børns sundhed(23). Nørgaard et al.(23) argumenterer for, at der skal være mere fokus på HL i Danmark, specielt på baggrund af en Europæisk undersøgelse, der viser, at 50 % af Europas befolkning har lav HL(24). Tilsvarende er der udført en måling af HL-niveauet hos forældre i USA, hvilket viser, at 29 % af forældrene har lav HL(25). Herudfra vurderes, at forældres HL er relevant, når fokus er på børns sundhed, samt forældreinvolvering og deltagelse i plejen. Formålet med studiet var at undersøge, hvordan kvaliteten af samarbejdet mellem spl. og forældre til indlagte børn i alderen 0-11 år kan optimeres, så barnets sundhed og forældrenes tilfredshed øges. Forældrene skal opleve, at de

bliver inddraget i plejen i den udstrækning de ønsker, deres behov bliver tilgodeset, og at principperne i PFCC bliver realiseret. Det vil sige, at familien bliver respekteret og behandlet med værdighed, at de får hensigtsmæssig information på en hensigtsmæssig måde, og at de øger deres handlekompetencer ift. plejen af deres barn. Formålet er ligeledes at bygge bro mellem teori og praksis for spl.

Metode

Undersøgelsen var et interventionsstudie inspireret af metoden "Generalized Method" af McKenzie et al.(26). Der er fem trin i modellen, som præsenteres herunder.

1. Vurdering af behov

Forældres behov i samarbejdet med spl. blev identificeret ud fra sekundær data(eksisterende forskning). Data blev søgt i de sundhedsfaglige databaser Cinahl og PubMed og inkluderede 11 egnede studier(6-10, 12-14, 27-29). Der blev udført en induktiv indholdsanalyse(30) af forældres og spl. oplevelser i samarbejdet med hinanden, samt hvad der er betydningsfuldt for et succesfuldt samarbejde.

2. Fastsættelse af mål

Analysen af forældrenes og spl. perspektiv blev fortolket ud fra Zoffmanns teori om relationsformer og Guidet Egen Beslutning(GEB), PFCC, empowerment og begrebet HL. På baggrund af analyse og diskussion af forældrenes og spl. perspektiv blev målsætningerne for interventionen fastsat.

3. Udvikling af interventionen

Interventionen, målgruppen skal deltage i, blev udviklet på baggrund af GEB og virkemidlerne heri, samt redskaber i HL. Herunder "Spørg om 3" og redskaber for talt kommunikation.

4. Implementering af interventionen

Der blev udført en pilottest af interventionen med seks forældrepar og fem spl. Pilottesten blev udført for at vurdere kva-

liteten af interventionen og få erfaringer, før den endelige implementering af interventionen blev iværksat.

5. Evaluering af interventionen

Interventionsstudiet blev evalueret ud fra tre forskellige kriterier: 1. Summativ – effekten af interventionen 2. Formativ – forbedringer af interventionen 3. Proces – forbedringer ved implementeringsprocessen(26). Kun den summative evaluering præsenteres her.

Semistrukturerede individuelle interviews af forældre og fokusgruppeinterview af spl., der deltog i interventionen, dannede baggrund for evalueringen. Data blev analyseret ud fra Elo og kyngäs(30) metode for deduktiv indholdsanalyse.

Resultater

Interventionen bestod af et brev til forældrene, samt et kommunikationsredskab med spørgsmål til forældrene, som de fik udleveret 1-2 dage inden en samtale mellem spl. og forældre. Interventionen bestod også af undervisning af spl. i den bagvedliggende teori; GEB og HL.

De essentielle målsætninger for interventionen omhandlede overordnet:

Graden af deltagelse og involvering, herunder støtte til udvikling af empowerment.

Gensidig forventningsafstemning

Tillidsfuld, ligeværdig og respektfuld relation

Kommunikation; tilfredsstillende information, der er forståelig og anvendelig. Samt sikre italesættelse af vanskelige følelser, uenigheder og udfordringer.

Summativ evaluering

Den summative evaluering af interventionen inddeles efter de fire overordnede målsætninger:

Deltagelse

Det vurderes, at interventionen er medvirkende til, at forældrene blev involveret og deltog i plejen ud fra deres behov og

ønsker, da forældrene til samtalen udtrykte deres ønsker til involvering. Ligeledes blev der lagt en plan for udvikling af deres handlekompetencer, da flere forældre igennem samtalen og arbejdsopgaverne blev klar over muligheden for at opnå yderligere kompetencer ift. plejen af deres barn.

Forventninger

Det vurderes, at samtalen og arbejdsopgaverne kan medvirke til forventningsafstemning mellem spl. og forældre, da flere forældre igennem samtalen bliver klar over, hvilke forventninger spl. har til dem under indlæggelsen, samt at forældrene fremhæver, at disse forventninger ikke bliver berørt til daglig. Dog skete afklaringen af spl. forventninger ikke i alle tilfælde. Alle forældrene får udtrykt deres forventninger til samarbejdet og indlæggelsen til samtalen, for fleres vedkommende for første gang under indlæggelsen.

Kommunikation

Vanskelige følelser

Interventionen vurderes at være medvirkende til, at forældrene får italesat deres vanskelige følelser, samt eventuelle uenigheder med spl., da alle forældre til samtalen udtrykker hvilke vanskeligheder, uenigheder eller udfordringer de oplever i indlæggelsesforløbet, hvilket ikke alle har gjort før.

Ingen spl. eller forældre beretter, at spl. har udtrykt uenigheder med forældrene, udfordringer eller vanskeligheder i plejen af børnene, hvilket er tankevækkende, da flere af de forventninger forældrene fremhæver som betydningsfulde, kan spl. ikke leve op til, bl.a. ønsket om et lille fast plejeteam. I den jeg-du-sorterede relation er gensidig åbenhed essentiel for problemløsningen, hvilket kræver, at spl. er ærlig og udtrykker sine holdninger og refleksioner, og evt. rykke ved forældrenes opfattelse af situationen således, at de ikke oplever uopfyldte forventninger og derved

har færre frustrationer i samarbejdet.

Information

Det er ikke tydeligt, om interventionen medvirker til at sikre, at forældre oplever en tilfredsstillende informationsmængde, da forældrene oplevede informationen som tilfredsstillende i forvejen. Både forældre og spl. udtrykker sig meget positivt om "Spørg om 3"(se nedenstående). "Jo mere jeg så på det, des mere relevant blev det. Det er meget skarpt"(Mor). Forældrene bruger dem som inspiration til at stille spørgsmål under indlæggelsen. Ligeledes kan "Spørg om 3" sikre tilfredsstillende informationsmængde, hvis spl. tager udgangspunkt i spørgsmålene i deres daglige pleje, hvilket flere spl. fremsagde intentioner om.

"Spørg om 3"

Hvad er mit barns primære problem?

Hvad mener I, at der er behov for, at jeg gør?

Hvorfor mener I, at det er vigtigt at gøre sådan?

Relationen

Det vurderes, at interventionen medvirker til at skabe en relation præget af tryghed, fortrolighed, ligeværdighed og respekt mellem forældre og spl. Dette illustreres ved, at der berøres dybe, personlige og følelsesladede emner til samtalerne. Der er flere eksempler på, at spl. reflekterer over forældrenes svar og bliver opmærksom på uhenigtsmæssigheder i samarbejdet. Det vurderes, at interventionen, herunder skabelse af et rum, hvor forældrenes mening og oplevelse betyder noget og tages alvorligt, medvirker til, at nye perspektiver i samarbejdet og plejen kommer frem.

Det overordnede mål om at optimere kvaliteten af samarbejdet mellem forældre og spl. vurderes at være opnået gennem interventionen, da det fremgår, at der i næsten alle tilfælde sker konkrete ændringer i samarbejdet for at tilgodese forældrenes behov og forvent-

ninger, og det fremkommer at gennem opmærksomhed, målrettede spørgsmål og respekt om forældrenes holdninger, kommer der nye aspekter frem, selv efter mange års samarbejde mellem forældre og sygeplejersker. Ligeledes udtrykker forældrene sig positivt om samtalen, fordi de får italesat væsentlige emner og igangsat refleksioner, hvilket har betydning for samarbejdet. Spl. får fornyet forståelse for, hvad forældrene finder betydningsfuldt og udfordrende, samt at der i samtalen blev klarlagt ting, som sygeplejerskerne før tog for givet, at der var styr på.

Overordnet for målsætningerne var også at opnå en fokuseret situationel kommunikation(31) mellem forældre og spl.. Dette fremtræder ved at alle forældre udtrykker deres uenigheder og vanskeligheder, samt at der blev diskuteret mange konkrete emner og lagt konkrete planer til alle samtalerne. I én samtale opstod endda ny erkendelse hos moderen, hvilket illustrerer et højt niveau af situationel refleksion. Gennem den fokuserede situationelle kommunikation skabes personspecifik viden, hvilket specielt fremtræder, når spl. angiver, at de i samtalen får en erkendelse af, at de tidligere har haft uverificerede antagelser om, hvad forældrene finder betydningsfuldt. Herved skabes en relation præget af jeg-du-sorteret gensidighed, da det i denne relation er familiens viden og oplevelser, der vægtes højt, og spl. antagelser verificeres af forældrene. Ligeledes kræver en jeg-du-sorteret relation at der tales og reflekteres over det, begge parter finder vigtigt og vanskeligt. Dette skete til samtalerne for forældrenes vedkommende, dog ikke i samme grad for spl., idet spl. ikke fremkom med uenigheder. Dog italesatte spl. de emner og forventninger, de anså for betydningsfulde og derved vigtige for samarbejdet, hvorfor der kan argumenteres for, at relatio-

nen er præget af jeg-du-sorteret gensidighed.

Diskussion

Ud fra ovenstående evaluering ses, at dette studie bidrager til at operationalisere og realisere principperne i PFCC i praksis. Studiet bidrager med et konkret redskab til, hvordan spl. i samarbejdet med forældre kan yde sygepleje, der er karakteriseret af principperne i PFCC om inddragelse, respekt, værdighed og informationsdeling. Studiet bidrager således også til hvordan filosofien implementeres i praksis(32) og hvordan spl. skaber partnerskab med forældre(27).

Fundene i studiet understøttes af et lignende studie, der anvender struktureret kommunikation mellem forældre til indlagte børn og spl., gennem refleksionsark og samtaler(33). Samtaler og refleksionsark skaber refleksioner hos forældrene over deres situation, samt hjælper forældrene med at udtrykke vanskelige følelser og uenigheder med spl.(33). Weis'(33) studie viser tilsvarende, at gennem interventionen opnås dybere kommunikation, hvor der diskuteres andre alvorlige og relevante emner end i det daglige, hvilket også fremtrådte i denne intervention. Effekten af målrettede skriftlige spørgsmål på samarbejdet mellem forældre og spl. understøttes ligeledes i et studie af McCann et al.(34), der finder, at et skriftligt redskab til spl. bidrager til mere åben kommunikation og informationsdeling mellem forældre til indlagte børn og spl., at spl. gennem redskabet yder individuel pleje, der opfylder familiernes behov og ønsker til plejen.

I dette studiet fremtrådte, at spl. er tilbageholdende med at italesætte deres forventninger og uenigheder, hvilket er overensstemmende med andre studier(9, 27). Ligeledes finder Zoffmann, at spl. er tilbageholdende med at italesætte deres

uenigheder eller konfrontere patienter(35). Spl. tilbageholdenhed er et væsentligt element at arbejde videre med i implementeringen. Der kan reflekteres over, om spl. er "opdraget" til at være høflige og ikke modsige forældre pga. den udvikling sundhedsvæsenet har taget i konkurrencestaten. I konkurrencestaten er forældre forbrugere og de "har altid ret"(36).

Der blev udført en strategisk og hensigtsmæssig udvælgelse af deltagende forældre, hvilket styrker overførbareheden og derved gyldigheden af studiet(37). Forløbene varierede efter hensigten på indlæggelseserfaring, diagnose og alder på barnet.

Spl. modtog interventionen positivt og tilkendegav, at det var et meget relevant emne. De var villige til at ofre meget tid og mange ressourcer i projektet, hvilket er et udtryk for, at spl. var motiverede for interventionen og var villige til at adaptere interventionen i deres praksis, hvilket er en styrke for studiet, da chancen for, at interventionen er udført korrekt, derved øges(38).

Troværdigheden af studiet er styrket gennem anvendelsen af metode, kilde- og teoritriangulering(37, 39, 40), da der anvendes både individuelle, semistrukturerede forældreinterviews og fokusgruppeinterview og fokusgruppeinterview af spl., samt flere teoretiske perspektiver i fortolkningerne: PFCC, HL og GEB. Studiets resultater er fremkommet på baggrund af righoldigt og fyldestgørende kvalitativt datamateriale, hvilket styrker gyldigheden og pålideligheden af studiets resultater(40).

Perspektivering

Interventionen er blevet et fast tilbud til familier indlagt mere end én uge på semiintensiv børneafd. og TXID afd. Interventionen kan ikke benyttes til unge patienter og deres familier, da

de har helt andre behov, og derfor er der et igangværende projekt målrettet de unge patienter og deres forældre.

På baggrund af den formative evaluering var der en proces på afdelingen med identificering af generelle forventninger til familier indlagt på afdelingen. Dette blev drøftet tværfagligt og ekspliciteret i velkomstpjecen til afdelingen.

Fokus på deltagelse og forventningsafstemning, information og behov er essentielle begreber i interventionen, og fordi spl. bliver bevidste om vigtigheden af disse begreber og lærer at italesætte og diskutere disse emner under samtalerne, kan det forhåbentlig resultere i, at emnerne diskuteres i det daglige, således at begreberne integreres i den daglige pædiatriske sygepleje.

Referencer

1. Ministeriet for Sundhed og F. Dialogpapir om øget inddragelse af patienter og pårørende: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2014. Available from: http://www.sum.dk/-/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Dialogpapir-oeget-inddragelse-af-patienter-og-paar-aug-2014/01-Dialogpapir-om-oeget-inddrag-af-patienter-paaroeerende.aslx.
2. Jones DC. Effect of parental participation on hospitalized child behavior. Issues in comprehensive pediatric nursing. 1994;17(2):81-92.
3. Hallström I. Strategies for feeling secure influence parents' participation in care. Journal Of Clinical Nursing. 1999;8(5):586-92.
4. Kuo DZ, Sisterhen LL, Sigrest TE, Biazio JM, Aitken ME, Smith CE. Family experiences and pediatric health services use associated with family-centered rounds. Pediatrics. 2012;130(2):299-305.
5. Thompson VL, Hupcey JE, Clark MB. The development of trust in parents of hospitalized children. Journal for specialists in pediatric nursing. JSPN. 2003;8(4):137-47.
6. Blower K, Morgan E. Great expectations? Parental participation in care. Journal of Child Health Care. 2000;4(2):60-5.
7. Ygge BM, Arnetz JE. A study of parental involvement in pediatric hospital care: implications for clinical practice. Journal Of Pediatric Nursing. 2004;19(3):217-23.
8. Hopia H, Tomlinson PS, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. Journal of clinical nursing. 2005;14(2):212-22.
9. Roden J. The involvement of parents and nurses in the care of acutely-ill children in a non-specialist paediatric setting. Journal of Child Health Care. 2005;9(3):222-40.
10. Coyne I. Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles 2015; 18(5):[796-808 pp.].
11. Institute for patient and family centred care 2012. Available from: <http://ipfcc.org/about/pfcc.html>.
12. Lee P. What does partnership in care mean for children's nurses? 2007; 16(3):[518-26 pp.].
13. Coyne I. Disruption of parent participation: nurses' strategies to manage parents on children's wards 2008; 17(23):[3150-8 pp.].
14. Power N, Franck L. Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review 2008; 62(6):[622-41 pp.].
15. Mikkelsen G, Frederiksen K. Family-centred care of children in hospital - a concept analysis 2011; 67(5):[1152-62 pp.].
16. Shields L. Questioning family-centred care. Journal of clinical nursing. 2010;19(17-18):2629-38.
17. Foster MJ, Whitehead L, Maybee P, Cullens V. The parents', hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family centered care within a pediatric critical care setting: a metasynthesis of qualitative research. Journal of family nursing. 2013;19(4):431-68.
18. Hutchfield K. Family-centred care: a concept analysis. Journal of advanced nursing. 1999;29(5):1178-87.
19. Yin HS, Sanders LM, Rothman RL, Shustak R, Eden SK, Shintani A, et al. Parent health literacy and "obesogenic" feeding and physical activity-related infant care behaviors. The Journal of pediatrics. 2014;164(3):577-83.e1.
20. Harrington KF, Zhang B, Magruder T, Bailey WC, Gerald LB. The Impact of Parent's Health Literacy on Pediatric Asthma Outcomes. Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology. 2015;28(1):20-6.
21. Liechty JM, Saltzman JA, Musaad SM. Health literacy and parent attitudes about weight control for children. Appetite. 2015;91:200-8.
22. Madsen MH, Højgaard B, Albæk J, Sundhedsstyrelsen. Health literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner : Notat udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Dansk Sundhedsinstitut. København: Sundhedsstyrelsen; 2009. 30 s., bilag, med bibl. p.
23. Norgaard O, Sørensen K, Maindal HT. Behov for mere forskning i patienters sundhedskompetence 2014 2014/01/06. Available from: <http://ugeskriftet.dk/videnskab/behov-mere-forskning-i-patienters-sundhedskompetence-1>.
24. Health literacy : the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
25. Yin HS, Johnson M, Mendelsohn AL, Abrams MA, Sanders LM, Dreyer BP. The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. Pediatrics. 2009;124 Suppl 3:S289-98.
26. McKenzie, Neiger, Thackeray. Planning, implementing, and evaluating health promotion programs. 6 ed. Boston: Pearson; 2013.
27. Corlett J, Tuycross A. Negotiation of care by children's nurses: lessons from research 2006; 18(8):[347 pp.].
28. Butler A, Copnell B, Willets G. Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. Journal of clinical nursing. 2014;23(15-16):2086-99.
29. Espezel HJE, Canam CJ. Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. Journal of advanced nursing. 2003;44(1):34-41.
30. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. Journal of advanced nursing. 2008;62(1):107-15.
31. Zoffmann Knudsen V. Guided self-determination : a life skills approach developed in difficult Type 1 diabetes : PhD thesis. Århus: Department of Nursing Science, University of Aarhus; 2004. xviii, 285 sider, illustreret p.
32. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centred care: a review of qualitative studies. Journal of clinical nursing. 2006;15(10):1317-23.
33. Weis J. Guided family-centred care : effect and experiences of structured communication in NICU : PhD thesis. Kbh.: Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen; 2014. Ca. 140 sider, illustreret p.
34. McCann D, Young J, Watson K, Ware RS, Pitcher A, Bundy R, et al. Effectiveness of a tool to improve role negotiation and communication between parents and nurses. Paediatric nursing. 2008;20(5):14-9.
35. Zoffmann Knudsen V. Det relationelle forhold mellem patient og professionel. Klinisk sygepleje. 1999;13(2):114-25.
36. Pedersen OK. Konkurrencestaten. Kbh.: Hans Reitzel; 2011. 334 sider p.
37. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice. 8 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins; 2014. xviii, 493 sider, illustreret p.
38. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education : theory, research, and practice. 4 ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2008. xxxiii, 552 s., illustreret p.
39. Høstrup, Schou, Poulsen, Larsen, Lyngsø. Vurdering Af Kvalitative Studier -VAKS: Dagsys; 2009. Available from: <http://dagsys.dk/images/VAKS-danskversion.pdf>.
40. Kvale S, Brinkmann S. Interview : introduktion til et håndværk. 2 ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2009. 376 sider p.

Skolefravær hos unge med kronisk sygdom – konsekvenser, mønstre og hospitalets rolle

Mette Hald, specialist i Sundhedspsykologi, Psykolog ved Børneafdelingen, Hvidovre Hospital
Tlf.: 38 62 02 19. Mail: mette.hald.01@regionh.dk

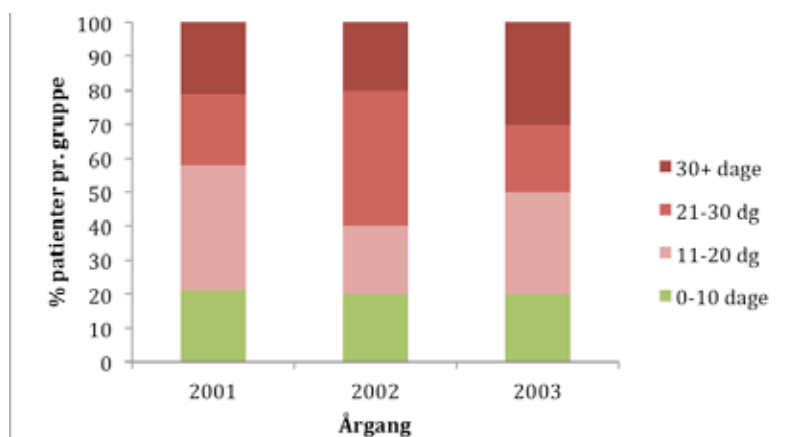
Det anslås, at hvert sjette barn rammes af langvarig eller kronisk sygdom i løbet af deres skoletid. Mange af disse børn og unge med kroniske lidelser oplever, at sygdommen, behandlingen og bivirkninger i perioder kan sætte begrænsninger for deres almindelige aktive liv og deres skolegang. For nogle bliver et forhøjet skolefravær "the new normal". Det er værd at overveje, om skolefraværet i nogle tilfælde er højere, end det behøver at være – og om vi som sundhedsprofessionelle kan spille en mere aktiv rolle i forhold til at skabe bedre betingelser for de unges patienters skolegang.

Fraværsrundspørge

Det samlede fravær for landets folkeskoleelever (2014-15 tal) er 5,4%, svarende til knap 11 dages skolefravær. Elever ramt af kroniske lidelser må forventes at have et noget højere fravær - dels på grund af sygdom og bivirkninger, og dels fordi de mange gange er nødt til at afsætte hele og halve dage til undersøgelser/behandling.

En rundspørge blandt 44 unge (13-15 år) med inflammatoriske tarmlidelser (Crohn og Colitis ulcerosa) tilknyttet Børneafdelingen, Hvidovre Hospital illustrerer problematikken (Hald, 2017). Rundspørgen viste, at 80 % af de unge patienter havde haft mere end 11 dages fravær i det netop afsluttede skoleår (2015-16).

Halvdelen, dvs. 22 patienter, havde et fravær som var endda meget over landsgennemsnittet, hhv. 21-30 dages fravær (12



Skolefravær antal børn/årgang

patienter) og mere end 30 skoledages fravær (10 patienter). Fravær af et sådant omfang må forventes at få negativ indvirkning for de berørte unges skolegang.

Vigtige faktorer: Som man har det og som man ta'r det

Sygdommens aktivitet og alvorlighedsgrad spiller selvsagt en afgørende rolle for skolefraværet. En effektiv monitorering og behandling muliggør lange perioder med begrænsede sygdomsgener. Lykkes det at holde sygdommen i ro, er meget nået - også i forhold til den unges skolegang. Samtidig er det dog værd at bemærke, at en lav eller moderat sygdomsaktivitet ikke i sig selv kan forudsige graden af den unges udfordringer. Der er andre og lige så betydningsfulde faktorer, og konsekvenserne af et højt skolefravær kan derfor ikke umiddelbart beregnes ud fra en fast formel. Den enkelte unges faglige niveau, sociale kompetencer og tilgang, samt graden af støtte og engagementet fra forældre, kamme-

rater og lærere indgår som vigtige og variable faktorer.

A. Carr (2015) har beskrevet de mange elementer, der er afgørende for børn/unges helhedssituation. Carr opererer med fire kategorier: 1) de prædisponerende faktorer, f.eks. psykisk sårbarhed/robusthed og/eller kontekstuelle forhold, så som forældre-barn relationen og familiens funktionsniveau, 2) de fremskyndende faktorer, f.eks. sygdom, stress, skoleproblemer, tab af venskaber, 3) de vedligeholdende faktorer, f.eks. dysfunktionel coping-strategi, overinvolverede/underinvolverede forældre, manglende koordinering i behandlingssystemet, skrøbeligt netværk og 4) de beskyttende faktorer, som er alt, der fremmer kompetent udvikling og hjælper den unge til at håndtere belastninger.

Sygdommens konsekvenser vil ramme forskelligt alt efter hvor mange beskyttende faktorer, der er til stede, og hvor mange prædisponerende, fremskyndende og vedligeholdende faktorer, der skal kompenseres for. Mackner (2012) og Singh (2015) anvender samme helhedstil-

gang og påpeger, at demografiske og psykosociale forhold synes at spille en endnu større rolle for skolefraværsprocenten, end sygdomsfaktorerne gør. Hvert menneske har sine egne forudsætninger, styrker og sårbarheder, og de unge patienters forskellige udgangspunkter afspejler sig bl.a. i deres sygdomshåndtering og tilgang til skolelivet, som kan variere over tid. Samtidig kan der i de individuelle tilgange ofte observeres så mange fællestræk, at man kan tale om, at de unge patientgrupperer sig:

De heldige: I bedste fald er sygdommen i stabil remission/velreguleret, og den unge har ikke ret mange flere skoleudfordringer end deres raske kammerater.

"Han er aldrig syg, den dreng", "Hun er symptomfri, og hun kan nærmest glemme det – leve et liv uden tanke for det" (Citat fra samtaler med forældre i forbindelse med indhentning af fraværstal, Hald, 2017).

Det forventede fravær i denne gruppe er lavt.

De sammenbidte: Denne gruppe unge er drevet af stærk vilje. De har et meget stort ønske om at holde fast i den faglige og sociale tråd og går i skole trods smerter og ubehag. Denne gruppe kan nogle gange presse sig selv mere end godt er, og de kan blive svært frustrerede i de perioder, hvor sygdommen overtrumfer både vilje og disciplin.

"Hun er kun hjemme fra skolen en sjælden gang, hun vil af sted", "Selvom man er i skole, kan man godt være stærkt udfordret", "Hun udholder meget, går i skole med smerter stort set hver dag, er pligtopfyldende, stiller store krav til sig selv, får gode karakterer og sigter højt."

Det forventede fravær i denne gruppe er lavt til moderat.

Yo-yo'erne: Disse unge kan, i de perioder hvor de er utilpasse og smerteplagede, ikke over-

komme at være i det offentlige rum eller indgå i sociale sammenhænge. De vælger derfor mestendels en forsigtig strategi, hvor de i dårlige perioder bliver hjemme og hviler. Denne yo-yo pendulering mellem fravær og skolegang betyder, at de unge skal arbejde hårdt for at hænge på. De er meget afhængige af, at forældre, kammerater og lærere bakker aktivt op socialt og fagligt i fraværperioderne.

"Sidste skoleår var problematisk, men A har været flittig til at læse op. Der var fin opbakning fra klassekammeraterne, som face-timedede og snappede".

Det forventede fravær i denne gruppe er moderat til højt.

De plagede: En del af de unge patienter oplever, at tiden op til og lige efter diagnose kan være præget af svære og begrænsede symptomer. Skolen bliver ofte "skudt til hjørne" under disse forhold. Det kan tage tid at finde frem til den rigtige behandlingsplan. Derefter stabiliserer tingene sig som oftest, og et mere normalt liv kan genoptages. I værste fald er sygdommen svær at få under kontrol, og de unge må indlægges igen og igen og evt. opereres. Uanset om der er tale om en midlertidig situation eller en udfordring af mere permanent karakter, vil der være behov for en skoleplan, som kan begrænse det faglige efterslæb og understøtte inklusionen i klassens sociale fællesskab.

"Der er mange fraværsdage, for B har jo flere sygdomme og følges på andre hospitaler også", "Han er kommet bagud i alle kernefag".

Denne gruppe er i risikozonen for højt til massivt fravær.

De vildfarne: Nogle unge farer vild. De suges ind i en negativ spiral, hvor skolefravær udløser mere skolefravær. Motivationen viger, og undgåelsesadfærden kan tage over, hvis man ikke kan følge med og oven i kø-

bet føler sig venneløs. Det kan man få ondt i maven af - også selv om ens sygdom måske er i ro. Her bliver det de afledte konsekvenser af sygdommen, mere end sygdommen selv, som kommer til at definere rammerne. Denne gruppe er særligt udsat og har brug for intensiv støtte fra alle centrale aktører - familie, venner, skole og hospital - for at komme tilbage på sporet.

"Der er 50 % fravær. Det er ikke nemt for hende. Hun er røget ud af fællesskabet. Hun bliver f.eks. fravalgt til gruppearbejde, fordi de andre aldrig ved, om hun kommer".

Der er høj risiko for massivt fravær i denne gruppe.

Konsekvenser af højt skolefravær

Der er ingen tvivl om, at mangelfuldt skolefremmøde kan have negativ indvirkning på den unges liv. En gennemgang af forskningslitteraturen foretaget af Danske Patienter (2015) viser, at børn og unge ramt af langvarig og kronisk sygdom har en øget risiko for suboptimal læring og dårligere trivsel i skolen. Skolepræstationen påvirkes, og der synes - ikke overraskende - at være en sammenhæng mellem fravær og karakterer. En undersøgelse fra Undervisningsministeriet (2014) viser for eksempel, at elever med under fire dages fravær om året fik 2.5 karakterpoint højere ved de bundne prøver end elever med mere end 20 dages fravær. Fravær og karakterer kan få konsekvenser for den unges videre uddannelsesforløb. Det afspejler sig bl.a. i tilgangen til ungdomsuddannelser. Elever med lavt fravær vælger som oftest (90%) at gå videre til en ungdomsuddannelse, mens kun 69 % af elever med mere end 10 % fravær går videre (Danske Patienter, 2016). Et utilfredsstillende skoleforløb er særligt problematisk for unge med kronisk sygdom. De må i højere grad end deres raske jævnaldrende fravælge

jobs, der trækker store veksler på fysisk styrke og udholdenhed og i stedet prøve at satse på længerevarende uddannelser og vidensbaserede jobs (Rambøll, 2011, Rambøll, 2012, Mackner, 2012). Det er derfor ekstra vigtigt allerede fra diagnosetidspunktet at sikre barnet/den unge de bedst mulige betingelser for at gennemføre et sammenhængende skoleforløb, så de fremtidige uddannelses- og jobmuligheder ikke begrænses unødigt.

En anden vigtig dimension er skolefraværets konsekvenser for den unges sociale liv. Unge støtter, stimulerer og inspirerer hinandens gensidige udvikling – og skolen er i denne sammenhæng en helt central arena, specielt for de unge, som grundet deres sygdom kan have vanskeligt ved at opretholde andre ungdomsfællesskaber. Fravær begrænser den unges mulighed for at indgå i sociale sammenhænge, og den manglende erfaring med at danne og vedligeholde venskaber kan få betydning for både evnen og lysten til at være sammen med andre. Samtidig ved vi, at teenagere lever meget i nuet, og er man ikke til stede, risikerer man at blive skrevet ud af fællesskabets sociale manuskript og blive henvist til sidelinjen.

Sygdom, skolefravær, faglige huller og social isolation er særligt problematisk for de unge patienter, som i forvejen er udfordret i forhold til de faglige og/eller sociale kompetencer.

Det er ikke kun den unges men også forældrenes liv, der påvirkes af skoleproblematikkens dilemmaer; skal en modvillig ung presses/hjælpes af sted i håb om, at skole og kammerater kan fungere som afledning for smerterne, eller skal man anerkende den unges vurdering af egen tilstand og håbe, at hvile og ro kan mildne de værste gener? Det er specielt, når den unges vurdering af situationen ikke harmonerer med forældrenes indtryk, at der kan opstå en

næsten daglig kamp præget af tvivl, magtesløshed og frustration. Situationen skærpes, hvis familien tillige oplever, at der fra skolens side er manglende forståelse for den unges vanskelige situation.

Også for skolen er det manglende fremmøde et problem. Det kræver en ekstraordinær indsats at holde eleven á jour med det faglige, ligesom det er en udfordring at holde den unges plads varm i forhold til klassens sociale fællesskab.

Forslag til forebyggende indsats

Skolen danner rammen om både faglig og social udvikling, og en god skoletrivsel bidrager afgørende til den enkeltes livskvalitet. Et ustabil skolefremmøde kan give udfordringer både fagligt og socialt og kan få konsekvenser for den unge patients fremtidsmuligheder. Samtidig ved vi, at graden af fravær ikke kun bestemmes af sygdommens alvorlighedsgrad, men også af den enkelte patients særlige forudsætninger.

Også skolens indsats er afgørende, og det er en central udfordring, at den enkelte skole almindeligvis ikke kender ret meget til kroniske sygdomme og de berørte elevers behov. Den sparsomme erfaring kan betyde, at indsatsen og tilpasningen præges af "for lidt, for sent", og at skolefraværet derfor bliver højere, end det behøver at være.

Den viden om sygdommen og de erfaringer, som skolen ofte mangler, er opsamlet et andet sted – nemlig på Børneafdelingen, som gennem kontakten med de unge patienter med kroniske sygdomme oparbejder et stort kendskab til de mest almindelige skolemæssige udfordringer og evt. løsningsmuligheder. Denne store vidensressource kan med fordel inddrages mere systematisk i skolens arbejde for at skabe de bedst mulige vilkår for sko-

ledeltagelse for elever med en kronisk sygdom.

I det følgende præsenteres fire anbefalinger, som hospitalet kan iværksætte med henblik på at støtte den unge patient og dennes familie. Anbefalingerne vil samlet kunne bidrage væsentligt til bedre trivsel og dermed til at nedsætte omfanget af skolefravær for de unge patienter.

Anbefaling 1: Inddragelse af de psykosociale aspekter

Den traditionelle enstrengede konsultationstilgang med fokus kun på behandling og sygdom er i de fleste tilfælde erstattet af en form, der i højere grad har blik for inddragelse af den unge og dennes samlede situation. I den videre udvikling af denne udvidede konsultationstilgang bør der være skærpet opmærksomhed i forhold til de skolerelaterede problematikker. En betydelig del af de unge med kronisk sygdom har udfordringer netop på dette område, og det vil derfor være relevant at have graden af fravær og valg af skolestrategi som faste punkter i konsultationen. Skolefraværshæftets frekvensen kan i et vist omfang fungere som et barometer, der kan give en indikation på den unges trivsel i perioderne mellem konsultation/behandling.

Anbefaling 2: Vidensdeling med familien om skolerelaterede udfordringer

Samarbejdet mellem familie og hospitalsvæsen spiller en afgørende rolle, når forældrene skal rustes til at hjælpe deres teenager (Hummerlinck, 2006), og der er naturligt nok primært fokus på sygdom og behandling. Der er dog god grund til især omkring diagnosetidspunktet også at være opmærksom på de generelle skolemæssige udfordringer, som sygdommen typisk kan medføre, og kort præsentere de løsningsmodeller, som andre patienter i samme situation har haft glæde af. I praksis overlades det nemlig

ofte til forældrene - og nogle gange den unge selv - at orientere skolen om sygdommen (Roberts, 2010). I de fleste tilfælde vil hverken den unge, forældre eller skole have forudgående erfaringer med sygdommen og håndteringen af den i skoleregion. De ved ikke, hvad der er i vente, og hvad der forventes - eller hvad der kan gå galt. En øget videns- og erfaringsdeling om de skolemæssige problematikker vil derfor komme både familien og skolen til gode og vil lette disse to centrale aktørers samarbejde.

Anbefaling 3: Øget tværfagligt samarbejde med skolen

Samarbejdet mellem hospital og skole kan med fordel udvides og styrkes, jf. Sundhedsstyrelsens (2012) anbefalinger om, at det tværsektorielle samarbejde bør styrkes og sættes i system. Formaliserede rammer, faste procedurer og en koordinering af indsatsen er især vigtigt i arbejdet med sårbare børn og familier.

Børneafdelingens personale har meget at bidrage med i et sådant samarbejde, særligt i de tilfælde hvor afdelingen varetager lands- eller landsdelsfunktioner. Her oparbejdes viden, erfaring og ekspertise - også om generelle skolerelaterede udfordringer og støttebehov. Afdelingen vil derfor med en relativt enkel informationsformidlende indsats til skolen kunne gøre en stor positiv forskel. Initiativpligten i forhold til at etablere et udvidet samarbejde mellem skole og hospital ligger derfor nok primært hos sidstnævnte. Til gengæld forpligter den danske folkeskoles grundide om "lige adgang til uddannelse" den enkelte skole til at gøre en ekstra indsats for de unge, som er ramt af kronisk sygdom. Pointen er, at de berørte skoler får et langt bedre grundlag for at løse opgaven, hvis hospitalet - med familiens tilladelse - giver information og anvisninger. Dette kan øge mulighederne for

forebyggende interventioner, stabil opbakning i forhold til både det sociale og faglige, og dermed mindske behovet for problemløsende tiltag.

Formidlingens konkrete form og indhold kan diskuteres, men må tage udgangspunkt i, at en stor del af de kroniske sygdomme er relativt sjældne. Det må derfor formodes, at den enkelte skole sandsynligvis 1) ikke har kendskab til sygdommen og dens konsekvenser, 2) mangler erfaring og ikke har et på forhånd etableret beredskab, 3) ikke nødvendigvis er opmærksom på folkeskolelovens regler vedrørende ekstra støtte i forbindelse med langvarigt fravær. En rundspørge fra Danske patienter (2016-1) til 1298 familier m. børn ramt af kronisk sygdom viste således, at 40% havde ret til kompenserende undervisning iflg. "15 skolefraværssdage"reglen, men at en stor del af disse ikke fik den støtte, som de var berettiget til.

Hvis vidensformidling til skolen skal indgå som en fast og integreret del af afdelingens arbejds gange, er det vigtigt, at det kan gøres nemt og uden det store ressourceforbrug.

Anbefaling 4: Telemedicin

Det er i visse tilfælde muligt at udvikle konsultationsstrukturen, så den i højere grad tilgodeser den unges behov for færrest mulige forstyrrelser i hverdagen.

Telemedicin har et stort potentiale i forhold til at reducere behovet for fysisk fremmøde og kan derved begrænse den del af skolefraværet, som skyldes hospitalsbesøg. Det er derfor vigtigt at udvikle og afprøve modeller, som åbner mulighed for, at sygdomsmonitorering kan foregå via e-health snarere end gennem traditionelle konsultationer. Patienter tilknyttet Hvidovre børneafdelings webprojekt har således kunnet reducere antallet af deres skolefraværssdage. Det kunne også overvejes, om

man i højere grad kunne tilbyde de unge konsultations- og behandlingstider, som ligger uden for skoletiden (ydertimer, aften, weekends).

Konklusion

Et forhøjet skolefravær er en realitet for mange af de unge patienter, og området skal derfor have særlig opmærksomhed både i selve konsultationen, og måden hvorpå denne lægges til rette. Det er vigtigt, at de bærende systemer omkring den unge patient - nemlig familie, skole og hospital - alle bidrager til at skabe gode rammer for den unges skoledeltagelse. De bedste rammer skabes naturligvis bedst på et fagligt, informeret grundlag. En af de centrale pointer i denne artikel er derfor, at hospitalsafdelinger med ansvar for unge med kronisk sygdom kan spille en vigtig rolle ift. at sikre, at viden om sygdom, forventet behov og støttemuligheder formidles så godt som overhovedet muligt til familie og skole.

Påstanden er, at man med en sådan konsekvent aktivering af hospitalets "vidensbank" vil kunne guide processen og undgå, at den unge i tiden efter diagnosen skal gennem en lang trail-and-error periode, hvor skolegangen ofte er præget af unødvendige udfordringer, misforståelser og utilstrækkelig støtte.

Det er denne artikels konklusion, at Børneafdelinger gennem en relativt enkel og målrettet indsats har mulighed for at give familiens og skolens støtteindsats et kvalitativt løft til gavn for den unge patient.

Litteraturliste

Carlsen K, Jakobsen C, Houen G, et al. Self-managed eHealth disease monitoring in children and adolescents with Inflammatory Bowel Disease: a randomized controlled trial. *Inflamm Bowel Dis.* 2017;23:357-365.
Carr, Alan (2015): *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology - a contextual approach*, Routledge
Danske Patienter (2015), *Skole for mig: En gennemgang af forskningslitteraturen*, https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer/skoleformig/temaer/skoleliv_med_sygdom_færdig.pdf

Fortsættes side 25

Hvordan kan man reducere den belastning, som mange børn oplever i forbindelse med undersøgelser og procedurer i hospitalsregi?

Sine Lyons, Cand. Mag., Center for Hospitalsbørn, www.hospitalsbarn.dk

Inger Thormann, Psykolog og forfatter, Institut for Spædbarnsterapi, www.spædbarnsterapi.dk

Introduktion

I en rapport fra Sundhedsstyrelsen fremgår det, at ca. 10 % af danske børn under 16 år har mindst én langvarig eller kronisk somatisk sygdom¹.

Undersøgelser af børn på intensivafdeling viser, at en fjerdedel af de undersøgte børn udviser negative psykologiske følger samtidig med, at det viser sig, at gentagne smerteoplevelser hos helt små børn kan resultere i en u hensigtsmæssig neurologisk udvikling². Man ved også, at langvarig eller kronisk sygdom kan påvirke barnets fysiske såvel som psykiske udvikling, og at børn kan påvirkes af traumatiske og stressfulde oplevelser, som kan have både store og langvarige konsekvenser for barnet.

Vi møder disse børn – ofte når de bliver større – og ser, hvor svært barnet (stadig) har det, og hvordan forskellige belastende og traumatiserende oplevelser påvirker barnet i dets dagligdag. Når vi ser dem, har barnet og familien levet med det i mange år, og det er som regel nået et stadie, hvor hele familien lider under de mange udfordringer. Dette kunne måske være undgået, hvis barnet var blevet set, hørt og mødt med sin smerte ved hvert møde med hospitalsvæsenet og andre behandlingsinstanser.

I denne artikel vil vi derfor via konkrete eksempler give vores bud på, hvordan man alene via kommunikation i hospitals- og andre behandlingsregi kan reducere den belastning barnet udsættes for.

At møde barnet

Når man som barn har en sygdom, der kræver jævnlig kontakt med hospital og hospitalspersonale, jævnligt undersøges eller gennemgår procedurer som fx. blodprøver, og derfor jævnligt oplever sig både fysisk og følelsesmæssigt invaderet, er udvikling af et traume nærliggende. Traumer kan imidlertid forebygges. I mødet mellem den ansvarlige professionelle og barnet, skal barnet opleve sig "set, hørt og mødt" med sin smerte³. Heri ligger den væsentligste forebyggende faktor. Sundhedspersonalet skal se barnet i øjnene og ikke kigge forbi barnet for i stedet at henvende sig til mor. Det er barnet, det handler om. Mor er måske også bange, men det er barnet, der er patienten. Det er barnet, der er hovedpersonen.

Teoretisk baggrund

At møde barnet, og måden man gør det på, kan være via kontaktformen Spædbarnsterapiens metode⁴. Metoden henvender sig direkte til barnet, og der tales sandt og kun sandt. Barnet får fortalt noget vigtigt om sig selv og sin egen historie, eller der bliver sat ord på vigtige og tilbagevendende overgreb; I det første af eksemplerne nedenfor hjælper lægen barnet med ikke at mærke, han bliver stukket, og i det næste eksempel reducerer sygeplejersken den smerte, som sjældent bliver nævnt. Overordnet set er målet i Spædbarnsterapiens metode, at skabe et respektfuldt samarbejde mellem den voksne og barnet – her sundhedspersonalet og barnet

– når det kommer til undersøgelser og procedurer. Derfor tales der direkte til barnet, mens mor er en biperson, som kun omtales i 3. person. Hermed bibeholdes fokus på barnet. Man bør benytte denne metode til alle børn – også spædbørn.

Spædbarnsterapien er inspireret af fransk psykoanalyse. Det er psykoanalytikerens Françoise Dolto, der sammen med sin elev Caroline Eliacheff, har inspireret Inger Thormann og Inger Poulsen til at udvikle den praksis, som anvendes i Danmark. Dolto og Eliacheffs væsentligste holdninger kommer til udtryk i to vigtige sætninger: "Alt usagt binder energi", og "Lad aldrig barnets smerte blive glemt". Den voksne er respektfuld og præsenterer sig for barnet, uanset barnets alder. Fortællingen er ikke følelsesladet, men faktisk og neutral. Det er sådan, det er. Respekten og nærværet giver barnet håb. Håbet fylder meget i spædbarnsterapiens metode, da håbet er nødvendigt for heling og udvikling.

Det giver fx barnet håb, når

Lægen/sygeplejersken taler direkte til barnet.

Lægen/sygeplejersken præsenterer sig.

Lægen/sygeplejersken giver sig tid til barnet.

Lægen/sygeplejersken siger, hun vil hjælpe.

Lægen/sygeplejersken gør, så det ikke gør ondt eller lindrer smerten.

Lægen/sygeplejersken indbyder til et samarbejde med barnet.

Lægen/sygeplejersken respekterer barnets grænser.

Barnet får hjælp til at finde trøst.
Der er tid til at vente på, at det ikke gør ondt på barnet.
Der findes noget (fx emla), der kan afhjælpe barnets smerte.

Spædbarnsterapien og dens metode har sit navn, fordi selv spædbørn kan have glæde af den. Alle kan have glæde af decideret terapi, såvel som af metoden anvendt i praksis situationer, som vi senere giver eksempler på. Det kan måske virke underligt, at tale direkte til et spædbarn, men barnet fødes med sproget i sig. Det nyfødte barn kan forstå det, der formidles til det. Også Daniel Stern⁵ fandt, at spædbarnet forstår den samlede kommunikation. Hermed erindrer han om, hvor stor betydning toneleje, gestus og mimik har, ikke mindst for det helt lille barn. Det indledende goddag med øjenkontakt, smil og evt. given hånd, fulgt af præsentation og klar tale henvendt direkte til barnet. Herved fremstår den voksne venlig, imødekommende og som havende gode intentioner. Det er den optimale situation for en "hjælper" møde med barnet. I praksis situationer italesættes det, der sker. Som i eksemplet med Carl nedenfor. Lægen er karavanefører og fortæller, hvad hun ser, og hvad hun har tænkt sig at gøre. Hun har en plan, som hun har ansvar for og formidler til barnet. Alle i rummet hører, hvad hun siger, og det gør alle trykke, at der er en, der har en dagsorden. Der skabes helt enkelt ro, og denne ro gør barnet, som er den udsatte, godt.

Fra teori til praksis

Vores eksempler er konstruerede og tager udgangspunkt i Carl på 1 ½ år, som har hæmofili (bløder) i svær grad.

Eksempel 1: Bedøvelse med maske

Lægen henvender sig direkte til barnet på en både rationel og empatisk måde.

Goddag Carl. Jeg hedder Tina. Jeg er læge her på afdelingen. Du har en blødning. Du er bløder, så dit blod kan ikke størkne. Du skal have medicin, som hjælper med at størkne dit blod. Hvis du ikke får din medicin, får du ondt. Det skal du ikke have. Jeg hjælper dig. For at give dig medicinen, skal jeg stikke dig, så medicinen kan komme ind i dine blodårer og rundt i hele din krop. Jeg kan se i din journal, at du er svær at stikke. Jeg vil bedøve dig, så du sover helt. Så kan jeg stikke dig, uden at det gør ondt. Når jeg skal bedøve dig, får du en maske for munden og næsen, sådan her (vis masken, og sæt den på eget ansigt). Når masken er på, tænder jeg for noget luft, sådan her. (lad som om du tænder for noget luft, og blæs blidt Carl ind i ansigtet) Vil du prøve, at sætte den på din mor? Vil du prøve, at sætte den på dig selv? Måske når du slet ikke at lægge mærke til masken, før du sover – så hurtigt går det. Imens sidder du på mors skød, så du har det rigtigt rart. Når du vågner igen, er din mor her og sørger for, du har det godt. Er du klar? Kan du hjælpe mig med, at sætte masken på? Hvor er du dygtig. Nu tænder jeg for luften. Kan du mærke den? Prøv at se, om du kan dufte noget. Kan du det?

Ved hjælp af kommunikationsanalyse kigger vi nærmere på, hvad der sker i interaktionen mellem lægen og barnet.

Kommunikationsanalyse af eksempel 1

Først og fremmest taler lægen direkte til Carl. Det er en vigtig pointe i sig selv, da der er undersøgelser der peger på at børn rutinemæssigt bliver ekskluderet fra samtaler⁶. Der er undersøgelser⁷, der viser, at



Carl over procedurer

børn deltager i så lidt som 10% af den brugte tid i lægekonsultationer, hvor resten af talletiden bruges af læge og forældre. Undersøgelser viser også, at hvis barnet ikke inddrages i kommunikationsprocessen har det i sig selv en ekstrem negativ effekt på barnet. Børnene siger selv⁸, at de bliver skuffede, kede af det, forvirrede, vrede, føler sig "rådne", bekymrede, vildledte, chokerede, svigtede, ensomme, afviste, ekskluderet og ignoreret. Børnenes følelser ligner voksne patienters følelser i lignende situationer, hvor de voksne føler sig ubetydelige, objektificeret og får følelser som angst, vrede og skam⁹. Hvis børnene ikke føler sig hørt, kan det give dem følelsen af, at "det hele kan være lige meget, og det nytter ikke noget alligevel" ¹⁰. Gentagne oplevelser af denne slags kan lære børnene en passiv lydighed¹¹. Sagt på en anden måde, så skubber de voksne barnet over i en passiv deltagerrolle. Med det menes, at barnet aktivt lærer at holde sig uden for samtalen (og dermed også information og beslutningsproces). Det kan være svært for barnet at slippe den passive deltagerrolle, selvom barnet måske senere forsøges inddraget – fordi barnet har fået en grundlæggende oplevelse af, at ethvert forsøg alligevel ender med, at der ikke bliver lyttet til det. Hvis man spørger børnene selv, så viser en undersøgelse



Carl med venflom

sel2, at det for mange børn er mere vigtigt at være involveret i selve kommunikationsprocessen end at være involveret i en alvorlig beslutningstagen.

Når lægen taler direkte til barnet, er det først og fremmest en anerkendelse af, at det er barnet, det handler om, at det er barnet, der er patienten. At introducere sig selv med navn og titel til et barn er med til at etablere en relation mellem læge og patient, som bygger på respekt og kendskab, og som er en relation, der ikke bare er flygtig. Netop kendskabet til personalet er én af fire parametre (kendskab til hospital og procedurer, alder og tid¹³), som er med til at give barnet en god hospitalsoplevelse. Derfor bør det at skabe gode relationer mellem barnet og personalet prioriteres højt.

Herefter forklarer lægen, hvad der er problemet, og hvordan det kan afhjælpes – bløder, blødning og medicin. Samtidig skaber lægen sig en, overfor barnet, synlig identitet, som én der hjælper barnet med ordene "Hvis du ikke får din medicin, får du ondt. Det skal du ikke have. Jeg hjælper dig". Så selvom lægen skal gøre noget for barnet, som måske er smertefuldt eller ubehageligt, så er det for at hjælpe barnet og ikke for fx at straffe barnet.

Herefter gennemgår lægen den del af proceduren, der har relevans for barnet – nemlig masken, der skal bruges til at

bedøve barnet. At vise barnet den, selv tage den på, at få barnet til at give sin mor og sig selv den på er alt sammen handlinger, der er med til at gøre noget potentielt skræmmende, som barnet ikke kan samarbejde om og kontrollere, til noget sjovt og ufarligt. Det bliver til noget, som indbyder til samarbejde, og som giver barnet en grad af kontrol.

Det er vigtigt, at fortælle om alt det, barnet kan opleve, så barnet ikke overraskes eller forskrækkes. Barnet skal have tillid til de voksne hele vejen igennem – det de voksne siger, der vil ske, er også det, der sker. Derfor er det vigtigt også, at fortælle om luften, der kommer, når man rigtigt går i gang.

Når lægen spørger "Er du klar?", viser det barnet, at der er tale om et samarbejde, hvor barnet respekteres. Barnets behov og grænser respekteres synligt i kommunikationen, såvel som i handlingerne.

Lægen synliggør moderens identitet, som værende "en der gør det rart" under proceduren, og en "der hjælper" efterfølgende. At synliggøre moderens rolle, som hjælper og støtte, kan hjælpe moderen til at få fokus på, at hun skal gøre det rart for barnet, samtidig med at det synliggøres for barnet, at mor også er der for at hjælpe det.

Derefter gøres bedøvelsesproceduren til et samarbejde mellem læge og barn ved, at barnet inviteres til at deltage "hjælp mig med at sætte masken på". Lægen inddrager barnet i proceduren fra start (sæt maske på) til slutningen, hvor lægen fortæller, at "nu tænder jeg for luften". At inddrage her er ved at give information og ved at samarbejde om de handlinger, der skal gøres.

Al kommunikation foregår med enkle og korte sætninger. Den er rytmisk opdelt i emner, som giver plads til naturlige pauser, som gør, at barnet får tid til, at tage det sagte til sig.

Skal barnet igennem en procedure eller undersøgelse, som involverer ubehag eller smerte, er det vigtigt igen at følge spædbarnsterapiens metode om, kun at tale sandt, og derfor også sætte ord på den smerte og det fysiske ubehag blodprøver eller undersøgelser kan medføre. En sådan sekvens kunne se således ud:

Eksempel 2: Indledning på blodprøve

Indledning som i første eksempel.

Du skal have taget en blodprøve, så jeg kan finde ud af, hvordan jeg bedst kan hjælpe dig.

Dit blod fortæller mig, hvordan jeg bedst kan hjælpe dig. Derfor er det vigtigt med en blodprøve.

Det er ikke rart at blive stukket, det kan godt gøre ondt.

Jeg vil gøre mig umage med at stikke rigtigt, og jeg vil give dig bedøvende creme på det sted, hvor du skal stikkes.

Når jeg bedøver det sted, hvor du skal stikkes, så kan du ikke mærke, at jeg stikker.

Jeg venter med at stikke, til det virker. Det tager ca. en time.

Hvad tænker du om det, Carl?

Jeg kan se, at du har din mor med. Så kan du hygge dig med hende imens.

Hvis du har lyst, må du gerne vælge en ting, du kan sidde med, når jeg skal tage blodprøven. Ok?



Carl følger med

Kommunikationsanalyse af eksempel 2

Sygeplejersken taler igen direkte til barnet og introducerer sig. Herefter fortæller hun, hvad der skal ske og hvorfor. Sygeplejersken betoner ordet skal i sætningen "Du skal have taget en blodprøve". Ved at gøre det, gøres handlingen "tage blodprøve" til noget vigtigt og noget, der ikke kan forhandles. Samtidig synliggør sygeplejersken sin identitet som en, der hjælper barnet. Herefter fortæller sygeplejersken, at "det kan godt gøre ondt" (sandheden), men at hun også her er en, der hjælper barnet med at lindre smerten ved at give creme på. Information er vigtig for børn for, når de "samler information om deres helbred, behandling, forventelige smerter og prognose, så er de mere villige til at samarbejde, udholde smertefulde behandlinger mere tålmodigt, vise mindre ked af det følelser og komme sig bedre"¹⁴. Derefter spørger sygeplejersken ind til Carl med ordene "Hvad tænker du om det, Carl?". Det giver barnet plads til at fordøje informationen samtidig med, at barnet får mulighed for at komme med spørgsmål eller protester. Selvom barnet kun er 1 ½ år tydeliggør sygeplejersken, at barnets stemme har betydning og tillades. For at det ikke "bare bliver noget sygeplejersken siger", skal sygeplejersken vente og kigge efter anerkendende tegn eller protester i form af nik eller gråd. Når godkendelsen kommer (evt. blot som tavshed), kan sygeplejersken gå videre. Herefter fortæller sygeplejersken, hvad barnet kan lave, imens plasteret virker. Barnet kan hygge sig, og derudover kan barnet benytte tiden til at træffe en beslutning omkring proceduren – nemlig hvilken ting barnet ønsker at have med. Hermed deles beslutningstagen mellem sygeplejersken og barnet. Sygeplejersken bestemmer, der skal tages blodprøve, mens

Model

Kommunikationsmæssigt kan man reducere den belastning barnet udsættes for således:

Spædbarnsterapeutisk kommunikationsmodel - til reducere af den belastning barnet udsættes for ved procedurer og undersøgelser i hospital/regi		
Basalt	Kommunikationstrin	Håb
1. Tal altid sandt 2. Tal direkte til barnet ved undersøgelser og procedurer	3. Introducer dig selv overfor barnet 4. Skab relation til barnet 5. Fortæl hvorfor barnet skal tilsies af læge eller sygeplejerske 6. Italesæt, at du vil hjælpe barnet 7. Detaljer og smerter a. Forklar i detaljer, hvad barnet vil opleve ved undersøgelsen eller proceduren b. Italesæt smerten og fortæl, hvordan du vil hjælpe med at lindre barnets smerte. Hvis man ikke kan lindre smerten, fortæl hvordan du vil hjælpe barnet med at udholde smerten c. Skab rum til at barnets stemme og evt. protester tillades 8. Synliggør barnets emotionelle støtter – mor, far, bamse, etc. 9. Inden undersøgelsen eller proceduren går i gang: spørg barnet "Er du klar?"	1.9 er handlingen, som alle er med til at give barnet håb – både i den aktuelle behandling og i fremtidige behandlinger

Modellen udtrykker, at der er nogle basale elementer, som at tale sandt, og at tale direkte til barnet, som man altid bør efterleve. Det er disse basale ting, der er med til at gøre, at barnet netop føler sig "set, hørt og mødt" med sin smerte. Disse basale, men tillidsskabende elementer, er det fundament, som er med til at hjælpe barnet til at forstå informationen, at forberede sig, og ikke mindst at udholde de prøvelser barnet skal igennem. Det er derfor vigtigt, at disse basale grundelementer bliver de bærende i kommunikationstrinene. At barnet modtager sandheden giver det tillid til, at det der siges, også er det, der sker.

Kommunikationstrinene er alt andet lige den optimale rækkefølge, men er naturligvis situationsafhængig. Man kan sagtens forestille sig et barn, hvor det giver god mening, at synliggøre barnets emotionelle støtter (mor/far/bamse) inden punkt 7 påbegyndes, hvis barnet fx er så bange, at det har brug for støtte til at kunne lytte. Men derfor skal man alligevel synliggøre barnets emotionelle støtter under behandlingen eller proceduren, da de kan være af anderledes karakter fx hvis barnet skal ligge på et lege, hvor det fx kun er muligt at holde mor i hånden. Man kan også forestille sig situationer, hvor det kan give god mening først at tale med mor, for derefter at påbegynde kommunikationstrinene. Her bør man dog introducere sig over for barnet, og tale direkte til barnet og fx sige "Hej, jeg hedder Tina. Jeg er læge her på afdelingen. Jeg vil rigtig gerne tale med dig og også kigge på dig, så jeg kan hjælpe dig bedst muligt. Men først vil jeg gerne tale med din mor. Er det okay? Du må selv bestemme, om du vil lytte eller lege".

barnet bestemmer, hvilken ting, det vil have med til proceduren. Til slut søger sygeplejersken en godkendelse fra barnet på det hele med "Ok?". Det giver igen barnet mulighed for at blive hørt og oplevelsen af, at der søges at etablere et samarbejde.

Eksempel 3: Blodprøven skal tages
Hej Carl. fandt du noget derude, du ville have med? (Carl viser en bamse)
Arj hvor er den sød. Hvor er det dejligt, du fandt noget du er glad for. Vil du sidde med den?

Sygeplejersken skaber (igen) relation med Carl.

Nu skal vi se, om plasteret har gjort sit arbejde.

Nu mærker jeg først i venstre albuebøjning. Kan du mærke noget her? (Carl nikker).

Så prøver vi den anden albuebøjning, der hvor plasteret har siddet. Kan du mærke noget her? (Carl smiler) Nu prøver jeg lige at nive dig lidt hårdt. Gør det ondt? (Carl siger nej)

Godt! Så har plastret virket perfekt.



Carl over proceduren

Sygeplejersken demonstrerer, at plasteret har virket.

Hvordan vil du gerne sidde? Sidder du godt?

Inden jeg stikker dig, skal jeg først finde en rigtig god åre.

Når jeg putter denne her (vis stase) rundt om din arm, så kommer alle dine blodårer frem. Kan du hjælpe mig med, at finde en rigtig god én?

Stasen kan godt stramme lidt, så sig til, hvis du synes, den er for stram. Okay?

Nu kigger vi rigtig godt sammen. Kan du se nogle årer, der bliver store og flotte?

Den der ser rigtig god ud. Skal vi ikke tage den?

Er du klar?

Jeg vil gerne have, du siger til, hvis det gør ondt. Okay?

Nu stikker jeg!

Nu løsner jeg stasen!

Nu tager jeg nålen ud!

Disse spørgsmål, udsagn og handlinger er alle med til at medinddrage Carl, og give ham en grad af kontrol over situationen

Gør det ondt på barnet, kan man fx forsøge at lindre smerten ved at flytte nålen. Man skal huske at synliggøre, at man forsøger at hjælpe ved fx at sige "Ok. Jeg flytter nålen. Hjælp det?", eller ved at sige "Jeg er færdig om 30 sekunder, tror du, du kan klare det?". Alene det at barnet inddrages i at have kontrol over, hvornår nok er nok, kan have en positiv virkning på den måde, at barnet kan udholde smerten længere samtidig med, at barnet ikke får en

oplevelse af, at dets grænser er blevet overskredet.

I forhold til meget små børn kan man fortælle, hvad man gør (nu giver jeg dig stase på, nu stikker jeg dig, nu løsner jeg stasen, nu tager jeg nålen ud). Barnet inddrages således ved, at man giver information.

Lige så snart barnet kan deltage, bør det inddrages mest muligt i handlingerne, og når barnet evner det også gerne afprøve proceduren, inden man går rigtigt i gang, så barnet præcis ved, hvad der skal ske (Fx. med blodprøver: sæt stasen på, lad som om du stikker en nål ind, vent et øjeblik, løs stasen etc.). Inddragelse skifter således fra ren information til information og deltagelse i handlingerne og senere også til kendskab til proceduren.

Håbet, som er nødvendig for heling og udvikling, består af det rum, man som voksen tilbyder barnet, hvor barnets grænser og ønsker respekteres, hvor barnet gives plads og tid til at lytte og fordøje informationen og til at forberede sig ordentligt på det, der skal ske. Barnet gives håb, når der ikke blot lyttes til barnets stemme, men også handles derefter.

Konklusion

For mange børn har tilbagevendende møder med hospitalsvæsenet og andre behandlingsinstanser krævet, at de har skullet lade deres personlige grænser overskride. Når barnet bliver nødt til at gøre det, er der risiko for, at barnet bliver belastet el-

ler decideret traumatiseret i en sådan grad, at det senere kræver intervention.

Vores model sætter fokus på kommunikationen, men den bør blot være ét af mange tiltag for at reducere den belastning barnet udsættes for.

Fodnoter

1. <http://www.sst.dk/-/media/7DE7195BCAF4477D976810C6D6B38EC9.ashx>

2. <http://static.sdu.dk/mediafiles/B/0/8/%7BB08A38B1-F9D6-435E-908D-18DAC6202EC2%7D> Imelda Coyne. Children's participation in consultations and decision-making at health service level: A review of the The National Children's Strategy Research Series: Coyne, Imelda, Hayes, Eilis, Gallagher, Pamela, Regan, Geraldine

3. (2006) Giving Children a voice, Investigation of children's experience of participation in consultation and decision-

4. making in Irish hospitals, Office of the Minister for Children, www.omc.gov.ie

5. literature. International Journal of Nursing Studies November 2008, Volume 45, Issue 11, Pages 1682-1689 el: A review of the 6. literature. International Journal of Nursing Studies November 2008, Volume 45, Issue 11, Pages 1682-1689

7. Tate K, Meewesen, L, Elbers E, Bensing J. I've come for his throat': roles and identities in doctor-parent-child

8. communication. Child Care Health Dev. 2002 Jan;28(1):109-16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11856194> vordan%20

12. The National Children's Strategy Research Series: Coyne, Imelda, Hayes, Eilis, Gallagher, Pamela, Regan, Geraldine

(2006) Giving Children a voice, Investigation of children's experience of participation in consultation and decision-making in Irish hospitals, Office of the Minister for Children, www.omc.gov.ie

13. The National Children's Strategy Research Series: Coyne, Imelda, Hayes, Eilis, Gallagher, Pamela, Regan, Geraldine (2006) Giving Children a voice, Investigation of children's experience of participation in consultation and decision-making in Irish hospitals, Office of the Minister for Children, www.omc.gov.ie 14. The National Children's Strategy Research Series: Coyne, Imelda, Hayes, Eilis, Gallagher, Pamela, Regan, Geraldine (2006) Giving Children a voice, Investigation of children's experience of participation in consultation and decision-making in Irish hospitals, Office of the Minister for



Om "Sondemad og flødebolles"

Efter mange års arbejde med søskende til mennesker med handicap, primært indenfor børne og unge området, er det blevet mere og mere tydeligt for mig, at der manglede relevant materiale til, om og med denne pårørende gruppe.

I 2008 realiserede jeg filmen "Men jeg vil ikke bytte", hvor 3 hold søskende fortæller om, at være pårørende, om deres livsvilkår, hverdag og drømme. Filmen har stadig stor værdi på søskendekurser rundt omkring i landet.

Derudover har jeg realiseret filmen "Hvad fanden er ADHD", hvor søskende-problematikken også beskrives, filmen "Hvad nu hvis jeg aldrig bliver tynd" om overvægtige unge – i 2014 bidrog jeg til bogen "Børn, unge og forældres møde med sundhedssystemet fra Nyt Nordisk Forlag, hvor jeg beskriver de mange dilemmaer, der opstår hos søskende, når deres bror eller søster er indlagt på hospital.

Jeg har i rigtig mange år ønsket at skrive en portrætbog, hvor søskendepårørende fik ordet uden indblanding fra forældre eller eksperter. Jeg havde en ide og fandt også frem til den form, som jeg ønskede at bogen skulle have. Desværre er det slet ikke nok, at finde de medvirkende, interviewe dem og skrive kapitlerne, alene udfor-

dringen med at finde et forlag, der ville udgive den, var en lang proces. Hele processen ifht at få bogen helt ud i verden i sit fine grønne omslag med flødebolles og en sonde, har været båret af mødet med gavmilde og imødekommende mennesker, der har rakt hånden ud med støtte, med gode ideer, med netværk og ikke mindst fotografen Jens Bloch-Hansen, der sagde "ja" til at rejse land og rige rundt sammen med mig og møde de 15 familier. Mange læsere bliver forbavsede over de medvirkendes modne og nuancerede beskrivelse af et liv som pårørende, men det er blot en af de fine og positiv kompetencer, som de udvikler i kraft af deres pårørende-rolle. Jeg håber at mange vil tage bogen med ud i deres hverdag, hvor de møder børnepårørende og invitere dem med ind i bogens fællesskab, hvor de kan finde både genkendelse og spejling. Det sidste kapitel i bogen er endnu ikke skrevet, det står klar til at læserne kan skrive deres egen historie og dermed blive en del af bogens persongalleri. Det kunne jo også være forældre, der skrev et kapitel til deres børn, der er lige så mange muligheder, som der er læsere. God fornøjelse med "Sondemad og flødebolles"

Malene Gerd Petersen

Specialpædagogisk konsulent

Sondemad og flødebolles

"Jeg snakker aldrig om min lillebror eller hans handicap i skolen."

De 15 medvirkende i bogen er mellem 8 og 64 år og vidt forskellige steder i deres liv og i deres rolle som søskende til et menneske med handicap.

De fortæller om at være pårørende helt fra barndommen og giver et unikt kig ind i en verden og en hverdag, som de færreste kender.

Bogen er skrevet til søskende og deres familier, men også til lærere, pædagoger, sundhedsfagligt personale, socialrådgivere og til alle andre med relation til et barn med handicap.

Sondemad og flødebolles

En portrætbog om søskende til mennesker med handicap

af Malene Gerd Petersen

Kr 210,- excl moms

Du kan læse mere om bogen og bestille den på www.spf-herning.dk



Special-pædagogisk forlag - Birk Centerpark 32
7400 Herning - Tlf 97 12 84 33
forlag@spf-herning.dk - www.spf-herning.dk

Fortsat fra side 19

Danske Patienter (2016-1), Skole for mig: Skoleliv med sygdom, hentet 20/2-2017: <https://www.danskepatienter.dk/om-danske-patienter/publikationer/skoleliv-med-sygdom-hvilken-stoette-faar-boernene>

<https://danskepatienter.dk/politik/nyhedsarkiv/bekymrede-foraelde-vores-boern-kan-ikke-gennemfoere-folkeskolen>

Danske Patienter (2016-2), Skole for mig: Skoleliv med sygdom, https://danskepatienter.dk/files/media/publikationer/skoleformig/skoleliv_med_sygdom_hvilken_stoette_faar_boernene.pdf

Hald, Mette (2017): Skolefravær hos unge IBD-patienter: Omfang, konsekvenser og udvikling af praksis, intern rapport, Borneafdelingen, Hvidovre Hospital, marts 2017

Hummerlinck, A & Pollock, K. (2006), Parents' information needs about the treatment of their

chronically ill child: A qualitative study, Patient Education and Counseling, 62(2)

Kearney, Christopher A. (2008), School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review, Clinical Psychology Review 28

Mackner, Laura M., Bickmeier, Robert M., Crandall, Wallace W. (Feb./March 2012), Academic Achievement, Attendance, and School-Related Quality of Life in Pediatric Inflammatory Bowel Disease, Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, vol. 33, issue 2

Rambøll (2011) for Undervisningsministeriet: Kortlægning af elevfravær i de nordiske lande, hentet 20/2-2017: <http://www.ssp-samraad.dk/media/1017/rapport-elevfravaer-ramboel.pdf>
Rambøll (2012) for Sundhedsstyrelsen: Sociale forholds betydning for håndtering af børn med kronisk sygdom, hentet 21/2-2017: <http://www.sst.dk/-/media/TDE7195BCAF4477D976810C6D6B38EC9.ashx>

Roberts, M (2010), Handbook of Pediatric Psychology, New York: Guilford Press.

Statens Institut for Folkesundhed (2005), hentet 20/2-2017: <http://www.si-folkesundhed.dk/Forskning/Befolkningens%20sundhedstilstand/Sundhed%20og%20sygelighed%20SUSY/Susy%202005.aspx>

Sundhedsstyrelsen (2012): Sociale forholds betydning for håndtering af børn med kronisk sygdom, hentet 20/2 2017: www.sst.dk/-/media/7DE7195BCAF4477D976810C6D6B38EC9.ashx
Undervisningsministeriet (2014), hentet 20/2-2017: <http://www.uvm.dk/Aktuelt/-/UVM-DK/Content/News/Udd/Folke/2014/Jan/140109-Elever-med-hoejt-fravaer-faar-daarligere-karakterer>

Undervisningsministeriet (2016): Elevers fravær i folkeskolen, hentet 20/2 2017: <http://www.uvm.dk/Aktuelt/-/UVM-DK/Content/News/Udd/Folke/2016/Nov/161109-Elevers-fravaer-i-folkeskolen>

TEMADAG den 8. juni 2017 i fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge:

Mistrivsel hos børn og unge

Referat skrevet henholdsvis af deltager fra Hvidovre: Mille, Karin, Søs, Marit, Camilla SN, Dorthe Marilar og fra bestyrelsen: Anette, Lena og Eva.

Temadag omhandlende mistrivsel hos børn og unge, hvor vi gennemgik funktionelle lidelser og behandlingstilbud, rusmidler, love og regler hertil.

Funktionelle lidelser-behandlingstilbud til børn og unge i hospitalsafdeling:

Martin Boxil er overlæge og Anne Kirstine Thuen er psykolog ved Børne og Unge Regionshospitalet i Viborg

Som regel starter mistrivsel med kropslige symptomer, disse kommer til at dominere mere og mere, hvorfor familien søger lægehjælp. Disse symptomer kan variere meget, men primært abdominal smerter, hovedpine og pludselige funktionstab. Symptomerne kan være medfødte, dvs. genetisk disponeret fra familien, altså arvet sårbarhed, eller erhvervet gennem sygdom, traumatiske hændelser, mor-barn spil osv.

Endvidere snakkede vi om hvad der ellers kan påvirke børn og unges trivsel. Her iblandt forældres høje forventninger til deres børn, og samtidig egne karriere, at de ikke har tid til

børnene selv. Børn og unge tvinges til at tage stilling til voksen - livet, som ledte og hen på børnetid vs. voksen-



tid. Voksne giver ikke børn den tid de har brug for, men presses. De er hele tiden på telefonen, og skal hele tiden være opdateret med hvad der sker på de sociale medier. Voksne bestræber sig samtidig efter at være "den perfekte forældre", og de sociale medier og morgen/aften TV har mange gode bud på hvordan man er netop det. Forældrene bliver selv usikre på deres rolle, hvilket smitter af på barnet/ den unge, som i virkeligheden bare har brug for at blive set og lyttet til.

Og det er netop nogle af disse udfordringer de unge møder. Bange for at blive misforstået. Ikke at blive lyttet til og mødt der hvor de er. Ikke at blive taget alvorligt nok og føler skyld. Dette ledte hen til de vedligeholdende faktorer. Hvordan mestre barnet/den unge deres trivsel, og hvorfor bliver de i den? Familiens håndtering har meget at sige, er de imødekommende overfor barnet/den unge og de ting denne kæmper med i hverdagen. Hvis opfattelsen i familien er, at det bare er et stadie, er det nemt at fastholde barnet/den unge i dennes tanker, og de kan udvikle sig.

Fejler de sygeste børn/unge ikke noget? Ofte lyder det til at psykosomatiske patienter ikke fejler noget. Der kan ikke findes noget somatisk på dem, så vores svar er nemt, barnet/den unge fejler ikke noget.

Hertil kan lægerne heldigvis henvise videre til psykologer og socialrådgivere, hvis de finder belæg for noget psykosomatisk. Her arbejdes ud fra Alan Carr's case formuleringsmodel, der hjælper til at give overblik og helhedsyn over barnet/den unges problemstilling. Det hjælper også psykologen til at finde fokus og snakke ud fra det.

Ungdomskulturen – i perspektivet mistrivsel hos børn og unge

Katrine Schjødt Vammen er sociolog fra Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (VIOSS)

Selvskadende unge har ingen intentioner om selvmord, det er udelukkende for at lindre negative følelser. Det kan dog ende ud i selvmord, da de kan være grænse søgende og se hvor dybere de fx kan skære. De debuterer mellem 12-17 års alderen. Det anses som værende en mestringsstrategi for den unge. Det er en måde de kan mærke dem selv, det en måde de kan få kontrol over deres følelser, når det hele virker uoverskueligt for dem. De beskriver selv at "bægeret flyder over" og begynder at skade sig selv. De oplever at det virker og metoderne bliver med tiden mere avanceret og de bliver afhængige af det (endorfiner frigives). Handlingerne bliver tvangspræget og de kan udvikle ritualer inden "udfordrende" situationer. I



situationen giver det dem lindring, nogen fordi de kan mærke sig selv og andre bruger det til at komme væk fra tankerne. Kønsforskellen ved selvskade er ikke markant, der er måske en overvægt af selvskadende piger, hvor drengene i stedet gør det oftere, men de bruger forskellige metoder. Pigerne reagerer oftest indadvendt og gør det fordi de er kede af det, mens drengene er udadvendte og gør det for at komme af med aggressioner.

Disse unge bliver ofte afhængige af selvskade. Det bliver tvangspræget og de begynder at bruge det som ritualer inden sociale arrangementer fx

Der er forskellige typer af selvskade, dem vi oftest ser er "cutterer", mens andre hiver hår ud, brænder sig selv, slår sig selv, fx ved at hamre hovedet eller en knyttet næve mod en væg, eller de kradser de sig selv, evt. i sår, der aldrig får lov til at hele.

De traditionelle selvskadende unge kommer ofte fra problematiske familieforholde, de kan fx have oplevet traumer/misbrug i barndommen, har en dårlig mentalisering eller en psykisk sygdom, men der er også de "nye cuttere", 12 tals pigerne, der ofte kommer fra "gode familier" men har et lavt selvværd, der mangler dog undersøgelser og viden omkring denne gruppe.

Der findes ikke et egentligt behandlingstilbud til selvskadende unge, da selvskade ikke er en diagnose. Behandlingen sker ofte sekundært til fx psykiatrisk behandling eller PPR forløb i kommunalt regi. Nogle unge kommer ud af selvskade ved hjælp af nogle beskyttende faktorer i nærmiljøet, det kan være en forælder, en træner eller en venindes mor de kan betro sig til. Nogle får en kæreste og det gør at fokus flyttes til noget positivt og den selvskadende adfærd stopper, mens andre får et Wake up call ved en alvorlig selvskade der betyder næsten død.

Når vi som sundhedspersonale møder den selvskadende unge, hvor vi enten kan se selvskaden eller har mistanke om at de har en selvskadende adfærd, så vi skal konfrontere den objektive og ikke være bange for at spørge. De er selv bange, og de forbinder deres ar med skam og skyldfølelse. Vi kan ikke sende dem videre et behandlingsforløb, men vi kan hjælpe dem ved involverer personer i den unges netværk, eller lave en underretning så de kan få hjælp i kommunalt regi.

Børn og unges rettigheder i sundhedsregi:

Vibeke Blond er socialrådgiver på børneafdelingen i Næstved. På det uformelle plan skal børn/unge ses, høres og forstås

På det formelle plan FN's børnekonvention, mangfoldige familiemønstre, børn skal også medinddrages, børn/unge har krav på at de voksne tager et personligt ansvar

Der læses op at Otto er et næsehorn, bliver man troet på og hvordan?

Sundhedsloven artikel 24, Forældremyndighed og Forældreansvarsloven siger:

Forældre der er gift og har fælles forældremyndighed, er der ingen problemer

Forældre, som ikke er gift eller bor sammen skal begge give samtykke til behandling, når der er fælles forældremyndighed, hvis kun den ene har forældremyndighed er det kun denne som skal give samtykke. Forældre uden forældremyndighed skal ikke give samtykke men har ret til informationer om deres barns sundhedstilstand, hvis de selv opsøger oplysninger.

Det er ikke nok med den forælder der møder op med barnet. Det forventes at alle overholder reglerne, og derfor må den anden forælder kontaktes hvis behandling anventes.

Diskretion: Her kommer det kan på hvad diskretionen går ud på. Husk dog altid på alderen, over

15 år har man selvbestemmelse for behandling, men forældre skal stadig informeres.

Akut behandling foretages altid på vitalindikation

Informeret samtykke gives af forældremyndigheden, 1 eller 2, på baggrund af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side

En 15 årig kan selv give informeret samtykke, forældremyndigheden skal informeres og medinddrages i den unges samtykke

Det er den sundhedsperson, som er ansvarlig for behandling der er skal drage omsorg for indhentelse af informeret samtykke.

Formålet med de forskellige love er at gøre det bedst muligt for børnene. Sundhedspersoner har skærpet underretningspligt, det vil sige ved mistanke skal der laves en underretning. Det er en personlig forpligtelse som ikke er afhængig af andres skøn, holdninger eller faglige vurdering.



Skolerne har en forpligtelse til at børn under 18 år modtager undervisning, funktionelle lidelse apropos.

Rusmiddelkultur:

Henrik er Overlæge i stofrådgivningen, der er støttet af Ekko-fonden og "Transport og Byggestyrelsen."

Henrik Rindom arbejder til dagligt med afrusning af smerterpatienter og misbrugere. Han er ekspert indenfor sit felt og i besiddelse af en kæmpe viden og erfaring indenfor rusmidler. På trods af at hans foredrag var sidst på dagen formodede han at give en god energi til salen og alle var lutter øre.

Henrik gav os en indsigt i en ukendt verden. Henrik gennemgik alle de forskellige former for rygepot, der findes på markedet i dag.

Står vi overfor en misbruger er det relevant for os at spørger ind til hvilke former for misbrug der er tale om, så vi kan hjælpe dem.

Spørgsmålet er hvad der sker, når et kontrolleret forbrug af euforiserende stoffer resultere i et skadeligt forbrug? Et misbrug der har fatale konsekvenser for kroppens organer men også psykisk, socialt og økonomisk. Hvad er det der sker? Hvorfor bliver vi afhængige? Vi ved at nogen unge mennesker let kan holde sig fra rusmidlerne – de kan ikke tåle dem – og prøver det derfor kun en gang. Andre kan bruge det uden at blive afhængige og ryger derfor kun til fester. Andre bliver meget hurtigt afhængige.

Når kroppen får stofferne er det som når vi får fedt og sukker. Der udløses dopamin, hvilket giver en følelse af tilfredshed. Det giver også en psykisk ro. Indtages amfetamin udløses der 20 gange så meget dopamin i forhold til hvis vi indtager sukker og fedtstoffer.

Jo yngre vi er, jo hurtigere udvikler vi afhængighed. Hjernen lærer simpelthen bedre.

Jo hurtigere rusmidlet virker i hjernen jo hurtigere bliver afhængige

Jo hurtigere virkningen ophører jo hurtigere indtræder afhængigheden.

Hvor skadelige er rusmidlerne?

Det har store konsekvenser både i forhold til relationer med andre, faren for at få infektioner og dødeligheden stiger betydeligt. Appetitten er påvirket så misbrugerne har ofte lavt BMI.

Et stof der hurtigt skaber afhængighed er tobakken og her er skaderne på kroppen også fatale. Henrik sammenligner et misbrug af rusmidler med en sygdom der er identisk med type 2 diabetes ! Der er nogle biologiske forandringer i hjernen, der er noget der kan forebygges, noget det er muligt at lave med og en farer for at dø af de skadelige bivirkninger.

Vi skal være opmærksomme på, at der er en ung der dør hver måned af stoffer -hvilket er flere unge end i trafikken.

Hvordan modtager vi den akutte patient der er påvirket af rusmidler:

Tæt observation af patienten Vær nysgerrig så du kan finde ud af om det drejer sig om alkohol eller stoffer. Her kan vi hjælpe den unge så det kommer til at se ud som om stoffet er puttet i deres drink. Spørg f.eks.: "Kunne du forestille dig at der er nogen der har puttet noget i din drink?" "Det vil de gerne svare på. Eller "Har du set nogle af dine venner tage stoffer?"

Brug evt. forældrene til at kontakte den unges kammerater så de kan være behjælpelige med at give de rette informationer, så man kan finde ud af hvilke stoffer, der kan være tale om og brug.

Stoffer der er livsfarlige er: GHB (hætter; Hætter kan komme i en drinks uden at det kan smages. Se videoen på youtube. Her kan du se, hvordan patienten ser ud når de er forgiftet) Lattegas

som de køber i flødeskums-sifon, de tager også selvsens til bilerne.

KONTAKT GIFTLINJEN

Sygeplejefagligt skal vi handle på symptomerne. Der skal tages en urinstix fra og tæt observation med saturationsmonitorering.

Find ud af hvor den unge er i sit liv?

Spørg nysgerrigt ind til hverdagen, vær imødekommende og ikke anklagende

Hvor stort et ansvar har den unge lige nu / hvem har truffet beslutningen om at de skal være der?

Hvad er deres plan?

De unge kan få stor hjælp i stofrådgivningen.

Misbrugskonsulenterne har en stor indsigt i de unges misbrugsvaner og et kendskab til stofferne, hvilket er en ukendt verden for os. Derfor er det vigtigt at vi hjælper med at få etableret kontakten til misbrugscentret. De ved hvad den unge snakker om når de fortæller om et misbrug hvor de får "en spand." "Ryger Smør." "Ryger Nol." "Tager Skunk" eller de ryger hash.

Ryger den unge spand får de meget røg ned i lungerne og helt ud i de små alvioler, det er et ganske alvorligt misbrug.

Hash giver først en følelse af et sus hvor de føler sig høje. Derefter stener de og så får de abstinenserne. Det er vigtigt at hjælpe de unge mennesker og give dem et præp. der tager deres abstinenser. Henrik foreslår, at patienterne får Guldkakao. Her spiser de hashen i et glas kakao.

Så skal de have truxal til at tage den uro og det tankemylder der er i kroppen.

Henrik mener ikke, at der er en sammenhæng mellem skizofreni og det at ryge hash. Der er flere der ryger hash nu end tidligere, men antallet med skizofreni er ikke steget tilsvarende.

Referat fra Ungdomsmedicinsk konference

16. maj 2017 i Odense af Kirsten Krone Reichl



Vi blev budt velkommen af Judith Mølgård, direktør for Odenses Universitets Hospital. Hun glædede sig meget over denne konference, og sagde bl.a. at i tråd med at patienten i det danske sundhedsvæsen er i fokus, er den unge og deres forventninger i højere grad kommet på dagsorden, derfor bliver vi nødt til at spørge den unge og indgå i et samarbejde altså sammen med den unge i stedet for, for den unge

Ordet blev så givet til hovedtaleren; Professor Susan Sawyer fra Universitet i Melbourne Australien

Professor Susan Sawyer holds the chair of adolescent health at The University of Melbourne. She is director of the RCH Centre for Adolescent Health and a research fellow at the Murdoch Childrens Research Institute. Professor Sawyer has a major interest in models of care for adolescents including the development and evaluation of innovative models of clinical services for adolescents in both primary care and specialist settings.

Artikelserie: Fulfilling the Promise of Adolescent Health: The Lancet Commission

Abstract: The largest generation of adolescents and young people in human history (1.8 billion) demands more attention and action. Adolescents and young adults face unprecedented social, economic, and cultural change. The New Lan-

cet Commission argues that there are both current threats, if inaction continues, but also tremendous unrealized opportunities not only for the health and wellbeing of young people themselves but also for the future of society and future generations. The most powerful actions for adolescent health and wellbeing are intersectoral, multilevel, and multicomponent and engage and empower young people themselves to be part of change and accountability mechanisms.

Hendes hovedbudskab er at unge kræver en anderledes tilgang end børn og voksne og ansvaret ligger hos os de sundhedsprofessionelle og politikerne. Med unge bliver man nød til at tænke sundhed ind på en anderledes måde, som rummer vaccination, ernæring og mental sundhed/velvære. På hospitalerne gøres der et stort stykke arbejde med at lave unge caféer og unge miljøer, men undersøgelser viser at det ikke nytter noget med mindre disse tilbud er bemandet og der er nogle udover de unge, der kan sætte aktiviteter i gang.

Meget inspirerende og engageret foredrag som efterlod mig med en endnu større nysgerrighed på det arbejde som Susan Sawyer udfører.

Derefter var der oplæg ved Janne Tolstrup: Læge, professor og leder af forskningsprogrammet voksnes sundhedsadfærd og helbred på Statens Institut

for Folkesundhed. Hun har især forsket i alkohols effekt på sundhed og sygdom, betydning af alkoholdrikke-mønster samt unges alkoholindtag

Hendes foredrag tog udgangspunkt i **Sundhedsadfærd og trivsel blandt unge på ungdomsuddannelser – med fokus på alkohol**

Abstract: Ungdomsprofilen er den største danske undersøgelse af danske unge – 75.000 unge har svaret på spørgsmål om sundhedsadfærd, helbreds-faktorer og trivsel. Oplægget giver et overblik over, hvordan det går med danske unge, og der fokuseres især på deres brug af alkohol. I rapporten gives der fx svar på spørgsmålet om, hvorvidt unge drikker mere nu, end de gjorde for 20 år siden. Hendes hoved budskab er at det er nyt at de 15 – 20 åriges sundhedsadfærd og trivsel bliver monitoreret og det faktum at de bliver spurgt på skolerne gør at der bliver flere besvarelser og dermed er materialet større.

Så var der præsentation og gennemgang af aktuelle ungdomsmedicinske projekter:

1. **Evaluering af Ungeklínik** udenfor hospitalet ved R. Christensen Region Midt

Formålet var at den unge får støtte til selv at skabe et godt liv

2. Kan app'en **Ung med Diabetes** støtte unge til at mestre deres sygdom ved P. Castensø-Seidenfaden

3. **Fortrolige enekonsultationer med unge – hvad er forældrenes holdning** ved E. Thomsen

4. **Psykisk trivsel hos svært overvægtigt børn og unge** ved M. Lundsgaard. Projekt fra Hillerød **Shared Care projekt**

Fortsættes næste side

Det faglige selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge har modtaget ansøgning om og bevilliget økonomisk støtte til:

Christina Louise Hagen Schmidt fra Herlev Hospital, Børne- og Ungeafdelingen.

Støtte er givet til hjælp til hendes deltagelse ved ICN med det formål "at blive inspireret til min fortsatte udvikling af børnesygeplejen – såvel klinisk, men også af mere meto-

disk karakter til inspiration til videre forskningsprojekter i afsnittet. I det store perspektiv vil det være en oplevelse at se min egen praksis i et internationalt perspektiv, samt få mulighed for at danne netværk med ligesindede forskningssygeplejersker rundt om i verden. Således er min motivation for deltagelse fun-

deret i et fagligt grundlag, som tilsigter at øge den børnesygeplejefaglige praksis og derved være med til at udvikle bedre pleje og behandling til indlagte børn og deres forældre"

Christinas referat fra ICN konferencen kommer i næste nummer af Børn- og Ungesygeplejersken

Legater

– vilkår og rettigheder

Som medlem af Fagligt Selskab for Sygeplejersker der Arbejder med Børn og Unge har du mulighed for at søge økonomisk støtte til deltagelse i konferencer, kursus og temadage.

Formålet med ordningen

At give medlemmer af Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge mulighed for at deltage i relevante kurser, temadage og kongresser.

Betingelser for at komme i betragtning

- At ansøgeren vedlægger en udførlig begrundelse for at deltage og med præcis angivelse af, hvad legatet skal bruges til.
- Legatet gives under forudsætning af, at legatansøgeren

deltager i den konference, temadag eller andet som er fremført i ansøgningen.

- Ansøgeren forpligtiger sig til maksimum en måned efter arrangementet, at skrive et referat til "Børn og Unge Sygeplejersken" af arrangementets faglige højdepunkter understøttet af billeder. Teksten skal være den bærende del.
- Legatet kan ikke videregives til anden person.
- I ansøgningen skal det fremgå, om der søges legater andre steder.

Udbetaling

Legatet vil blive udbetalt efter dokumentation for udgifter. Det vil sige, legatet udbetales som efterbetaling.

Tilbagebetaling

Legatet skal udbetales senest 3 måneder efter den slutdato,

der er opgjort i ansøgningen. Er dette ikke sket, vil legatet bortfalde. Bliver du forhindret i at deltage, tilbagebetales legatet med undtagelse af sygdom på dagen. Legatet tilbagebetales, hvis det ikke bliver anvendt i overensstemmelse med betingelserne for bevillingen.

Hvis der er modtaget støtte fra anden side således, at der opnås overfinansiering, vil det faglige selskab kunne anmode om tilbagebetaling. Ansøgningsskema hentes på hjemmesiden: http://www.dsr.dk/menu/faglige_selskaber/sygeplejersker_der_arbejder_med_børn_og_unge. Ansøgningen sendes til Anette Østerkjærhus på mail: akos@regionsjaelland.dk. Ansøgningen vil herefter blive behandlet af bestyrelsen, hvorefter ansøgeren modtager besked.

Fortsat fra side 29

Dagens sidste foredrag var repræsentanter fra Ungepanel.dk altså de unge selv.

"Tal til os om os"

Foredragsholder: Ungepanel.dk er en sammenslutning af landets indtil videre 6 ungepaneler. De unge har alle en tilknytning til deres hjemhospital og er mellem 12-24 år. Ungepanel.dk ønsker at forbedre forholdene for kronisk og alvorligt

syge unge ved at gøre politikere og andre beslutningstagere opmærksomme på områder, hvor de eksisterende tilbud kan styrkes.

Abstract: Repræsentanter fra Ungepanel.dk talte om, hvorfor der bør oprettes et ungepanel på alle landets børne-ungeafdelinger, panelernes arbejde og deres resultater. De informerede om Ungepanel.dk's drømme og visioner og sluttede med at sætte fokus på en af panelets

mærkesager, nemlig: "Tal til os om os", som omhandler kommunikationen mellem unge og personalet på hospitalerne.

Det var en spændende og meget lærerig dag, som gav indspark til vigtigheden i at der bliver målrettet indsats på denne patient gruppe i pædiatrien. Jeg kan anbefale at søge mere viden på Dansk Ungdomsmedicinsk konference på deres hjemmeside: www.dsum.dk

Trøstemus til alle børneafdelinger i hele Danmark

Måske har du allerede hørt om os!

Den 8. januar 2017, oprettede jeg Facebook-gruppen: Trøstemus til børneafdelingen på Herlev Sygehus. Det gjorde jeg, fordi Tina Hansen, som er Social og Sundhedsassistent på netop Herlev børneafdeling, havde spurgt på Facebook, om der var nogen der havde lyst til, at hækle mus til dem. Ideen til trøstemus kommer fra Kirsten Pedersen, som har hæklet til Kolding Skadestue i ca. 1 år.

Det så jeg og skrev, at det ville jeg gerne. Vi havde en snak om hvad det var de havde brug for og hvor mange mus de skulle bruge. Vi blev hurtigt enige om, at lave en facebookgruppe. På ganske kort tid blev gruppen kæmpe stor og den 26. januar 2017, ændrede vi navnet til det vi hedder nu.

Vi er en landsdækkende gruppe med ca. 3000 medlemmer, som bliver styret af 4 administratører. Derudover har vi ca. 30 ambassadører, som modtager musene, tjekker om de lever op til vores krav, vasker, tørrer, pakker og afleverer dem på landets børneafdelinger. Udover dette, fremstiller de også mus i tusindvis og holder mussehygge for medlemmer.

Trøstemusene bliver udleveret til de børn, som personalet skønner, har brug for trøst eller afledning, ved mødet med hospitalet. Det kan være ved

blodprøvetagning, røntgen, før operation, efter operation, undersøgelse osv. Det kan også være at barnet "bare" er rigtig ked af situationen og har brug en lille trøst.

Musen (som nogen gange også kan være en kanin, ugle, abe, frugt, osv.), kan klemmes i hånden, hives i halen, nusses, kysses og fortælles hemmeligheder. Når børnene er trygge, letter det også de ansattes arbejde. Musen er til stor glæde for både ansatte, forældre og selvfølgelig det vigtigste, børnene.

Som tidligere nævnt har vi i dag ca. 3000 medlemmer i Facebook-gruppen. Vi har en e-mail og en hjemmeside som snart går i luften.

Alle børneafdelinger har nu fået deres første levering på ca. 100 mus, pr. afdeling. Flere har allerede henvendt sig igen, da de er ved at løbe tør for mus. Så anden levering er ved at være på trapperne, på mange af afdelingerne. Så ja, vi har løbende brug for mange flere mus. Jeg håber jo, at dette projekt kommer til at bestå i mange år frem. Vi har været så heldige, at få en del sponsorater af garn, fyld, poser og sågar også et par frostkjoler til en konkurrence. Vi er rigtig glade for alle de skønne givere, da vores medlemmer betaler alt selv, ud af egen lomme.

Har du lyst til, eller kender du nogen som kunne have lyst til at hjælpe os med at lave mus, kan du/dem enten blive medlem i gruppen, eller snart gå ind på vores hjemmeside, for at få oplysninger om diverse.

Vi har nogle minimumskrav til musene:



Hæklet, strikket eller syet
Bomulds eller bambusgarn
Syntetisk fyld
Ingen plasticdele
Mindstekrav til størrelse og længde på hale
Vask på 60 grader
Ingen aflevering direkte på børneafdelingerne (skal igennem en ambassadør)



Jeg er utrolig stolt over alle vores medlemmer. De er så positive alle sammen. Der er så meget hjertevarme og rummelighed i gruppen. Vi har samtidig fået rigtig mange tilkendegivelser fra børn og forældre, som fortæller at musene virker. Flere forældre (indtil nu kun mødre), har selv meldt sig ind i gruppen og er nu, nogen af vores mest aktive medlemmer.

Har vi ny ideer til fremtiden?

Vi har jo fået vores to logomus: Plister og Plaster. Ideen med dem er, at der på sigt skal laves en lille børnebog, om disse to frække trøstemus ♥

De bedste hilsner
Maj Richter Petersen
E-mail: troestemus@gmail.com
www.troestemus.dk



BØRN OG UNGE- SYGEPLEJERSKEN

Børn og ungesygeplejersken udgives 3 gange årligt af Fagligt Selskab for Sygeplejersker der arbejder med børn og unge under Dansk Sygeplejeråd. Læserne er veluddannede, idet alle har en faglig baggrund som sygeplejerske efterfulgt af arbejde på en børneafdeling og dermed har specialiseret sig i arbejdet med børn og forældre.

Målgruppe

Børn og ungesygeplejerskens læsere er bredt repræsenteret i alle specialer fra børnepsykiatri- og neonatalsygeplejersker til sygeplejersker i almen pædiatri på medicinske-, kirurgiske-, øre-næse-hals-, tand-, intensiv- og specialafdelinger.

Fakta om Børn og ungesygeplejerskens læsere

- 80% interesserer sig for sund ernæring
- 39% har en husstandsindkomst på mere end 600.000/år
- 47% bruger PC i hjemmet til arbejdet minimum ugentligt
- 54% køber helst økologiske varer
- 68% køber helst miljøvenlige produkter

Kilde: Index Danmark/Gallup 1. halvår 2011

Oplag

Distribueret oplag i alt: 600 eksemplarer

Redaktionel kontakt

Karin Bundgaard
Klinisk sygeplejespecialist
karin.bundgaard@rsyd.dk
www.dsr.dk/fs7



Annoncepriser

1/4 side	B:88 x H:128 mm	kr. 1.200
1/2 side	B:180 x H:128 mm	kr. 2.500
1/1 side t. kant	B:210 x H:297 mm	kr. 3.800

1/1-side til kant og bagsiden skal tillægges 3 mm til beskæring.

Priserne er gældende fra 1. januar 2016 og er ekskl. moms

Farvetillæg

Alle priser er inkl. farver