

BØRN OG UNGE- SYGEPLEJERSKEN

Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge



- Danmarks første børnehospice
- Børne- ungeafdelingen i Næstved
- Børn og smerter



Februar · 1/2016

Indhold

Redaktøren har ordet	4
Indkaldelse til generalforsamling.....	5
Temadag: STOP fastholdelse af børn og unge	6
Valg til bestyrelsen	7
Referat fra EDCNS 2015 i Graz	10
Børn og smerter	14
Åbning af Lukashuset	18
Vores lille stjerne.....	20
Børne- ungeafdelingen i Næstved	22
Boganmeldelser	25

Bestyrelsesmedlemmer



Formand

Lena Wittenhoff
Lena.wittenhoff@rsyd.dk
Tlf: 2234 7839
Børne-og ungeklinikken
Aabenraa
Sygehus Sønderjylland



Bestyrelsesmedlem

Karin Bundgaard
karin.bundgaard@rsyd.dk
Tlf: 4087 5623
Børneafdelingen,
Kolding Sygehus, SLB



Bestyrelsesmedlem

Lene Birkner Nielsen
Lene.nielsen@viborg.rm.dk
Tlf: 7844 5455
Regionshospitalet Viborg,
HE Midt



Kasserer

Anette Østerkjerhuus
Akos@regionsjaelland.dk
Tlf: 2712 5870
Børneafdeling 17, Næstved



Næstformand

Gurli Wolf
Arb.mail: gurwol@rm.dk
Tlf: 2277 5140
Regionshospitalet Herning



Bestyrelsesmedlem

Conni Lindberg Andersen
Conni.lindberg.andersen@regioinh.dk
Tlf: 2073 1718
Børne- og Ungeafdeling,
Herlev Hospital



Bestyrelsesmedlem

Kirsten Krone Reichl
kirsten.krone.reichl@regi-
onh.dk
Tlf: 5122 6421
Rigshospitalet 5



Redaktion

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

Bladet udgives af »Fagligt sel-
skab for sygeplejersker der
arbejder med børn og unge«
- og udkommer 3 gange år-
ligt, i februar, juni og okto-
bermåneden.

Indlæg

Alle kan indsende indlæg til
bladet. Disse udtrykker ikke
nødvendigtvis sammenslut-
ningens eller redaktionens
synspunkter, men står kun
for den enkelte forfatters.

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 be-
kendt med forfatterens navn
og adresse.

Mht. honorering for indsend-
te artikler kan vi tilbyde kr.
400,- pr. heltrykt side, dog
maksimum kr. 2.000. Bogan-
meldelser honoreres med
bogens pris.

Annoncer omhandlende te-
madage, konferencer og lig-
nende koster kr. 500,-.

Legatansøgninger

For legatansøgninger henvi-
ses til selskabets hjemmeside:
http://www.dsr.dk/Menu/
faglige_selskaber/sygeplejer-
sker_der_arbejder_med_børn_og_unge

Reklamationer

Eventuelle reklamationer
vedrørende trykning og sam-
ling 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

Af medredaktør

Lene Edith Birkner Nielsen

Ansvarshavende redaktør

Et af de store temaer der lige nu er på både den faglige, etiske og politiske dagsorden indenfor børn og ungeområdet er børn og smerter. Hvordan gør vi det bedst, når vi skal udføre smertefulde procedurer og behandling, sådan at børn og unge opnår bedst mulig mestring før, under og efter. Dette kan du læse om fra flere forskellige vinkler i denne udgave af Børn og Ungesygeplejersken.

Danmark har netop fået sit første børnehospice "Lukas-huset", hvor bestyrelsen var repræsenteret og lavet indlæg herom. Ligeledes kan der læses om temadag afholdt af arbejdsgruppe for palliativ indsats til børn og unge og hvordan palliative teams netop er ved at blive etableret rundt i landet. I forlængelse heraf er der en forældrefortælling fra familie, der mistede deres uhelbredeligt syge barn 4 måneder gammel.

På baggrund af deres forløb, har de dannet foreningen "Unik-for de små sjældne" netop for blandt andet at skabe fokus på palliativ pleje til uhelbredeligt syge børn.

I den meget praksisnære artikel "Børn og smerter: Mestring af behandlingsprocedurer" bliver du ført igennem emner som smerter og det autonome nervesystem, de 3 kredsløb i hjernen, at læse barnets signaler, hvordan hjælper man som plejepersonale barnet og den unge bedst muligt før, under og efter behandlingsprocedurer.

Du finder også en inspirerende artikel om Børneafdelingen i Næstved, hvor lattergas som et led i smertebehandling iblandt mange andre spændende emner beskrives som et fokusområde. En afdeling hvor mottoet er "vi kan alt, og vi vil alt!"

Slutteligt kan vi i dette nummer præsentere programmet for dette års temadag udbudt af faglig sammenslutning for sygeplejersker der arbejder med børn og unge. Temadagen er sammensat under overskriften "undgå fastholdelse af børn og unge" netop for at sætte fokus på smertebehandling og meststringsstrategier i forbindelse med smertefulde procedurer og behandling.

Du har mulighed for at vinde en gratis billet til temadagen – se i programmet for temadagen hvordan.

Desuden er der generalforsamling efter temadagen – ønsker du at blive en del af bestyrelsen og deltage i et spændende fagligt samarbejde og være med til at sætte dagsordenen indenfor børn og ungesygepleje, så finder du oplysninger om hvordan du stiller op inde i bladet.

HUSK
deadline
til næste
blad er
d. 5. maj
2016



Indkaldelse til generalforsamling i Fagligt Selskab for Børn- ungesygeplejersker

Tirsdag den 9. juni 2016 kl. 16.30 – 17.45

Severin kursuscenter, Skovsvinget 25, 5500 Middelfart

Dagsorden:

1. Velkomst ved formanden
2. Valg af dirigent
3. Valg af referent
4. Godkendelse af dagsorden
5. Formandens beretning
6. Fremlæggelse og godkendelse af revideret regnskab
7. Budget for 2016 fremlægges
8. Valg til bestyrelsen
Gurli Wolf - genopstiller ikke
Indkomne stillere
9. Indkomne forslag
10. Eventuelt
11. Afsked med afgangende bestyrelsesmedlemmer

**Indkomne forslag skal være formanden i hænde
senest 1. maj 2016, til: lena.wittenhoff@rsyd.dk**



Fagligt Selskab for sygeplejersker der arbejder med
børn og unge inviterer til temadag:

STOP fastholdelse af børn og unge

d. 9. juni 2016, kl. 08.30 – 16.00.

Herefter vil der være generalforsamling klokken 16.30 – 17.45.

Alle medlemmer er velkomne.

Severin kursuscenter, Skovsvinget 25, 5500 Middelfart.

Glæd jer til en spændende dag, hvor der sættes fokus på, hvilke konsekvenser ufrivillig fastholdelse har for børn og unge og hvilke strategier, der kan bruges for at undgå det.

DAGENS PROGRAM

08.30 – 09.00: Registrering og kaffe

09.00 – 09.30: **Børns oplevelser under hospitalsindlæggelse**

Katrine Munch Bechgaard, Presse- og kommunikationskonsulent. Børnerådet

09.30 – 10.15: **Ufrivillig fastholdelse**

Gitte Aagaard, smertesygeplejerske og Lars Falcon, vejleder i børneanæstesi, anæstesisygeplejerske. Begge Rigshospitalet. Fokus på uddannelse, kultur, organisation

10.15 – 11.00: Kaffepause og besøg på stande

11.00 – 12.15: **Ufrivillig fastholdelse**

Gitte Aagaard og Lars Falcon - fortsat

12.15 – 13.00: Frokost og besøg hos stande og postere

13.00 – 14.15: **At påføre smerte uden at lave overgreb**

Eva Krog Pedersen, psykolog, Børn og Unge klinikken Åbenrå, Region Syddanmark

14.15 – 15.00: Kaffe og besøg ved stande og postere

15.00 – 15.45: **Implementering af strategi for undgåelse af ufrivillig fastholdelse**

Marianne Hedegaard Nielsen, specialeansvarlig sygeplejerske, Børneafd., Kolding

15.45 – 16.00: **Afslutning**

kåre vinder af Posterkonkurrencen

16.30 – 17.45: **Generalforsamling** i Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med Børn og unge

Pris: Medlemmer 1000 kr., Ikke medlemmer 1500 kr.

Tilmelding: www.dsr.dk/kurser og arrangementer

Posterudstilling: alle deltagere opfordres til at medbringe poster omhandlende udviklingstiltag eller projekt fra hverdagen. Formålet er at inspirere og dele gode historier med kollegaer på landets Børn- og unge afdelinger. Format: A3

VIND deltagelse på TEMADAG - skriv referat fra dagen til Børn og Ungesygeplejersken – vinder bliver efter "først til mølle" via henvendelse til: Karin Bundgård Karin.Bundgaard@rsyd.dk



BESTYRELSESVALG

Opstilling til Fagligt Selskab for børn- ungesygeplejerskers bestyrelse

Grib denne enestående chance og stil op til Fagligt Selskab for Børn- ungesygeplejersker's bestyrelse i valgperioden 2016 til 2018

Ønsker du at stille op til bestyrelsen i Fagligt Selskab for Børn- ungesygeplejersker, må du påregne en arbejdsperiode på minimum to år, da en valgperiode ifølge vore vedtægter løber over dette tidsrum. Erfaringsmæssigt viser det sig dog ikke som et problem, da mange medlemmer af bestyrelsen ofte genopstiller flere gange.

Bestyrelsen består af mindst seks og højst ni medlemmer, og såfremt flere end ni kandidater opstiller, afholdes valg. Det tilstræbes, at ca. halvdelen af bestyrelsen er på valg hvert andet år, så kontinuiteten for en vis del opretholdes.

I denne nuværende bestyrelse har vi et stort ønske om dels at være bredt repræsenteret geografisk men også fra flere forskellige specialer inden for børnesygeplejen.

Det kræver naturligvis en god portion energi, tid og ikke mindst humor at sidde i bestyrelsen, men samtidig får du fagligt og personligt nogle muligheder, som også kan styrke dig i dit daglige arbejde.

Yderligere oplysninger fås hos formanden.

Ønsker du et forum, som fagligt styrker og som vide-reformidler børn og ungesygeplejers synspunkter til rette instanser, så stil op til den nye bestyrelse.

Kandidatopstilling til bestyrelsesvalg i Fagligt Selskab for børn- ungesygeplejersker år 2016

Ifølge vedtægterne for »Fagligt Selskab for Børn- ungesygeplejersker« skal der afholdes valg til bestyrelsen i forbindelse med generalforsamlingen.

Såfremt der er opstillet mere end ni kandidater, udsender den nuværende bestyrelse stemmesedler til samtlige medlemmer. I givet fald vil kandidaterne

præsenteres såvel i »Børnesygeplejersken« som i tidsskriftet »Sygeplejersken«.

Alle opstillede kandidater skal være medlem af Fagligt Selskab fagligt selskab der arbejder med børn og unge, og der kræves 2 stillere, som ligeledes skal være medlem af den faglige sammenslutning.

Kandidatens navn: _____

Stilling: _____ DSR medlemsnr.: _____

Ansættelsessted: _____

Tlf. privat: _____ Tlf. job: _____

Ønsker at stille op i bestyrelsesvalg i: Fagligt Selskab for Børn- ungesygeplejersker

1. stillers navn: _____

DSR medlemsnr.: _____

Tlf. privat: _____

2. stillers navn: _____

DSR medlemsnr.: _____

Tlf. privat: _____

Opstillingsblanketten skal være formanden for fagligt selskab der arbejder med børn og unge i hænde senest 1. april. Indsendes til: Lena Wittenhoff, Vestergade 41, 6310 Broager. lena.wittenhoff@rsyd.dk



Palliativ indsats i Danmark

Af Karin Bundgaard, klinisk sygeplejespecialist. Børneafdelingen, Kolding.

Arbejdsgruppe for palliativ indsats til børn og unge med livstruende tilstande er tværfaglig sammensat og har til formål at stimulere og medvirke til vidensdeling og udviklingen af en indsats for børn og unge i Danmark. I denne forbindelse var gruppen arrangør af Temadag om palliation til børn og unge d. 21. oktober 2015.

Oplægsholdere på dagen var:

Palliativ care i England.

Overlæge i børnepalliation, Finella Craig, UK, Great Ormond Street Hospital, London, der fortalte om hvordan den palliative pleje og behandling i England er meget struktureret og tværfaglig organiseret med både hospice samt døende børn i hjemmet.

Familie-FOKUS

Bodil Kloberg fortalte om et projekt Familie-FOKUS i Region Midtjylland. Projektet er finansieret af SATS-puljemidler fra Sundhedsstyrelsen, og går ud på at afprøve en fleksibel model, der tilbyder støtte, lindring og aflastning til familier med et uhelbredeligt sygt barn.

Der er 3 former for tilbud i projektet:

- Familieophold der henvender sig særligt til de familier, som har akut behov for lindring og aflastning ud fra tværfaglig palliativ indsats.
- Familieforløb i hjemmet der henvender sig særligt til de familier, som af forskellige årsager har behov for et tilbud i hjemmet.
- Familiekursus der henvender sig særligt til de familier, som har behov for

støtte og vejledning samt erfaringsudveksling, så de bedre bliver i stand til at tackle hverdagen med et sygt barn.

Der tilbydes støtte, samtaler, terapi, pleje og behandling fra 14 forskellige faggrupper

Fortælling

Der var også en meget bevægende fortælling om en familie, der fortalte om deres barn, som blev født med en uhelbredelig sjælden sygdom. Barnet døde 4 måneder gammel (se artikel andet steds i bladet).

Workshop.

Indimellem var der workshop, hvor deltagerne havde mulighed for at diskutere og vidensdele om, hvordan den palliative indsats er og kunne ønskes at blive rundt om i Danmark.



Arbejdsgruppen består af (set fra højre): Margit Bjerregaard, Børnesygeplejerske, Børneonkologisk Afsnit A20, AUH, Skejby. Mette Raunkjær, Ph.D. Cand. Scient.soc., Sygeplejerske fra PAVI, Videncenter for Rehabilitering og Palliation. Tove Videbæk, Landsformand, Hospice Forum Danmark. Camilla Lykke, Master, Humanistisk Palliation, Sygeplejerske, Palliativt Afsnit, Rigshospitalet. Steen Peter Nielsen, Psykolog, Palliativ Med. Afd. P20, BBH

Referat fra EDCNS 2015 i Graz

Af xxxx xxxxxxxx

2 dages konference for ph.d. studerende arrangeret af Medical University of Graz, Maastricht University og Bern University of Applied Science. Konferencen er planlægges af ph.d. studerende.



Her fik jeg lejlighed til at præsentere den første del af ph.d. projektet i 15 minutter med efter følgende spørgsmål. Research plan: effect of Pre-HomeCare with preterm infants using videoconferencing and Smartphone application. På konferencen deltog mange ph.d. studerende med forskellige emner inden for sygeplejen.



Der var to hovedoplæg;

- Et spændende oplæg fra Prof. Rona McCandlish omkring at udvikle standarder og vejledningen "the NICE-way" i UK. pathways.nice.org.uk Det kan anbefales at se på denne hjemmeside hvis du arbejder med instrukser, vejledninger mm.
- Et interessant oplæg om "Psychometrics – a way to truth in nursing science?" af Prof. Dr. Juliane Eichhorn-Kissel. Oplægget handlede om at bruge og sikre kvalitet af spørgeskemaer. På billedet er vist billedligt hvilke steps der er på vejen til at sikre kvalitet af instrumentet.

Udover PhD præsentationer og oplæg var konferencen i et rart miljø. Et sted hvor phd studerende kan øve sig i at præsentere og svare på spørgsmål. Konferencen var rigt repræsenteret fra 29 lande, der blev afholdt byvandring og en fælles middag. EDCNS kan bestemt anbefales. Næste år afholdes i Bern, Schweiz.

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) provides national guidance and advice to improve health and social care. NICE's role is to improve outcomes for people using the NHS and other public health and social care services. We do this by:

- Producing evidence based guidance and advice for health, public health and social care practitioners.
- Developing quality standards and performance metrics for those providing and commissioning health, public health and social care services.
- Providing a range of informational services for commissioners, practitioners and managers across the spectrum of health and social care.



Børn og smerter: Mestring af behandlingsprocedurer

Charlotte Jensen, autoriseret psykolog & Maiken Bjerg, psykoterapeut MPF og SE®-traumeterapeut.

Historisk rids og relevans

Kan børn føle smerte? Ja – det kan de, og spædbørn oplever sandsynligvis stærkere smerte end ældre børn og voksne, fordi deres nervesystem er umodent og endnu ikke i stand til at modulere smerte. Trods dette har smerter hos børn været underdiagnosticeret og underbehandlet i mange år. Indtil 1980'erne antog man, at børn ikke følte smerte i samme grad som voksne - bl.a. at babyer var ude af stand til at føle smerte, hvilket man mente, barnet først var i stand til omkring 2. leveår, hvor neocortex var udviklet.

Trods øget fokus på børns smerter oplever mange børn stadig, at der ikke tages ordentlig vare på deres smerter. Eksempelvis har man fundet, at børn i gennemsnit får tre gange færre dosseringer af smertestillende medicin end voksne, der har gennemgået samme operation, at den mest udbredte metode på akutmodtagelser ved smertefulde procedurer er ufrivillig fastholdelse (Sygeplejersken 2013), og at børns akutte smerter ikke vurderes og behandles lige så godt, som når voksne kommer til skade (bl.a. venter børn længere tid på at få smertestillende) (Due et al., 2009).

Man ved nu, at der kan være såvel kortvarige som langvarige konsekvenser forbundet med både procedurerelaterede smerter og ubehandlede kroniske smerter. På kort sigt kan

konsekvenserne ved utilstrækkelig smertebehandling være: længere indlæggelsesforløb, øget mortalitet hos spædbørn og præmature. På det psykologiske plan kan barnet udvikle angst, isolation, nedsat evne til at kommunikere. På det fysiologiske plan kan barnet udvikle søvnproblemer, øget puls og blodtryk, at barnet bliver slapt og passivt, eller udviser øget følsomhed over for berøring. På langt sigt kan utilstrækkelig smertebehandling øge risikoen for kronisk smerte, have betydning for børns senere smerteoplevelse eller give barnet en varig usikkerhed, angst eller frygt, ligesom der ved smertefulde og angstprovokerende procedurer er øget risiko for traumatisering og PTSD.

Hvis barnet har gennemgået mange smertefulde procedurer, eller hvis der har været et højt angstniveau, kan nervesystemet blive sensibiliseret. Et eksempel er præmature børn, som får foretaget gentagne blødprøver i hælen. Disse sårbare præmature børn kan komme i sådan en tilstand af hyperarousal, at de, når de senere samme dag, skal have skiftet ble, reagerer ved at udvise tegn på smerte i forbindelse med bleskiftet. En såkaldt sensibilisering af nervesystemet kan ske både perifert (øget sensitivitet ved berøring af fx hælen,) og centralt – dvs. en generel sensibilisering af det centrale nervesystem, således at smer-

tetærsklen generelt nedsættes. Man ved desuden, at hos præmature børn vil ubehandlede smerter påvirke hjernens udvikling, ligesom der ses dårligere kognitive og motoriske færdigheder ved større antal smertefulde oplevelser (Jensen et al., 2015; Ranger et al., 2014).

Denne artikels fokus vil være på at øge forståelsen af, hvordan det autonome nervesystem er en væsentlig komponent i oplevelsen af smerte – såvel kroniske som procedurerelaterede. Hospitalsprocedurer er for de fleste børn forbundet med større eller mindre grad af ubehag, angst, smerte og for nogle vedkommende også overgreb og fastholdelse. Det kan være alt fra injektioner, anlægning af venflon, narkose, sug, maske, undersøgelse og røntgen – hvor selv procedurer, der for så vidt er smertefri kan være angstprovokerende og traumatiserende for barnet. Med afsæt i viden omkring det autonome nervesystem vil vi skitsere forskellige redskaber, der kan være med til at øge barnets oplevelse af mestring under behandlingsprocedurer og dermed også være med til at mindske barnets oplevelse af angst og smerte under proceduren.

Smerter og det autonome nervesystem

Smerte er et komplekst fænomen, som dels er resultat af hjernens evaluering af senso-

riske input fra kroppen og nervesystemet, dels er betinget af både biologiske, psykologiske og sociale faktorer.

Børn er forskelligt rustet rent biologisk, og kan have forskellig smertetærskel. Psykologisk set har barnets følelsesmæssige tilstand en betydning for smerteoplevelsen; fx kan børn der skal igennem behandling samtidig med at forældrene er ved at blive skilt, meget vel være mere sensitive over for smerte. Ligeledes har de sociale normer omkring smerte også betydning, fx om smerte er noget man over- eller underfokuserer på. Alle disse bio-psyko-sociale faktorer er således i involveret i barnets samlede smerteoplevelse, uanset om der er tale om proceduresmerter eller kroniske smerter.

Proceduresmerter, angst og det autonome nervesystem

Når barnet kommer på hospitalet, vil der ofte være kraftige reaktioner fra barnets autonome nervesystem. Det kan være hjælpsomt at kende til baggrunden for disse reaktioner, samt at kende til hvilke tegn barnet viser, så man som sundhedspersonale kan hjælpe barnet og dets forældre bedst muligt mht. smertelindring og forebyggelse af traumatisering.

Smerte er en form for alarm-signal, som hjernen producerer, for at fortælle at der er fare på færde.

Når vi oplever smerte bliver vores frygtrespons (amygdala) automatisk tændt. Dermed skifter det autonome nervesystem "gear", og fra primært at bruge energi på at passe på kroppens ligevægt, bliver nervesystemet nu gearet til at tænke på vores overlevelse i forhold til at beskytte os mod trusler. Dette skift ses som regel tydeligt i barnets adfærd. Uro, forsøg på at vride sig væk, gråd, klynken, og nogle gange voldsomme kampreaktioner i form af at bide, sparke eller slå. Når barnet gennemgår behandlingsprocedurer, kan dets nervesy-

stem komme i alarmberedskab både pga. smerter og pga. frygt og oplevet trussel på dets integritet. Disse to ting forstærker hinanden: Øget alarmberedskab forstærker smerteoplevelsen, og smerte vedligeholder alarmberedskabet.

Forenklet begrebsforklaring om det autonome nervesystem

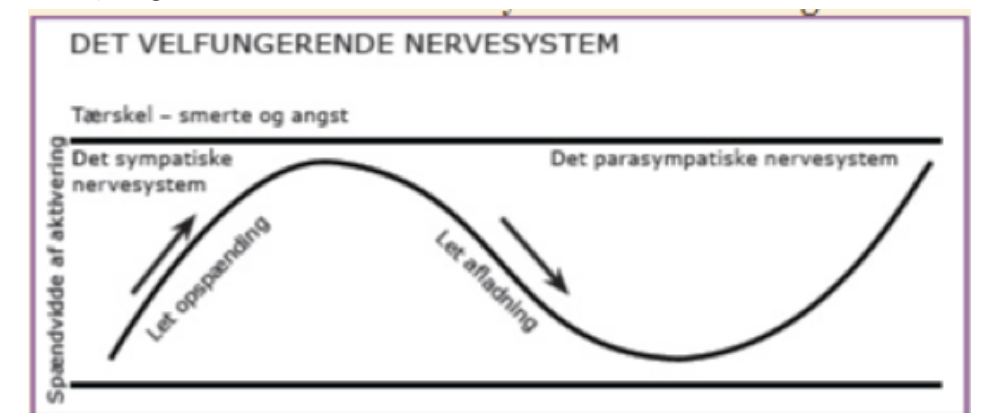
Vores autonome nervesystem styrer en række livsvigtige funktioner i kroppen, og sørger for at opretholde homeostase således at vi kommer tilbage til vores ligevægt igen, når vi har været ude af balance. De to funktioner i det autonome nervesystem, sympaticus og parasympaticus fungerer som en såkaldt reciprok funktion, når sympaticus er aktiv, som fx i aktiv fysisk leg, så er parasympaticus mere passiv. Omvendt når parasympaticus er aktiv, som når barnet slapper af, og fordøjer maden, er sympaticus mere i ro. Et nervesystem i balance, vil fungere i en form for rytme, hvor de to funktioner vekselvirker, således at barnet har en sund afveksling mellem aktivitet og hvile.

Nedenstående model viser, hvordan det autonome nervesystem naturligt veksler mellem let opspænding og let afladning:

De 3 kredsløb i hjernen

Forenklet sagt er der tre kredsløb i hjernen, der tages i brug alt efter hvor tryk eller hvor truet barnet føler sig i den en-

Model 1. (Heller & Heller, 2005, vores bearbejdning)

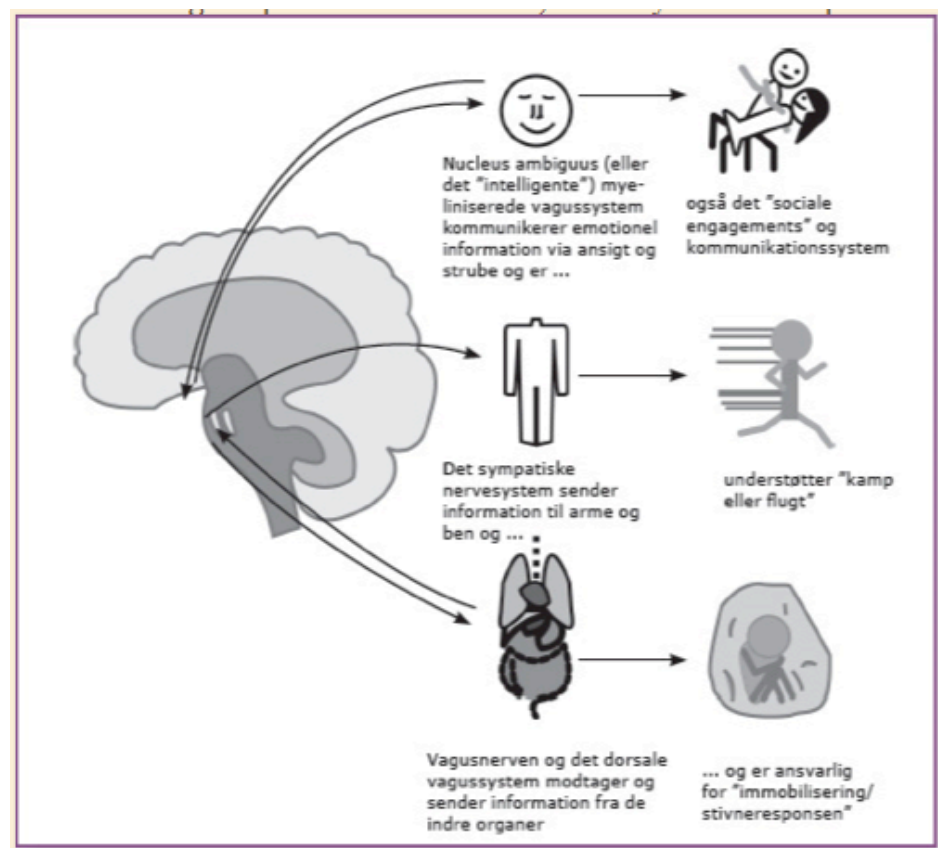


kelte situation, her vist i model 2, side 14:

Stephen Porges "polyvagale teori", henviser til at der er to forgreninger af vagusnerven, som henholdsvis styrer det "sociale nervesystem" (ventrale vagussystem) og det parasympatiske nervesystem (dorsale vagussystem).

Det "Sociale nervesystem"

Et barn, der er trygt tilknyttet sine forældre, vil ofte ankomme lidt spændt men opmærksomt og nysgerrigt til behandling med mindre barnet tidligere har været udsat for ubehagelige procedurer. Barnet vil måske kigge sig omkring og søge spontan kontakt med sygeplejersken og kigge interesseret på de ting, der er i rummet. Måske vil barnet også gerne fortælle lidt om, hvad det går op i, og om det har fået fri fra skole /børnehave i dag. Barnet er her primært i det "sociale kommunikations- og engagementssystem" (jf. model 2) som er styret af den myeliniserede vagusnerve. Denne dæmper hjerterytmen, hæmmer sympatisk aktivitet og er ydermere integreret med de nerver, som styrer ansigtsmuskler og hoved. Dette betyder, at når barnet er trygt, vil det være i en tilstand, hvor det har let ved at indgå i kontakt med andre og være opmærksom på sine omgivelser. Ved at tage sig tid til at opnå god kontakt med barnet, kan man altså forebygge at det kommer i en stressstilstand, med en høj sympatisk aktivering (Porges, 2007).



Model 2: Den polyvagale model ud fra Stephen Porges teori. (Levine, 2010)

Det sympatiske nervesystem

Når barnet skal gennemgå en smertefuld og eller angstprovokerende procedure (fx nålestikprocedure eller anlægning af venflon), hvor barnet måske også oplever fastholdelse, vil et andet kredsløb, kampflugt systemet blive taget i brug. Barnet vil her komme i en højarousaltilstand hvor sympaticus bliver meget højt aktiveret, og hvor barnet bliver uroligt, angst, og prøver enten af kæmpe (slå, sparke, bide, sige grimme ord, græde af raseri) eller flygte: prøve at vride sig løs, græde hjælpeløst, eller kigge sig omkring efter muligheder for at komme væk).

Det parasympatiske nervesystem

Hvis barnet oplever, at kamp eller flugt ikke er muligt, samtidig med at proceduren føles smertefuld og overvældende, bliver et tredje kredsløb, "fastfrysning" taget i brug. Her ændrer parasympaticus funktion

fra at være genopbyggende og sørge for at vedligeholde kroppens celler, til at bremse en høj sympatisk aktivering, så den ikke bliver livstruende. Barnet stivner, bliver blegt, mimikfattigt, eller bliver slapt og kollapse og eller besvimer (vasovagal synkope). Barnet er her dissocieret og er slet ikke eller meget lidt tilgængelig for social kontakt. Det har her ikke oplevet tilstrækkelig medbestemmelse eller kontrol til at kunne rumme oplevelsen. Selvom det kan se ud som om, barnet slapper af og samarbejder, er det vigtigt at vide, at det er i denne tilstand at barnets angstniveau er højest, og at det er i denne tilstand, der er størst fare for traumatisering. Dette skyldes, at der er en høj grad af hjælpeløshed, når der indtræder fastfrysning eller kollaps (Levine 2012a, Læge håndbogen 2012).

Vores nervesystem er kun designet til at klare kortvarig stress og belastning

Vores nervesystem er designet til at skifte mellem de tre kredsløb, og hvis man er kortvarigt i kamp/flugt tilstand og oplever

at klare og mestre situationen, sker der ikke den store skade. At være kortvarigt i en fastfrysning- eller kollapstilstand, kan også være en beskyttelse mod en overvældende oplevelse, som når barnet oplever nye mennesker, smerte og høj arousal på en gang. Problemet er, at når barnet udsættes for smerte eller stærk frygt i længere tid, kan der ske en dysregulering af nervesystemet, som ikke af sig selv regulerer sig igen. Forskning viser, at der kun skal 15 sekunder med immobilitet og stærk frygt til, før nervesystemet mister sin reciprokke funktion, og barnet kan "sidde fast" i kronisk hyperaktivitet og overvagtssomhed, eller i udmattelse/fravær af vitalitet og kontaktfuld nærvær, som vist i model 3 (Levine, 2010).

Børn er mere sårbare

Børn, og især småbørn og spædbørn, er mere sårbare overfor at komme i fastfrysningstilstand, end voksne og større børn er, da de forståeligt nok ikke har de samme fysiske og psykiske ressourcer til rådighed. De bliver lettere forskrækket og overvældet af lys, lyde, bevægelser og fremmede mennesker, netop fordi deres evne til at forstå, hvad der sker, ikke er så udviklet endnu. Barnets kapacitet til at kæmpe eller flygte bliver gradvist modnet i takt med, at dets motorik udvikles. Barnets første impuls, når han/hun føler sig truet, er som regel at søge beskyttelse og tryghed hos en voksen tilknytningsperson – bl.a. ved at græde eller skrig, eller ved med kroppen at signalere, at det gerne vil op. Hvis dette ikke er muligt, og der måske ikke er nogen at kravle hen til, eller række armene op til, vil barnet typisk gå i fastfrysningstilstand, blive stiv i blikket, stiv i bevægelserne og måske besvime eller falde i søvn. Man kan sige, at hvis spædbarnet eller småbarnet oplever noget, der sker meget pludseligt og/eller ikke har mulighed for at flytte sig væk fra det, der er

skræmmende, har det ikke andre muligheder end at lukke ned for følelser og sansninger. Dette besværliggøres under behandlingsprocedurer, hvor forældrene, som jo er dem der normalt beskytter børnene, ofte bliver dem der også holder børnene (Bjerg et al., 2014).

At læse barnets signaler

Som behandlingspersonale kan være rart at vide hvad man skal kigge efter for at vurdere, om barnet er ved at blive så overvældet af angst og smerte, at han eller hun begynder at få symptomer på fastfrysning.

Her er eksempler på, hvad man skal være opmærksom på for at observere, hvilken tilstand barnet er i.

Tegn på socialt engagement

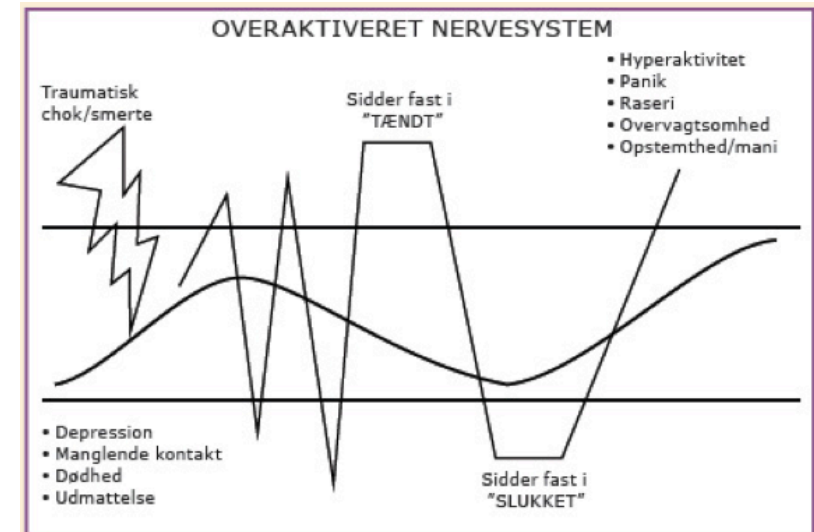
Hvis barnet er opmærksomt og følger med i, hvad der foregår, kigger på personalet, på mor og far, eller kan afledes med noget, er barnet trygt nok til at det sociale nervesystem er "online", og barnet mestrer situationen.

Tegn på kamp/flugtreaktioner

Hvis barnet sparker, bider, slår, går i flitsbue, græder eller skriger vredt, vrider sig løs eller græder hjælpeløst, er barnet i kamp/flugt respons. Her er der brug for, at barnet bliver beroliget og anerkendt for at have mange kræfter og enten får hjælp til at føle mere kontrol over situationen, eller bliver beroliget i forhold til at barnet klarer det rigtig godt, og at det snart er overstået.

Tegn på fastfrysning

Barnets øjne stivner/ stirrer/ ser tomt ud i luften, virker fraværende, distræt og hører ikke rigtig, hvad man siger. Barnet trækker vejret meget lidt (meget lille bevægelse af brystkassen), eller forcerer vejtrækningen for at trække vejret gennem. Det besvimer, bliver svimmelt, eller bliver voldsomt træt. Barnet bliver stivnet og mimikfattig i ansigtet.



Model 3. Det overaktiverede nervesystem (Heller & Heller, 2005; forfatterens bearbejdning)

Hvis barnet har nogle af ovenstående symptomer på fastfrysning under processen, er det vigtigt at stoppe op og kalde barnet tilbage til kontakt – fx ved at barnet kigger på dig, mens du bevæger dig lidt fra side til side. Man kan også afhængig af barnets alder og procedurens forløb og formål, lade barnet bevæge fødderne, lade barnet klemme med sin hånd så hårdt det kan om din finger eller dit håndled, eller lade barnet komme op at stå og trampe lidt i gulvet. Disse tiltag kan hjælpe barnet med at komme mere tilstede igen og mindske frygt.

Tidslinjen: Før, under og efter proceduren

I forhold til at yde den relevante hjælp til barnet og støtte dets mestring i forbindelse med behandlingsprocedurer er det altid givtigt at tænke det ind i en tidslinje: før, under og efter proceduren. Alle tre aspekter er væsentlige og udgør i fællesskab barnets samlede oplevelse af behandlingsproceduren.

Før proceduren - forberedelse:

Før proceduren handler om såvel barnets som sundhedspersonens forberedelse i forhold til den procedure, som barnet skal igennem.

I forhold til sundhedspersonens forberedelse er det vigtigt at man har gjort sig klart, hvad formålet med proceduren er, og hvordan det skal formidles til barnet. Det er altid vigtigt at formidlingen er afstemt efter barnets udviklingsniveau i et simpelt sprog - herunder bl.a. at proceduren har et formål – en mening – og dermed også at barnet ikke udsættes for proceduren uden grund.

For nogle giver det god mening at tegne en tidslinje – før-under-efter, hvor der bliver fortalt med ord og billeder, hvad det er barnet skal gennemgå. For mindre børn kan det være en god ide at foretage proceduren på en bamse/dukke, så barnet kan se, hvad der skal ske, mens andre børn kan have stor gavn af at se proceduren vist på HCAnd.dk – enten hjemme sammen med deres forældre, eller når på hospitalet. Større børn har brug for mere detaljeret information - også her kan det være rigtig god ide at benytte tidslinjen.

Tidslinjen er med til at gøre det konkret for barnet, det er med til at sætte det, der skal ske ind i en ramme og ikke mindst er det med til at afgrænse i tid – at der er et start- og et slut-punkt. At barnet har en viden om, at den ubehagelige/angstprovokerende procedure bliver overstået, og at der må

ske ovenikøbet efterfølgende venter en belønning kan være med til at mindske barnets angstniveau og øge dets mestring i situationen.

I tiden fra barnet træder ind af døren, og før barnet skal gennemgå selve proceduren, er det af afgørende betydning, at man får skabt en kontaktfuld og tryk atmosfære. At man er nysgerrig på barnet, viser interesse for ”hvem er du for én”, får skabt en kontakt, og også får skabt rum til at barnet kan udtrykke sine følelser og tanker og stille spørgsmål. Tryghed er den vigtigste forudsætning for regulering af det autonome nervesystem – det skabes bl.a. gennem afstemt kontakt, forudsigelighed, og afstemt øjenkontakt, mimik og toneleje. Det har derfor stor betydning, at man har afsat tid, er rolig, tydelig og kan formidle det, der skal ske, i et simpelt sprog. Når barnet føler sig trygt, er det sociale nervesystem aktivt, og det medfører som nævnt, at det sympatiske nervesystem hæmmes. Barnet er dermed mere afspændt og har en lavere muskeltonus, hvilket øger tolerancen over for smerte. Ydermere er det en stor fordel, at barnet er engageret i kontakt og i at udforske omgivelserne, da det er lettere at aflede et barn med sæbebobler eller med mimik, når det sociale nervesystem er aktivt, end hvis barnet er højt aktiveret i kamp eller flugt, eller når barnet er stivnet og slet ikke er tilgængeligt for social kontakt.

Før proceduren kan man evt. spørge ind til, om barnet har prøvet det før eller har lignende oplevelse med særligt fokus på, om der er noget, barnet/forældrene har erfaring med er hjælpsomt at gøre. Dette kan give nogle værdifulde oplysninger om tidligere mestringsstrategier og kan hjælpe såvel barn som forældre til at blive mere bevidste om mestring og dermed også flytte fokus fra eventuel bekymring og angst.

Under proceduren:

Under proceduren er det fortsat væsentligt at have fokus på at støtte barnets regulering, hjælpe det til at undgå for højt arousalniveau og mindske oplevelsen af angst og smerte. Dette kan gøres på forskellig måde, og der er stor forskel på, hvad der virker og har betydning for det enkelte barn.

Mht. behandlingsprocedurer er det ikke til forhandling om barnet skal have foretaget proceduren – det gør barnet mere utrygt hvis det ikke kan føle sig sikker på at forældrene kan tage en beslutning om hvad barnet skal gå igennem. Barnet kan således ikke vælge at slippe for proceduren – men der er nogle væsentlige ting, barnet kan være med til at bestemme og dermed øge dets oplevelse af kontrol. Som nævnt er oplevelse af hjælpeløshed og kontroltab med til at øge risikoen for fastfrysning og traumatisering, hvorimod oplevelse af kontrol er afgørende for, at barnet kan rumme oplevelsen.

I forhold til barnets medbestemmelse, kan det fx handle om at barnet selv vælger om det vil ligge ned, sidde (på forældres skød), selv vælge arm (ved blodprøve), om bamsen skal stikkes først, bestemme at der stikkes når man har talt til fem og i nogle situationer også rækkefølge af de ting der skal foregå. Et eksempel på sidstnævnte er Søren 6 år med Cystisk Fibrose. Når han skal til kontrol, er det altid foregået ved, at han først blev vejlet og målt, dernæst fik målt lungefunktionen og til sidst sug. En dag, da han skal til kontrol siger han, at han hellere vil have gjort det omvendt – at han helst vil starte med sug, så han får det værste overstået først og bagefter kan slappe af. Efterfølgende bliver rækkefølgen for ham derfor altid sug, lungefunktion og vejning/måling ... og han føler han bedre kan slappe af, fordi det værste bliver overstået først.

En anden væsentlig faktor er, at det for nogle børn har betydning, at de inddrages aktivt under proceduren – det kan fx være at holde plaster/blodprøveglas, hjælpe med at tælle, give dukken maske på etc. Dels øges barnets oplevelse af kontrol, dels bliver det afledt og sidst men ikke mindst får barnet en betydningsfuld funktion i forhold til det, der skal ske.

Hvad angår afledning, er dette en måde at ”fortynde” smerte og angst på – det er ikke muligt for hjernen at være lige optaget af to konkurrerende stimuli på samme tid. Det afgørende er, at det er spændende nok til at fange barnets sanser og opmærksomhed. Afledning skal være afstemt efter barnets udviklingstrin og interesser og kan være alt lige fra lpad, sæbebobler, hospitalsklown, vrøvlesang til ”hjælp mig lige med at tælle plader i loftet”. Humor, leg og sang er ikke blot gode måder at engagere barnet i kontakt og samspil på (socialt samvær med glædesfyldt kontakt er med til at aktivere parasympaticus og således berolige barnet), men fungerer også som afledning. Latter er med til at udløse endorfiner, ligesom det også er anerkendt, at musik og sang, som barnet synes om, er med til at udløse dopamin og opioider (Garza, 2011 & Myskja, 2005).

Andre væsentlige måder at støtte barnets mestring og regulering er gennem mere kropsbaserede teknikker som fx groundingøvelser (holde fokus nedad i kroppen), åndedrætsøvelser eller ved fysisk kontakt. Fx ved man at blid berøring og massage er med til at øge produktionen af dopamin og oxytocin (afspænder og dæmper smerte og angst). (Man kan finde konkrete øvelser i Bjerg et al., 2014). Visualiseringsøvelser, fantasierejser – fx forestillingen om ”et trygt sted” (med fokus på sansninger) er ligeledes gavnlige for mange børn, da dette er med til at øge akti-

veringen i det parasympatiske nervesystem.

Tiden efter – at lande igen

Når proceduren er overstået, kan man tænke: ”Nu er det overstået” – og måske skynde sig videre til den næste patient. Tiden lige efter proceduren er dog mere væsentlig end mange tror. Det er her barnet skal ”lande igen”, falde til ro og komme tilbage til en balanceret tilstand i nervesystemet, hvor det skal fordøje og bearbejde det, der er sket.

Hvis barnet har oplevet meget angst og været i højt alarmberedskab (høj sympatisk aktivering) under proceduren kan det være vigtigt at lade barnet ”orientere” sig og se sig langsomt om i lokalet. At det bruger sine sanser virker beroligende, hjælper barnet til at blive nærværende og kan være med til at bryde en evt. ”frys-tilstand”. Andre måder barnet kan bryde en ”frystilstand” på er ved at få tid til at ryste, fryse, svede og tage ind, at det er overstået. Evt. få støtte til at lave noget motorisk, som barnet godt kan lide, fx spille ballon, mens barnet sidder på skødet af mor eller far, måske bliver barnet efter få minutter så engageret, at det hopper ned på gulvet og bruger kroppen mere aktivt, hvilket bryder frys-tilstanden.

En anden vigtig del er at tale med barnet om det, der skete, og at der bliver skabt rum til at sætte ord på og bearbejde. Fx kan man fremhæve, hvad barnet selv gjorde, og hvad barnet syntes gik godt – eller hvad man selv synes barnet klarede flot – at man med andre ord fremhæver barnets mestring.

Måske har man aftalt med barnet, at der er en ”gulerod”, når det er overstået. Det kan være, man har jeket eller lavet et vædemål med barnet om, at man selv eller barnet skal stå på et ben og synge en sang – eller det kan være, man får et stykke tyggegummi eller et klistermærke. ”Guleroden” er dels med til at signalere, at procedu-

ren nu er slut, og at barnet kan slappe helt af, dels er det en anerkendelse af, at barnet har gennemgået noget, som barnet ikke synes om – men som det klarede! En ”gulerod” kunne også være, at barnet får et diplom – ”barnet er i mål – Jubii!” En god ide kunne være, at man fremhæver et par punkter, der gik særlig godt og skriver det ind på diplom. Et diplom er både en anerkendelse og et konkret symbol på, at barnet har klaret en ”opgave”, og det får mulighed for at vise det til bedsteforældre eller venner og fortælle om det der er sket.

En sidste ting vi vil nævne er at det kan være god ide at lave en ”Rutebeskrivelse”, hvis det er en procedure barnet skal have foretaget gentagne gange. Hvordan vil barnet gerne have det foregå, hvad er hjælpsomt at gøre i forhold til det konkrete barn – således at der er kontinuitet i måden procedurerne bliver udført selvom det er forskelligt sundhedspersonale. Det kan være med til at øge barnets tryghed at der i journalen ligger af, hvordan barnet gerne vil have det skal foregå, næste gang det skal gennemgå proceduren.

Den tavse smerte – og meningsperspektivet i behandling af børn

At hjælpe børn med at lindre smerter kræver, at man som fagperson kan være nærværende og i kontakt med sin egen empati og indføling. I arbejdet med at udføre behandlingsprocedurer på børn, er der imidlertid også det aspekt, som vi kalder den tavse smerte. Det er den smerte og det ubehag som man kan føle ved at skulle påføre barnet smerte. Uanset hvor vigtigt det er, at barnet gennemgår proceduren, ligger det instinktivt dybt i os alle, at det er ubehageligt og smerteligt at påføre andre smerte. I sundhedssektoren er der ofte en kultur, som fraspalter denne del af virkeligheden, og ikke italesætter den personlige belastning

det kan være. Det betyder fx at mange i sundhedssektoren ikke spørger sig selv om, hvordan de er påvirket af det. Konsekvenserne kan være mindsket kontakt indadtil og udviklingen af hårdhed og distance, samt risiko for en instrumentalisering af måden at møde barnet på. Det er derfor uhyre vigtigt, både af hensyn til fagpersonens psykiske sundhed OG af hensyn til kvaliteten af behandlingen af barnet, at der også er opmærksomhed på at lindre fagpersonens tavse smerte og ubehag ved at være i ”skurkerollen”. En lindrende faktor er at holde fokus på meningsperspektivet, og på at det er sygdommen, nålen, eller der er skurken, og fagpersonen og forældrene, der sammen prøver at hjælpe barnet så godt de kan.

Litteratur:

Bjerg, Maiken og Jensen, Charlotte (2014): *Smerter hos børn. Indsigt, mestring, lindring*. Frydenlund
Due, Anders Kristensen; Andersen, Anette Lybech; Nikolajsen, Lone (2009): *Børns smerter underbehandles i skadestuen. Sygeplejersken (19), s. 56-60*
Garza, Villarreal Eduardo Adrian (2011): *Cognitive and Emotional Processing of Music and its Effect on Pain. Ph.d.-afhandling, Aarhus Universitet*
Heller, Diane Poole & Heller Laurence S. (2005): *Traumeheling*. Borgens Forlag, København
Jensen, Charlotte & Bjerg, Maiken (2015): *Betydning af smerte for det præmature barn, Livsbladet, nr. 1.*
Levine, Peter (2010): *Den tavse stemme*. North Atlantic Books, California
Levine, Peter A. & Kline, Maggie (2012a): *Traumer set med barnets øjne. Heling af traumer hos børn og unge*. Dansk Psykologisk Forlag A/S, Virum
Levine, Peter & Phillips Maggie (2012b): *Freedom from Pain. Sounds true, Boulder*
Myskja, Audun (2005): *Musik som medicin*. Borgens Forlag Valby
Porges, Stephen W. (2007): *The Polyvagal Perspective. Biol. Psychol, feb. 74 (2), s. 116-143*
Ranger, Manon & Grunau, Ruth E. (2014): *Early repetitive pain in very pre-term infants in relation to the developing brain. Pain Manag. Jan: 4(1) s. 57-67*
Sygeplejersken (2013): *Farvel til professionelle overgreb på børn. (Sygeplejerskeprisen, 2013), Sygeplejersken, nr. 4*

Elektroniske referencer:

www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/generelt/symptomer-og-tegn/synkope

Åbning af Lukashuset Danmarks første børnehospice

Af Kirsten Krone Reichl, sygeplejerske

Søndag den 25. oktober 2015 blev Lukashuset åbnet. Det er Danmarks første aflastnings-, lindrings- og hospicetilbud til børn og unge.

Gæsterne var en blanding af fagfolk, donorer, gavegivere, politikere, Lukashusets personale og ikke mindst berørte familier.

Åbningen startede med en festgudstjeneste i Sant Lukas Stiftelsens Kirke her var der fuldt hus og vi, som tilhører, blev udover den traditionelle gudstjeneste med bøn, læsning og salmesang også underholdt af musiker Maggie Björklund, der spillede på pedal steel guitar. Hun spillede bla. "Solen er så rød mor".

Bagefter samledes vi alle i



Han fortalte også at det var med stolthed at Sankt Lukas Stiftelsen, der åbnede det første hospice i Danmark i 1992 nu i 2015 også er det første sted, hvor hospice tilbuddet kan komme til gavn og lindring til børn og unge.

Nina Berring bestyrelsesformand for Sankt Lukas Stiftelsen bød også velkommen og takkede for opbakningen både fra det politiske netværk, men så sandelig også fra private sponsorer.

Thomas Feveile, chef for Lukashuset, sagde bla. »Stort set alle lande omkring os har børnehospicer, og vi ved, at der også i Danmark er et behov for en palliativ behandling til børn med livstruende sygdomme«. Uhelbredeligt syge børn og de-

res forældre mangler et frirum, hvor de kan få professionel hjælp og overskud til at være sammen som familie.

Børnehospicet skal ikke kun støtte familierne i tiden op til barnet skal dø, men også være et tilbud til børn, som i mange år lever med en livstruende sygdom.

De vil blive indlagt i nogle uger, og derefter komme hjem til sig selv, for måske senere at vende tilbage.

Mens 25 procent af voksne på hospice udskrives, kommer det sandsynligvis til at gælde for 80 procent af børnene. For modsat de voksne, som typisk er syge af kræft, så lider børnene af mere langvarige sygdomme som cystisk fibrose, handicap eller fødselsskader.

»Nogle lever i seks til ti år med deres sygdom, og i løbet af de år handler det om i perioder at kunne tilbyde barnet og familien aflastning, sagde Thomas Feveile.

Herefter læste digteren Søren Ulrik Thomsen op af et udvalg af digte fra sin seneste digtsamling "Samlede Thomsen", der passede til lejligheden.

Borgmester Hans Toft understregede herefter i sin tale projektets nødvendighed: "Det er ubærligt, når børn bliver alvorligt syge. Og man har mest lyst til at fortrænge det. Vi skal åbne politikernes øjne på Christiansborg og lade de svageste i samfundet komme til orde". Med henvisning til at Lukashusets drift er på Stiftelsens regning, da der ikke er egenbetaling.

Stiftelsen håber på, at der med tiden kan falde en fast driftsbevilling af fra det offentlige og dermed udvide fra de nuværende 4 pladser. Der er gennem en satspulje afsat 12 millioner kroner i 2015 til etablering af ét børnehospice. Sankt Lukas Stiftelsen har søgt om pengene til etablering af Lukashuset.

Festlighederne blev afsluttet med en rundvisning i Lukashuset, hvor elever fra Gentofte musikskole optrådte.

Lukashuset modtog den første familie 1. november 2015.



3rd PNAE CONGRESS ON PAEDIATRIC NURSING
Beyond Borders: Best Practice In Nursing Children & Young People
26 & 27 May, 2016 - Porto, Portugal
<https://skyros-congressos.pt/pnae2016/index.php>

Vores lille stjerne

Af René Folmann Iversen, Formand i Unik - for de små sjældne



Vores søn Nord blev født på Kolding sygehus den 15. januar 2014. Fødslen skulle forløbe ved et planlagt kejsersnit, da min kone Sandra lider af en sjælden bindevævssygdom. Vi vidste derfor, at der var 50% risiko for, at vores søn ville arve sygdommen, men vi troede egentligt, at det ville ligne symptomerne hos moderen, og hun lever et helt normalt liv. Sandra sagde under graviditeten, at hun følte vores søn var syg, men vi blev enige om, at det nok var fordi, at Nord havde bindevævssygdommen.

Fødslen var chokerende, for da lægen loftede Nord, kunne man se, at han for det første var helt lilla-blå og der var noget galt med hans ben. Tingene gik lige pludselig stærkt, og operationsstuen gyngede, som et skib på vej gennem en storm, hvor alle kender deres plads og opgaver. Nord skulle have stabiliseret vejrtrækningen først, så han fik en maske over næse og mund med en ballon, man kan trykke på, og efter kort tid virkede det til at det hjalp.

Det største øjeblik i mit liv kom, da jeg blev bedt om at bære Nord ovenpå til undersøgelse på Neonatal. Den lille trappetur gjorde noget ved mig, som jeg aldrig har prøvet før. Den kærlighed man føler, når man holder sit barn for første gang, er noget helt specielt.

Sandra havde også fornemmet, at der var noget galt, for hun fik ikke lov til at holde Nord, og hun så ikke benene, da han blev holdt op, men hun så reaktionerne. Efter hun blev syet, blev hun kørt på opvågning, hvor hun kæmpede for at få bevægelse i fødder og tæer, så hun kunne komme op til Nord. Vi ventede lang tid mens læger undersøgte vores søn, og vi var yderst urolige. Heldigvis var der to søde sygeplejersker, som vi kunne snakke med, og som der viste os stor omsorg. Jo længere der gik, jo mere urolig blev man, men efter 2 ½ time fik Sandra lov til at holde Nord. Lykken strålede ud af hendes øjne.

Efter tre dage med langsomme fremskridt, kunne vi selv tage mere over. En aften vi skulle prøve at give ham bryst, fik han reflux og blev kvalt, men han kom hurtig til sig selv igen. Han var meget pylret, når vi ville gå fra ham, det tog altid lang tid. Efter 23 dage på sygehuset blev vi udskrevet med et barn med begge ben i gips, sonde og en hel masse aftaler med ortopæder, hjertelæge, sundhedsplejerske, kommune osv.

Nord udviklede sig nærmest fra første færd derhjemme. Han begyndte at kunne spise med bløde sutteflasker, hvor man kan trykke mæden ud i munden på ham, og han kom med flere og flere lyde. Nord var hypersensitiv, men det kunne vi godt

mærke, og var derfor også beskyttende og skærmende. Al ligevel fik Nord raget en forkølelse til sig, og på under en uge gik han fra at være vores stærke viking, til en sølle stakkel, som knap nok kunne trække vejret selv. Om mandagen tog vi til vores læge, som mente, at det nok var en lungebetændelse og udskrev medicin herfor. Om torsdagen havde det ikke hjulpet. Nord blev nærmest kvalt i morgenmæden, og vi ringede derfor til lægen, der udskrev noget andet medicin. Lægen spurgte om vi var trygge, hvilket vi kunne bekræfte. Nord skulle bare have noget bricanyl og så ville han sikkert blive mere rask af antibiotikaen. Vi fik medicinen hentet, men da vi gav ham bricanylen, blev han kvalt igen. Denne gang kom han hurtigere til sig selv, men fem minutter efter var den gal igen.

Vi ringede 112, og kort tid efter stod der en læge i vores stue. Vi kom ind i lægebilen, og kørte ambulancen i møde, som vi mødte efter kort tid. Der var fuld fart på ambulancen, som kørte til nærmeste sygehus, hvor Nord blev født. På sygehuset kunne de ikke få Nord stabiliseret, så vi blev sendt videre til børneintensiv på universitetshospitalet. Der fortalte de med det samme, at Nord ikke blev kvalt, men han havde epileptiske anfald. De skulle derfor have ham i EEG. Nord var blevet stabiliseret og de gjorde klar til EEG. EEG 'en bekræftede epilepsien. Dagen efter blev Nord flyttet fra intensiv til børneafdelingen. Vi åndede lettet op. Det var "bare" epilepsi, de fleste vokser fra det. Nu skulle de "bare" finde den rette dosis og type medicin. Men allerede den første nat tog anfaldene

til igen, og de blev bare værre og værre. Nord havde generaliserende anfald, hvor blev helt blå, skreg de ondeste skrig og spjættede med hele kroppen. De kunne ikke rigtig få det under kontrol.

Nord var derfor nødt til at blive flyttet tilbage til intensiv. Han havde fået kulitforgiftning, og blev også derfor intuberet. Nord blev lagt i koma, for at prøve at "nulstille", som lægen udtrykte det. Mandag morgen blev Nord MR-skannet. Vi havde lige fået at vide, at der var sket en fejlmedicinering. Nord havde fået 10 gange for meget, da en læge havde lavet en kommafejl på sin lommeregner. Heldigvis var det den medicin, hvor bivirkningerne var destruktiv adfærd og depressive tanker. Vi gik og snakkede om, at bare vi kunne tage ham med i zoo, så han kunne se pingvinerne og sådan noget. Det var helt ligegyldigt, om han lærte at gå. Svaret fra MR-skanningen lod vente på sig, men det var også meget nedslående. Hjernen var glat, og ikke som en valnød, som den normalt ser ud. Vi gik ind og læste om lissencefali, og fandt to typer, den ene med en nærmest total børnedødelighed, den anden med lidt bedre udsigter, men til det næste møde fortalte lægerne os, at de mistænkte noget endnu værre, hvis man kan sige det sådan. De frygtede nu, at han havde zellwegers syndrom. De skulle faktisk kun tage en prøve mere, så var de sikre. Derefter skulle der bekræftes af gentest.

Vi blev enige om at holde barneåben på sygehuset, og ellers komme hjem hurtigst muligt. Vi ville hjem i egne omgivelser, hvor Nord altid virkede mere tilpas. Den 28. marts kom der svar på prøven, der bekræftede zellwegers syndrom, og der var ikke rigtigt nogen udveje. Nord havde zellwegers syndrom, som er en af de peroxisomale sygdomme. Den mest sandsynlige årsag til Nords sygdom lå

i vores gener. Vi skulle begge være bærer af dette gen. Det var meget mærkeligt, Nord havde jo allerede én genfejl, skulle han have en mere? Dette skulle bakkes op at en hudbiopsi og blodprøver fra os. Vi forberedte os på at tage hjem med en terminal dreng på 2 ½ måned.

Med os havde vi en masse medicin, ilt, sug og en alarm, som ikke rigtigt virkede, fordi Nord trak vejret for overfladisk. Vi var på en såkaldt åben indlæggelse, mens vi ventede på at vores elskede søn skulle dø. Den næste måned var nærmest som en trance, hvor man prøvede at holde de epileptiske anfald medicineret med en cocktail af medicin og ekstra til akutte situationer. Vi sov på skift og prøvede på at forstå, hvad der var sket. Nord kunne næsten ikke spise mere, og han havde fået sonde igen. Hans lyde blev færre og færre, og vi følte, at vi var på vej ned af en mørk trappe, som vi ikke vidste, hvor endte.

Efter et opråb på facebook blev jeg kontaktet af en veninde, som mente, at vi skulle have terminalerklæring og jeg skulle på plejeorlov. Vi fik kontakt til sygehuset, som gerne ville lave en sådan erklæring. Vi fik kontakt til kommunen, som fik tilknyttet en hjemmesygeplejerske. Det var et fantastisk menneske, som både agerede tovholder, psykolog, støttepædagog oven i hendes rolle som sygeplejerske. Vi kunne endelig finde lidt overskud til at skabe minder og nyde den sidste tid.

Den 1. juni 2014 fik Nord sine englevinger. 4 ½ måned efter han havde taget os med storm.



Kort efter Nords død startede vi patientforeningen Unik – for de små

sjældne. For at skabe en patientforening for de mange børn med sjældne sygdomme, for at kæmpe for at familier ikke selv skal udtænke palliation og for at kæmpe for specialiseret palliation. Danmark har i dag fået sit første børnehospice og flere regioner er i fuld gang med at få udkørende palliative teams. Døende og livtruede børn og deres familier har fået en bedre retstilling, når det kommer til den palliative pleje uden for sygehuset. Nu skal vi have sikret disse rettigheder til alle familier i alle dele af landet, og vi skal kæmpe for, at der kommer bedre sammenhæng i hjælpen og de forskellige aktørers samarbejde fungerer optimalt.



Børne-ungeafdelingen i Næstved

Lille afdeling med stor faglig stolthed, engagement og godt samarbejde samt et fantastisk arbejdsmiljø.

Af Klinisk Ansvarlig
Sygeplejerske Lotte Moreno

Børne- ungeafdelingen i Næstved

Børne-ungeafdelingen i Næstved er en del af Pædiatrisk afdeling, der består af Neonatalafsnittet, børneambulatoriet og Børne-ungeafdelingen. Børne-ungeafdelingen huser et sengeafsnit med 9 sengepladser og en Børnemodtagelsen med 4 senge, der er integreret i afdelingen. I Børnemodtagelsen modtages børn direkte fra egen læge, vagtlæge, visiterende sygeplejerske på vagttelefonen, sundhedsplejerske og 112. Der modtages også børn med åben indlæggelse og nogle familier henvender sig direkte uden at være visiteret. Akutmodtagelsen bemandes af 1-2 sygeplejersker, der modtager opkald på visitationstelefonen og triager barnet når det ankommer i afdelingen. Sygeplejerskerne i akutmodtagelsen har uddelegerede kompetencer og kan derfor opstarte behandling med inhalationer, smertebehandling, rehydrering p.o og bestille relevante blodprøver. Det er en fordel i samarbejdet med familien og lægen, da ventetiden bliver kortere og ressourcerne udnyttes optimalt. Der er ca 3000 indlæggelser om året, hvoraf 76% er akutte. De fleste patienter indlægges mellem kl 9 og 21. Der modtages børn i aldersgruppen 0-18 år, men enkelte kronisk syge børn fortsætter længere.

I Børneungeafdelingen er der ansat 20 sygeplejersker, 1 afdelingssygeplejerske og 1 indkøbsassistent, der er ansvarlig for bestilling af varer og opfyldning i afdelingen. Enkelte sygeplejersker er ansat på fuld tid, men de fleste er på deltid. Samlet svarer afdelingens normering til lidt under 18 fuldtidsstillinger. Der er ydermere tilknyttet 2 faste sekretærer og tre faste serviceassistenter.

Plejeformen et tildelt patientpleje. Ved fordeling af patienter ses der på de samlede personaleressourcer i den enkelte vagt, kontra plejetyngden. Det betyder at én sygeplejerske godt kan passe 7 patienter, mens en anden måske kun har ansvar for to patienter. Fordelingen er den ansvarshavendes ansvar og der tages hensyn til den enkelte sygeplejerskes kompetencer, men også mentalt overskud.

Børne-ungeafdelingen er døgnbemandet. Der er således én forvagt i døgnets 24 timer. Bagvagten er tilstede i dagtiden og kan tilkaldes indefor en halv time i aften/natte-timerne. Sygeplejerskernes normering veksler. Der er således dobbelt så mange sygeplejersker på arbejde i vinterhalvåret i forhold til sommerhalvåret pga årstidsvariationen.

Da afdelingen er forholdsvis lille og da patienterne modtages direkte i afdelingen, er det essentielt, at der er et godt samarbejde i sygeplejegruppen, men især også det tværfaglige samarbejde med lægerne, da vi er meget afhængige af hinanden.

Det anæstesiologiske beredskab er de senere år reduceret, da Næstved Sygehus, som led i Sygehusplanen, på sigt ikke skal være akutsygehus. Det betyder at der er én anæstesiologisk læge og to anæstesiologiske sygeplejersker på vagt. Kommer der et akut dårligt barn med behov for overflytning til et mere specialiseret sygehus, skal der kaldes et transporthold fra anæstesiologisk fra Slagelse til at transportere barnet. Dette betyder at barnet skal stabiliseres på Børne-ungeafdelingen indtil transportholdet er ankommet og kan flytte barnet. Børn under 1 år der er respiratorisk eller cirkulatorisk ustabile flyttes til Neonatalafdelingen, som afdelingen i forvejen har et tæt samarbejde med.

Der er et rigtigt godt samarbejde med serviceafsnittene. Bioanalytiskafdeling, Nuclearmedicinskafdeling og Røntgenafdelingen er meget fleksible og har generelt stor forståelse for børnenes og deres familier. De er meget indstillede på at lave særlige aftaler med stor hensynstagen til familien og barnets behov, så der skabes en høj grad af tryghed for barnet.

Det gode samarbejde, engagementet, den høje faglighed og fleksibiliteten i forhold til familien er faktorer, der er afgørende for at Børne-ungeafdelingen i Næstved er et rart og trygt sted at være indlagt for barn og familie.

Lille afdeling – stort speciale

I afdelingen modtages der børn med almen pædiatriske sygdomme og problemstillinger.

Som på landets andre børneafdelinger er der stor årstidsvariation. Det er således især børn med respiratorisk sygdomme, ofte forårsaget af virale luftvejsinfektioner, der dominerer afdelingen i vinterperioden. Der bliver også henvist mange børn med dehydratio forårsaget af viral gastroenteritis, der for få år tilbage blev rehydreret med iv væske, er i de senere år blevet rehydreret p.o. Der henvises også en del børn med let til moderat dehydrering oftest pga febrilia, gastroenteritis eller synkesmerter, hvor forældrene har brug for støtte og vejledning i, smertebehandling og at få barnet til at indtage sufficient væske. Infektionssygdomme især cystitis og pyelonefritis er også en stor del af patientgruppen.

Da Næstved har regionsfunktion i oftalmologi modtages der jævnligt oftalmologiske patienter fra OP eller til intravenøs antibiotisk behandling. Der er ugentligt urologiske forundersøgelser af drenge og drenge der skal til urologiske operationer som phimosisoperationer eller retentio testes. Der er ligeledes børn til nuclearmedicinske undersøgelser, der kommer til anlæggelse af iv adgang og evt sedering samt børn, der kommer før og efter MR-scanning i GA. På børneungeafdelingen i Næstved bruges der en del lattergas til forskellige smerterelaterede procedurer, hvorfor der bl.a. kommer mange kronisk syge børn til blodprøvetagning i lattergasrus.

Afdelingen har en del børn med åben indlæggelse, der betyder at de har direkte adgang, uden først at være set af egen læge eller vagtlægen. Det er ofte børn under udredning, handicappede børn, kronisk syge børn, men også børn med respiratoriske problemer der hurtigt skal behandles.

I afdelingen er der en del ambulant aktivitet, der foregår hos en sygeplejerske. Det kan være børn med schönlein hen-

noch, der kommer til kontrol, børn med forskellige trivselsproblematikker, der kommer til vejning, børn med obstipation der kommer til justering af behandling og andet. Disse børn bookes som udgangspunkt til en sygeplejerske, men er der behov for det, konfereres med en læge.

På Børne-ungeafdelingen i Næstved kommer der årligt 12-18 børn med nyopdaget IDDM. Nogle børn er akut syge med svær ketoacidose, som kræver intensiv behandling med væske og insulindrop, mens andre kan starte behandling med insulinen eller pumpe med det samme. Fælles for disse patienter er, at diabetesteamet, der består af en endokrinolog og to diabetessygeplejersker der primært er tilknyttet børneambulatoriet, hurtigt involveres i patientforløbene, da det er dem der forestår en stor del af undervisning, oplæring og efterfølgende den ambulante opfølgning. Diabetesteamet indlægger også børn med dysreguleret diabetes til observation og regulering af behandling. Endvidere, -dog sjældnere kommer der børn med kendt diabetes med ketoacidose.

Børne-ungeafdelingen i Næstved har regionsfunktion i børnereumatologi. Den primære udredning, undersøgelser og kontrol foregår som oftest ambulant. En del børn kommer til indlæggelse mhp behandling/infusion med forskellige biologiske stoffer under anafylaksiberedskab. Nogle børn kommer også til observationsindlæggelse mhp afklaring af smerteproblematikker. Det reumatologiske team består af børnereumatologer og fire sygeplejersker fra sengeafsnittet. Det reumatologiske ambulatorie bemandes således af læger og 4 faste sygeplejersker fra sengeafsnittet. Sygeplejerskerne varetager ydermere sygeplejeambulatoriet og infusionsbehandling i sengeafsnittet. Dette betyder at der er en høj grad af kontinuitet for disse kronisk

syge børn og deres familier, hvilket skaber stor tryghed og tilfredshed.

På Børne-ungeafdelingen i Næstved er der ofte en del socialpædiatriske problemstillinger. Det er børn der er indlagt med forskellige former for trivselsproblemer, fysisk og psykisk, men også børn henvist med almen pædiatriske problemstillinger, hvor det viser sig, at der også er alvorlige sociale problemer. På Børne-ungeafdelingen er der stort fokus på socialpædiatrien. Dels er der ansat en pædiater med særlig interesse i socialpædiatrien, dels en socialrådgiver, der prioriterer at deltage i konferencer på afsnittende og derfor er med til at identificere de socialpædiatriske problemstillinger.

Kvalitets arbejde

På Næstved Sygehus begyndte man i 2013 at bruge KPI-tavler som målstyringsapparat. Der holdes ugentligt tavlemøder, hvor indsamlet data præsenteres og der laves aktioner så der løbende arbejdes for at nå målene. Engagementet og fagligheden er høj på afdelingen, hvorfor der også er store forventninger til kvaliteten. Der er arbejdet en del med sygeplejefaglige emner, som tilsyn af PVK, væskeregistrering og rengøring af inhalationsmasker. Sygeplejegruppen er meget engageret og selv om der går noget tid før det kan ses på målstyringsværktøjet er det tydeligt at diskussioner, refleksioner og mål gør en forskel i kvaliteten for patienten. Der kan således opleves forbedringer uden, at man altid kan se det på tavlen med det samme. Desværre kan det være svært at se gevinsten og effektiviseringen, da dataindsamling, men også registrering til den enkelte KPI, er meget ressourcekrævende og derfor kommer til at være den overskyggende faktor.

Der arbejdes med patienttilfredshed i to spor. Dels står der en stander på gangen i sengeafsnittet med enkelte hurtige

Fortsættes side 24

spørgsmål til forældrene. Disse spørgsmål kan omhandle alt fra ventetid ved modtagelsen, parkerings forhold til om maden er god eller forældresengene komfortable. Sideløbende bliver der ugentligt lavet 2 semistrukturerede kvalitative interviews med indlagte familier, hvor der er et overordnet tema over 4 uger, fx kontaktpersonordningen. Afdelingen har stor interesse i at forbedre den patientoplevede kvalitet og gøre opholdet for familierne så gode som muligt.

Arbejds miljø

På Børne-ungeafdelingen i Næstved arbejder afdelings-sygeplejersken ud fra et mantra der hedder "frihed under ansvar". Det betyder at stort set alt kan lade sig gøre i forhold til arbejdsplan, ferie, uddannelse og faglig udvikling, når der er ressourcer til det. Omvendt betyder det også at der sættes store krav til den enkelte medarbejder i forhold til ansvar, selvledelse og fleksibilitet. Generelt arbejdes der i to vagttag og medarbejderne har stor medindflydelse på den færdige arbejdsplan, da det er muligt at plote ønsker på planen fra måned til måned. Rent praktisk betyder det, at medarbejderne generelt føler et stort ansvar for afdelingen og er villige til at få omlagt vagter med kort varsel. Til gengæld kan man få fri med meget kort varsel og alle der ønsker det, kan få tre ugers sammenhængende ferie i skolesommerferien mod, at man påregner ekstratimer de andre uger. På den måde tager den enkelte medarbejder medansvar for at afdelingen fungerer og der er aldrig behov for at pålægge vagter. Det betyder også at der er en åbenhed, hvor alt kan siges højt og hvor alles mening lyttes til. På Børne-ungeafdelingen i Næstved er der en uhøjtidelig stemning samtidigt med, at der arbejdes professionelt. De fleste patienter giver udtryk for tilfredshed med deres ophold, men også



Hjemmekonstrueret lattergassystem.

læger der arbejder i afdelingen, i kortere eller længere perioder sætter pris på det gode tværfaglige samarbejde og den gode stemning.

Innovativ sygepleje

I 2006 havde Børneafdelingen temadag om smerter, hvor smertesygeplejerske Gitte Aagaard fra Juliane Marie Centret underviste. Nogle sygeplejerskerne var på dette tidspunkt optaget af, hvordan børnene kunne hjælpes bedre under smerterelaterede procedurer som lumbalpunktur, blodprøvetagning, PVK-anlægelse osv. Gennem undervisningen kom der fokus på lattergas og da der generelt ikke er langt fra tanke til handling på Børne-ungeafdelingen i Næstved, blev der afsat ressourcer til implementering af dette. Ingen anden almenpædiatrisk afdeling brugte på det tidspunkt lattergas og der måtte derfor konstrueres en kopi af smerteenhedens på Juliane Marie Centerets lattergasapparat, ved at samle dele hos anæstesen og få teknisk afdeling til at svejse et stativ til lattergasbomben. Afdelingens udviklingssygeplejerske og to sygeplejersker blev tovholdere. De var i praktik hos Gitte Aagaard og gik i gang med at indhen-

te godkendelse og tilladelser hos Anæstesiologiskafdeling og Tekniskafdeling samt installere specielt processug. Det var en langsom proces, der tog over et år, da alt skulle gøres fra bunden. Efterfølgende skulle alt personale undervises og oplæres, da afdelingens vision var, at alle børn skulle kunne tilbydes lattergas, uanset hvem der tilfældigvis var på arbejde den pågældende dag og uanset om det var kl 10 om formiddagen eller kl 03 om natten. Kort tid efter at der i afdelingen var begyndt at anvendes lattergas, blev tovholderne kontaktet af Jannik Jensen, der på det tidspunkt var sælger hos AGA. Han var i gang med at promovere lattergas til børneafdelinger i hele landet og AGA havde udviklet et helt lattergassystem nemlig Livopan, der er det system som bruges på børne- og akutaafdelinger i hele landet i dag.

Netop den proces kendetegner Børne-ungeafdelingen i Næstved. Det er en afdeling med store visioner. På børneafdelingen i Næstved kender vi ikke til Janteloven.

Nok er Børne-ungeafdelingen i Næstved en lille afdeling, men vores motto er "vi kan alt og vi vil alt".

Boganmeldelser



Smerter hos børn

– indsigt, mestring, lindring

Forfatter Maiken Bjerg og Charlotte Jensen
Pris 299 kr.
Forlag Frydenlund
Anmelder Lena Wittenhoff, Sygeplejerske, Master i Klinisk sygepleje, Børne – Og Ungekl nikken, Sygehus Sønderjylland.

Her er bogen, der kan indfri dine ønsker om at få en større viden om smerter, samt hvilke muligheder der er for at hjælpe børn til, at mestre og tackle dem. Bogen beskriver den sidste nye viden indenfor smertebehandling og tilgangen til smertepatienter. Forfatterne formidler emnet, så det er nemt og overskueligt at gå til – uden at det på noget tidspunkt mister sagens alvor for de implicerede. Bogens problemstilling gøres levende og informativ hele vejen igennem med cases og overskuelige illustrationer. Grundholdningen fra forfatterne er, at smerter – akutte såvel som kroniske – altid bør betragtes ud fra et biopsykosocialt perspektiv.

I kapitlet om ubehagelige procedure, er der gode forslag til konkrete handlinger, der kan anvendes i praksis. Her belyses børnenes muligheder for mestring og hvordan vi som sundhedsprofessionelle kan hjælpe barnet. Et forslag er blandt

andet, at dele proceduren op i en tidslinje – før, under og efter proceduren. Det giver barnet en større forståelse af det, det skal igennem, og tidslinjen er i høj grad med til at sætte nogle rammer og afgrænse oplevelsen, så barnet ved, at det ubehagelige stopper igen.

Et kapitel omhandler relationen til barnet og stiller spørgsmålet, hvad det gør ved os som sundhedsprofessionelle, når vi må udføre den nødvendige behandling og i nogle tilfælde påfører barnet smerter.

Forfatterens intention og vision med bogen er, at bidrage til, at give børn med smerter de bedste betingelser for, at kunne udvikle sig bedst muligt, hvilket er lykket. Bogen er mulig at læse for alle relevante samarbejdspartner og implicerede voksne i børnenes netværk.

Bogen henvender sig ikke kun til fagpersoner på hospitalet; men også til forældre, lærer og pædagoger.

Hvorfor kan jeg ikke bare lade være?

OCD-guide til børn, teenagere og deres forældre

Forlag: Frydenlund
Forfatter: Jens Henrik Thomsen
Sider: 96 sider
Pris: 199 kr.
Af Inge Lise Schrankenmüller, Børne- og ungekl nikken Aabenraa Sygehus.

Bogen henvender sig til børn med tvangstanker og tvangshandlinger, også kaldet OCD, der står for Obsessive Compulsive Disorder. Bogen er primært skrevet til børn mellem 7 og 14 år. Indledningen henvender sig til voksne og her beskrives hvordan bogen bruges i praksis og behandlingsgrundlaget ridses op sammen med de diagnostiske krav til OCD. I barnets



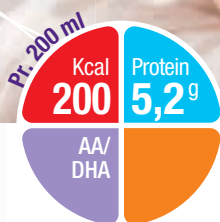
del bliver man præsenteret for konkrete eksempler på, hvordan forskellige børn har arbejdet med deres OCD.

Der er en kort beskrivelse af tre børn, der på forskellig vis lider af OCD. Viktor der ikke kan røre ved et dørhåndtag, Marius der tror at nogen vil dø, hvis han ikke udfører en række bestemte ritualer og Julie der får kvalme, hvis hun ikke bruger venstre og højre hånd lige meget, f.eks. når hun spiser.

I bogen beskrives tvangstanker, som ofte er ubehagelige tanker om, at ens nærmeste eller en selv vil komme ud for sygdom, ulykke eller død og tvangshandlinger som er gentagne, ulogiske handlinger der har til formål at ophæve tvangstanker, så det ubehagelige ikke sker. De er umulige at styre og trænger sig på uanset om man vil have det eller ej og de kan være invaliderende og nedsætte livskvaliteten i større eller mindre grad. Bogen guider børnene og deres voksne gennem OCD'en og giver en let forståelig beskrivelse af lidelsen. Der gives konkrete forslag til hvordan man kan komme OCD'en til livs ved hjælp af forskellige redskaber og øvelser, der kan mindske symptomerne eller måske helt fjerne OCD'en.

Bogen giver en god forståelse og indsigt i lidelsen OCD for den målgruppe, den er henvendt til. Den er skrevet på en børnevenlig og let forståelig måde og kan bruges både som guide og som afsæt for samtale mellem børn og voksne.

Ny Infatrini Peptisorb til spæd- og småbørn med toleranceproblemer



Tolerance kan være et problem hos spædbørn og kan føre til ubehag og vækstproblemer.¹⁻³

Med sin unikke formula af ekstensivt hydrolyseret valleprotein⁴⁻⁶ og optimal balance af fedt^{7,8}, er Infatrini Peptisorb udviklet til at lette absorption hos de mindste.

Infatrini Peptisorb er ernæringsmæssigt komplet og energirig og opfylder de ernæringsmæssige behov hos spæd- og småbørn med vækstproblemer.

Infatrini Peptisorb er den første klar-til-brug specialernæring udviklet til at forbedre tolerance og støtte catch-up vækst.

Infatrini Peptisorb er en fødevarer til særlige medicinske formål til ernæringsmæssig behandling af børn med malabsorption og toleranceproblemer. Infatrini Peptisorb skal anvendes under lægeligt tilsyn. Velegnet som eneste kilde til ernæring. Til brug fra fødsel og op til 9 kg i vægt eller op til 18 måneders alderen.

Referencer. 1. Daveluy W *et al.* Clin Nutr 2005; 24: 48-54. 2. Daveluy W *et al.* J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006; 43:240-244. 3. Weckwerth JA. Nutr Clin Pract. 2004 Oct;19(5):496-503. 4. Billeaud C *et al.* Eur J Clin Nutr 1990;44:577-583. 5. Fried MD *et al.* J Pediatr 1992; 120: 569-72. 6. Brun AC *et al.* Clin Nutr Sept 2011; doi:10.1016/j.clnu.2011.07.009. 7. Bentley D *et al.* Paediatric Gastroenterology and Clinical Nutrition. 2002, London, UK: Remedica Publishing. 8. Goulet O *et al.* J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004; 38: 250-69.

NUTRICIA
Infatrini
Peptisorb