

BØRNE- OG UNGESYGEPLEJERSKEN

Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge



Det giver god mening at kende HC And

Blodpropper og blødninger i hjernen hos børn

Trygt opvågningsmiljø for børn og forældre



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, kongresser, kursus og temadage.

Der bliver udbetalt legater 2 gange om året å 2.000,00 kr.

BETINGELSER FOR AT KOMME I BETRAGTNING:

- Ansøgeren skal have været medlem af det faglige selskab i min. 1 år
- Ansøgeren skal vedlægge en udførlig begrundelse for at deltage og et budget, hvoraf det fremgår, 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 forpligter sig til maksimum en måned efter arrangementet at skrive et referat til "Børne- og Ungesygeplejersken" 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

ANSØGNINGSFRIST:

- Ansøgningsskemaet skal være modtaget inden 1.marts og 1. september
- Ansøgningerne behandles på det førstkomende bestyrelsesmøde efter ansøgningsfristen.

UDBETALING:

- Legatet vil blive udbetalt senest 14 dage efter ansøgningsfristen.
- Legatet vil blive overført til den konto, der er angivet på ansøgningen

TILBAGEBETALING:

- 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.

HVORDAN SØGER DU:

- Ansøgningsskemaet hentes på hjemmesiden: www.dsr.dk/menu/fagligeselskaber/sygeplejersker der arbejder med børn og unge
- Ansøgningen sendes på mail til: Anette Østerkjærhus på: akos@regionsjaelland.dk. Ansøgningen vil herefter blive behandlet af bestyrelsen, hvor efter ansøgeren modtager besked.

HUSK:

- Legatet gives som et honorar, der skal oplyses til SKAT som B-indkomst for modtageren.

Det er givet legater til:

Anne Brødsgaard

Hun har søgt om legat til at deltage i

International Family Nursing Associations Conference: Social determinants of family health, expanding family nursing Capacity

i Washington D.C., USA

Susanne Norby Bøjesen

Hun har søgt om legat til at deltage i

Council of International Neonatal Nurses Conference - COINN 2019. Enriched family - Enhanced Care

i Auckland, New Zealand.

Begge er tildelt 2.000 kr.

REDAKTION

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

Bladet udgives af "Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge" - og udkommer 3 gange årligt, i marts, juni og november måned.

INDLÆG

Alle kan indsende indlæg til bladet. Disse udtrykker ikke nødvendigvis sammenslutningens eller redaktionens synspunkter, men står kun for den enkelte forfatters. Indlæg sendes på mail til redaktøren. Det skal være redaktøren i hænde den 1. i månederne februar, maj og oktober. Indlæg kan om ønsket bibeholdes anonymt, såfremt redaktionen er bekendt med forfatterens navn og adresse. Faglige artikler honoreres med kr. 400,- pr. 4.500 tegn incl. mellemrum, dog maksimum kr. 2.000. Boganmeldelser honoreres med den bog, der bliver anmeldt.

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

REKLAMATIONER

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

LAYOUT OG TRYK

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



Lene Birkner Nielsen

REDAKTØR

BØGEN ER SPRUNGET UD, blomsterne pibler frem alle vegne, og varmere dage begynder at komme. Det plejer at betyde, at de kendte vinter-virusinfektioner er på tilbagetog, og den aller værste travlhed i Børne- og Ungeafdelingerne måske aftager en smule, så der igen bliver mere plads til faglig fordybelse, refleksion og udvikling.

I dette nummer af Børne- og Unge-sygeplejersken er der en bred vifte af artikler og indlæg, som på forskellig vis berører mestrings hos indlagte børn og unge. Både set ud fra optimering af de fysiske rammer, mestringsstøttende strategier ved diverse procedurer og minimering af sedation. I dette nummer kan du også læse om blodpropper og hjerneblødninger hos børn og unge. For eksempel kunne det være interessant at høre om erfaringer med at modtage de unge mellem 15-18 år. Flere afdelinger har nu et stykke tid modtaget denne gruppe, mens andre først har åbnet for denne gruppe for nyligt. Min oplevelse er, at det giver spændende men andre opgaver, der skal imødekommes. Hvordan løses de, har I ændret på indretningen i afdelingen og meget andet.

Vi håber, I bliver inspirerede dels af indholdet men også til selv at skrive om, hvad I er optaget af, hvordan I arbejder med konkrete opgaver, udviklings- og forskningsprojekter, eller hvad der rører sig i jeres afdeling. Det kan også være den gode fortælling fra din hverdag.

Rigtig god læselyst.

I ønskes alle den dejligste sommer!

Indhold

NYT FRA BESTYRELSEN:

- 05 Vores arbejde i bestyrelsen og fokusområder
- 06 Referat af Generalforsamling 2019
- 08 Referat af Temadag 2018

FAGLIGE ARTIKLER:

- 13 Det giver god mening at kende HC And
- 16 Innovation på tværs på University College Lillebælt (UCL) i Vejle
- 17 Ikke rigtig barn og ikke rigtig voksen – UNG i venteværelset
- 19 Millioner ud ad vinduet: Udeblivelser er et stigende problem
- 20 Kan børn få blodpropper og blødninger i hjernen?
- 22 Trygt opvågningsmiljø for børn og forældre

DET FASTE:

- 27 Boganmeldelse
- 29 Landet rundt



FORMAND:

Ida Karina Thorsteinsson
Ida.Karina.Thorsteinsson@regionh.dk
Tlfnr: 2714 9500
Børneafdelingen, Amager og Hvidovre Hospital, København



NÆSTFORMAND:

Karin Bundgaard
Karin.bundgaard@rsyd.dk
Tlfnr: 4087 5623
Børne- og Ungeafdeling, Kolding sygehus, SLB



KASSERER:

Anette Østerkjerhuus
akos@regionsjaelland.dk
Tlfnr: 2712 5870
Børneafdeling 17, Næstved



BESTYRELSESMEDELLER:

Connie Lindberg Andersen
connielindberga@outlook.dk
Tlfnr: 2073 1718



Lene Birkner Nielsen
lednie@rm.dk
Tlfnr: 2245 2463
Børn og Unge Regionshospitalet Viborg



Eva Juhl Hansen
Eva.juhl.hansen@rsyd.dk
Tlfnr: 2811 9565
Børneafdelingen Sydvestjyllands sygehus, Esbjerg



Lena Wittenhoff
Lena.wittenhoff@rsyd.dk
Tlfnr: 2234 7839
Aabenraa sygehus, Sønderjylland



Kirsten Krone Reichl
Kirsten.krone.reichl@regionh.dk
Tlfnr: 5122 6421
Semi intensiv Børne-ungeafdeling 5061 Rigshospitalet, København.

Vores arbejde i bestyrelsen og fokusområder

I DET FORGANGNE ÅR har bestyrelsen lagt energi i at planlægge og afholde den årlige temadag, der i år blev afholdt d. 30. april, med efterfølgende generalforsamling. Årets tema var Familiesygepleje, med deltagelse af 60 sygeplejersker fra hele landet. Det er altid en udfordring at finde et tema der rammer bredt og få relevante oplægsholdere, men vi forsøger og har indtil videre fået gode evalueringer.

Vi tilstræber at temadagen, der hører under det faglige selskab, har et relevant emne, nyeste viden indenfor området samt hvordan viden bliver omsat i den kliniske praksis.

Fra vores temadag i 2018 viste evalueringerne, et højt fagligt indhold med en god pædagogisk formidling, der inspirerede til faglig udvikling-gode budskaber at gå hjem med.

Speciel Interesseggruppe (SIG) Neonatal er en eksisterende landsdækkende gruppe, der hører under vores faglige selskab. SIG Neo har gennem en årrække varetager et betydningsfuldt arbejde indenfor neonatal sygeplejen og arrangeret temadage i relevante emner. Bestyrelsen og SIG Neo arbejder sammen om, at få det organisatorisk til at leve op til DSR's krav og rammer.

SAMARBEJDSRELATIONER med pædiatriske sygeplejeorganisationer fra andre lande. Vi deltager aktivt i det Nordiske og Europæiske samarbejde og bringer løbende indlæg i vores fagblad Børne- og Ungesygeplejersken om, hvad der rør sig i disse fora.

ØKONOMI: Budgettet er fortsat stramt, selv med de nye tiltag - bladudgivelse med annoncer og stande ved temadagen og færre bestyrelsesmøder - har selskabet et underskud på blad og bestyrelsesudgifter. Dog er selskabets økonomi solid med en rimelig egenkapital.

Medlemstallet ligger nogenlunde stabilt på ca. 440 medlemmer. Bestyrelsen er enige om fortsat at arbejde for et større medlemsantal.

Bladet: Børne- og Ungesygeplejersken (BUS) udkommer tre gange om året i et flot nyt layout. Der arbejdes en del for at få relevante artikler i hvert nummer, et arbejde der prioriteres højt.

ELEKTRONISKE MEDIER

Hjemmesiden: Vores nye smarte hjemmeside virker og besøges, men skal fortsat prioriteres højt for at få den til at fremstå dynamisk med nem adgang til relevant materiale for medlemmerne af vores selskab.

Facebook: Aktiviteter i Facebook gruppen "Fagligt Selskab for Sygeplejersker der arbejder med børn og unge" stiger og flere lægger indslag ind. Der er på nuværende 302 medlemmer af gruppen og

SYGEPLEJERSKER SKAL HAVE det nødvendige uddannelsesmæssige niveau for at arbejde med børn, unge og deres familier, derfor vil vi fortsat have fokus på en specialuddannelse for sygeplejersker der arbejder med børn og unge.

Udarbejdelse af strategi for hvorfor pædiatrien skal have en specialuddannelse er blevet udarbejdet med Forskningssygeplejerske, ph.d. Marianne Eg fra Viborg som pennefører. Strategien er på nuværende til gennemsyn hos DSR med henblik på at få den ud til relevante interessenter, herunder Sundhedsstyrelsens Råd for sygeplejerskers videre- og specialuddannelser.

PERSONDATAFORORDNINGER – GDPR (General Data Protection Regulation) er noget vi kommer til at beskæftige os med i det kommende år. Der skal udarbejdes databehandlaftaler mellem DSR og det faglige selskab. Samtidig er vi interesseret i, sammen med andre faglige selskaber, at få inkorporeret en samtykkeerklæring i medlemssystemet. Mere om dette vil I komme til at høre om i fremtiden.

BESTYRELSEN ER FORTSAT velfungerende og bredt sammensat af otte personer fra de forskellige regioners Børne- og Ungeafdelinger. Tre bestyrelsesmedlemmer er på valg og ønsker genvalg. Arbejdsopgaverne er fordelt imellem os og der samarbejdes i et inspirerende socialt og fagligt miljø for at sikre et fortsat velfungerende fagligt selskab.

På vegne af bestyrelsen.

Conni Lindberg Andersen
Formand

GENERALFORSAMLING

I FAGLIGT SELSKAB FOR SYGEPLEJERSKER DER ARBEJDER MED BØRN OG UNGE

Generalforsamlingen den 30. april 2019
Severin kursuscenter, Skovsvinget 25, Middelfart.

DAGSORDEN:

1. Velkomst ved formanden:

Formand Conni Andersen byder velkommen til Generalforsamlingen.

2. Valg af dirigent:

Charlotte Maria Meldgaard.

3. Godkendelse af dagsorden:

Dagsorden godkendes. Generalforsamlingen har været annonceret og rettidigt varslet i "Sygeplejersken" og på "Det Faglige Selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unges hjemmeside." Formanden har ikke modtaget yderligere punkter til dagsorden.

4. Valg af referent:

Lena Wittenhoff vælges til at skrive referat.

5. Formandens beretning:

Formand Conni Andersen fremlægger beretningen for aktiviteterne i Det Faglige Selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge i året 2018.

Formandens beretning kommer med i det næste blad for Sygeplejersker der arbejder med børn og unge.

6. Fremlæggelse og godkendelse af revideret regnskab:

Anette Østerkjærhus fremlægger selskabets regnskab for 2018.

Det bekymrer bestyrelsen, at selskabet de sidste år har givet underskud. En bekymring der også er drøftet med DSRs økonomer. DSR betragter forsat selskabets økonomi som sund, men foreslår at prisen på Temadagene stiger. Det

drøftes endnu engang hvilke muligheder der er for nedsætte udgifterne på selve dagen. Umiddelbart er prisen til lokalene og forplejning holdt nede på et acceptabelt niveau. Temadagene har et højt fagligt niveau og tilbagemeldingerne fra deltagerne har været i top.

En udfordring for selskabet er blandt andet det lave medlemstal. Medlemstallet har de sidste år været stabile på omkring 440 medlemmer - men selskabet havde på et tidspunkt omkring 850 medlemmer. Bestyrelsen arbejder forsat på at værgе flere medlemmer og beder medlemmer, om at være os behjælpelige med dette. Der arbejdes lige nu på en ny flyer for at gøre opmærksomme på Selskabets eksistens.

Bestyrelsen valgte sidste år at nedsætte antallet af bestyrelsesmøder, så vi nu kun mødes tre gange om året - fremfor fire gange, hvilket har reduceret udgifterne i forbindelse med mødeaktivitet.

En stor udgift for selskabet er udgivelsen af bladet. Det er omkring 80.000 kr. om året. Her er gjort store tiltag for at dække udgifterne igennem annoncesalg til bladet, og der er nu en indtægt på omkring 50.000 kr.

Det drøftes om bladet skal udgives elektronisk, hvilket vil give en besparelse til portoen på ca. 30.000 kr. om året.

Efter drøftelserne konkluderes, at bladet forsat udgives i bladform. Udfordringerne for selskabet tages op til næste SOB møde af Karin Bundgård og Ida Karina Thorsteinsson.

7. Valg til bestyrelsen:

Følgende er på valg:

Conni Andersen, Lene Birkner Nielsen, Kirsten Krone Reichl og Ida Karina Thorsteinsson.

Alle genopstiller.

8. Indkomne forslag:

Formand Conni Andersen har ikke modtaget forslag til dagsorden fra medlemmer.

9. Eventuelt

Ingen emner under eventuelt.

EFTER GENERALFORSAMLINGEN KONSTITUERED E BESTYRELSEN SIG SÅLEDES:

Formand:

Ida Karina Thorsteinsson

Næstformand:

Karin Bundgaard

Kasserer:

Anette Østerkjerhuus

Bestyrelsesmedlemmer:

Eva Juhl Hansen

Lena Wittenhoff

Kirsten Krone Reichl

Lene Birkner Nielsen

Conni Lindberg Andersen

* **HUSK** DEADLINE TIL NÆSTE BLAD ER DEN 1. OKTOBER 2019 *

NURSICARE®

Kærlig omsorg for dig når amningen skal lykkes

Nursicare er designet til brystet
- heler ømme og revnede brystvorter
så amningen kan fortsætte

- Heler sår og revner
- Lindrer smerter
- Sikker for mor og barn

Apodan

Tlf.: (+45) 3297 1525 | info@apodan.dk | www.apodan.dk

gloup

SVÆRT VED AT
SYNKE PILLER ?

Gloup synkemiddel hjælper !

SPYCRA® Protect

Til beskyttelse af sart og udsat hud

- Under CPAP og lign.
- Som fiksering
- Over kløende, irriteret hud
- Over små sår og vabler

REFERAT FRA

Temadag for sygeplejersker, der arbejder med børn og unge

AF STINE KJELSTRUP SCHIØTT, SYGEPLEJERSKE SLAGELSE BØRNE- OG UNGE AFD.
S.KJELSTRUP@HOTMAIL.COM



VELKOMST VED BESTYRELSEN

Med opfordring til at skrive ind, hvis man har nogle emner man gerne vil have belyst, drøftet eller nogle erfaringer man gerne vil dele.

Familiesygepleje med udgangspunkt i filosofien bag Family Centred Care (FCC) ved Anne Brødsgaard, seniorforsker, NICU-sygeplejerske:

ET OPLæg MED FORMÅL at skabe et fælles grundlag for forståelse af begrebet FCC. Begrebsmæssigt hierarki: Involvering, deltagelse, partnerskab, FCC.

Familiesygepleje perspektivet er både i forhold til de politiske strategier, strategier for sygehusene, samt i form af patient og pårørende foreninger.

Jf. guidelines fra intensiv care, defineres familien af patienten, eller i tilfælde af mindreårige, af dennes værge. Ifølge Danmarks statistisk findes der 37 familietyper, ifølge Anne Brødsgaard er familien, dem de siger de er.

Undersøgelser viser at det anbefales: Familiens tilstedeværelse, støtte til familien, kommunikation med familiemedlemmer, brug af specifikke konsultationer og teams, gode fysiske forhold. Under disse fem, følger flere underpunkter. Fordelene ved FCC for de sundhedsprofessionelle tæller blandt andet forbedret gennemførelse, når planen er udarbejdet sammen med familien, børn og familien oplever større tilfredsstillelse, mere effektiv udnyttelse af de professionelles tid.

FCC handler om at inddrage familien som helhed, indgå partnerskab i plejen og beslutningstagen:

- Systemteori; Et holistisk perspektiv, anser mennesket som ekspert på sit eget liv. Et system består af dele eller komponenter der gensidigt påvirker hinanden. Tingene skal altid forstås i en relation, da vi som individer reagere forskelligt på samme stimuli.
- Forandringsteori; Ændringer der medfører forandringer i systemets struktur, har til formål at ændre hele familiens funktion. Forandringer kan komme pludseligt og kan opleves meget overraskende og paradoksale.
- Kommunikationsteori; Mening skabes, bibeholdes eller ændres i kraft af gentagne handlinger mellem mennesker. Vi, som sygeplejersker, bruger i høj grad lineære spørgsmål, så som, hvor gammelt er barnet, hvornår har der sidst været afføring. Vi bruger sjældent cirkulære og reflek-sive spørgsmål, så som, hvordan kunne du tænke dig at, hvordan er det anderledes?

FCC kan både være en sygeplejeteori, begreb osv. I følge Anne Brødsgaard er det en filosofi, som handler om relation, kommunikation, kontekst og situation. Partnerskabet mellem familie, barn og sundhedsprofessionelle er et kerneelement. Ved udøvelse giver det en forbedret kvalitet i plejen, øget tillid og tilfredshed, samt fald i angst hos familie/barnet.

Historisk set er der sket en stor udvikling af inddragelsen af forældrene, fra at de kun måtte besøge deres børn til nu at være med-indlagt. Forsøges at implementeres siden 1992, men har vist sig at være vanskeligt, da der mangler uddannelse i FCC, samt er en mentalitet om at vi gør det i forvejen. I 2010 introduceres begrebet Child Centered Care (CCC), med fokus på barnets stemme.

Formålene med FCC/PCC/CCC er at respektere den enkeltes værdighed, med forskellige fokuspunkter, enten barnet, individet eller familien som enhed (med barnet inkluderet). FCC fokuseret ikke på patienten men på familien som et system, hvor respekt og empowerment er vigtige.

Et italiensk studie over hvilken udstrækning FCC udøves og hvilken udstrækning det vurderes relevant, viser høj signifikans. Et australsk studie med samme udgangspunkt, men anden fremgangsmåde viser også forbedringspotentiale.

Barrierer for FCC kan blandt andet være:

- Forståelsen af FCC; sygeplejersken ønsker at anvende, men får det ikke omsat til praksis, familien ønsker partnerskab, men ikke nødvendigvis ansvar og autonomi. Ceiling effekt: familien ved ikke hvordan de skal indgå og hvad de kan/skal forvente af partnerskabet.
- Støtte i praksis; ingen manualer, tid og kontinuitet, ledelsesmæssig opbakning og forankring.
- Forskning af høj kvalitet der kan guide hospitaler, sundhedsvæsen og politiske beslutningstagere.

Mind-set ved FCC:

- Respekt og ligeværdighed, hvad tænker, føler og siger vi. Menneskesyn og værdier. Der er ligeså mange måder at forstå og opleve en indlæggelse og sygdom på, som der er familier der oplever den. Vær altid nysgerrig på barn og familie, når nysgerrigheden ophører, bliver vi dømmende.





3 forskellige niveauer for familieinddragelse inspireret af Calgary-modellerne for familieindsigt og systemisk dialog (familiedialog) ved Barbara Voltelen, lektor:

- Partnerskab, to eller flere der arbejder sammen om et fælles mål. Kan også forstås som et forhandlende partnerskab, hvor partnere skal nå til enighed om et fælles mål ud fra hver deres kompetencer.
- Delt ansvar, relationen mellem sygeplejerske og forældre udvikler sig i tre faser, hvor ansvaret videregives til forældrene: Akut kritisk fase (forældrene er involveret), stabile fase (forældrene deltager), udskrivelsesfasen (Relationen er et reelt partnerskab) Ifølge Anne Brødsgaard bør partnerskabet etableres langt før. Hvis vi evner at etablere partnerskabet, vil vi automatisk udvise respekt og videndeling.
- Videndeling, Anne Brødsgaards studie fra 2016 viste at 1 ½ times videndeling på NICU med forskellige elementer fra indlæggelse/fødsel, udskrivelse og forældredannelse med videre. Fund: højt fremmøde fra bedsteforældre, ønske om tidlig viden, oplever sig inddraget fremfor afvist, reflekterende dialog med de nye forældre fremfor referering fra de nye forældre. Det giver større accept af barnet som det er, samt realistiske forventninger til barn/familie og fremtid. Videndeling skaber forståelse om giver mening og derved gør det håndterbart.

Vi, som sygeplejersker, skal opmuntre familien til at deltage og skabe et miljø både fysisk og mentalt som fordrer deltagelse. Vi skal give ny viden, tilbyde positiv opmuntring med positiv beskæftigelse, konstruktiv tilretning og tilgængelighed. Vi guider og vejleder familien, viser indsigtsfuldt engagement med balanceret tilstedeværelse.

SAMTALE LINDRER, når vi får mulighed for at tale om det der er svært, for vi mulighed for at reflektere og se andre perspektiver. Sygeplejersker tror på at inklusion af familien i omsorgen er positivt, men mangler de fornødne kompetencer til at interagere konkret, viser forskning. Vi kan være bange for at åbne op for de svære emner og er måske lidt berøringsangst.

Et begreb der arbejdes med: Kærlighedens skjold. At være bange for at gøre "den anden" ked af det, at være bange for selv at bryde sammen. Hvis man holder skjoldet op som beskyttelse tror man fejlagtigt at man beskytter sig selv og sine nærmeste fra det der gør ondt at tale om. Følelser holdes hemmelige, hvilket medfører at kommunikationen bliver kompliceret, det kan resultere i en følelse af ensom til trods for at det fysiske nærvær øges.

Det danske sundhedsvæsen bryster sig af at have en patientcentreret tilgang, med en familie rundt om. Som børnesygeplejersken, ser vi i forvejen familien som en naturlig ting rundt om barnet, som ikke kan undværes. Barbara Voltelen mener at vi skal se familien som et stort system, som interagerer med hinanden, hvor vi som sygeplejerske skal medtænke alle individer og ikke kun patienten.

Familien kan igen defineres på flere forskellige måder, herunder som "hvem de siger de er" eller en gruppe af individer der er forbundet af stærke emotionelle bånd, en følelse af tilhør og en passion for at være involveret i hinandens liv. Barbara Voltelen kalder det de betydningsfulde nære, som også kan indebære kammerater.

Familiedialogens formål/ønsket resultat er, ud fra familiens behov, at forandre måden hvorpå de oplever deres sundhedsproblemer så medlemmerne kan opdage nye løsninger på disse problemer. Vi skal som sygeplejersker have en professionel nysgerrighed på familiens historie, perspektiv, behov osv. Vi skal være i stand til at parkere vores fordomme for at kunne møde mennesker så fordomsfrit som muligt. Vi er nødt til at være nysgerrige på, hvor stort et ansvar forældrene har lyst til at have.

I et forsøg på at anvende Calgary-modellerne, svarer sygeplejerskerne at det kan være svært at anvende, men at de også hurtigere får relevant information om familien i forhold til at kunne tilrettelægge informationen til dem. Det handler ikke så meget om man gør det rigtigt eller forkert, men mere om at have det rigtige mind-set. Man kunne spørge familierne: "I forhold til den situation, hvad har i brug for information om?". Vi skal have lov til at give forældrene informationen (for at sikre at den forstås), men sam-

tidig også lytte til hvilken viden der haves i forvejen. Derved kan vi bedre tilpasse informationen.

Effekten kan være svær at måle i form af eksempelvis genindlæggelser eller dødelighed, men der ses en øget tilfredshed.

Barbara Voltelen taler om to afsæt for den sundhedsprofessionelle relation:

- Ressource og værditænkning; opmærksomhed og fokus på familiernes ressourcer og værdier, skabe billeder af en ønsket fremtid og bruge erfaringer til at opnå ønsket. For at kunne lykkes med dette, må vi som sygeplejersker være klar over hvad det er for en slags familie vi arbejder med.
- Problem og mangeltænkning; opmærksomhed på problemer og løsninger. Udvikler handleplaner. Det er ikke altid at sygeplejerskens løsning stemmer overens med familiens forventning. Vi kan blive for fokuseret på løsningerne, så vi glemmer at møde familierne, hvor de er.

Familie dialog (indebærer sygeplejersker, læger og andet personale som møder familien) kan både anvendes i det korte møde, mødet man som sundhedsprofessionel har, og det planlagte møde.

Ofte er det mødrene der er medindlagt, blandt andet grundet fædrene ofte får mere i løn og har svære ved at være sygemeldt. Derfor får vi ofte kun historien fra mors side. Det er ikke løgn, men hvis vi hører fra andre, kan det være et andet perspektiv. Familiens individuelle historier er vigtige og som sundhedspersonale må vi ikke tage parti.

Calgary-modellerne går blandt andet ud på at kortlægge familiens indbyrdes forhold og ved hjælp af forskellige interventioner styrke deres indbyrdes forståelse for hinanden og den situation de er i samt støtte dem til at håndtere den.

Calgary-modellerne indebærer to komplementære dele, som i praksis glider sammen:

1. Indsigtsdelen, familieindsigt, viden om strukturer, udvikling/tilknytning og funktionsniveau/roller (familiens). Det er vigtigt ikke at blive styret af fordomme, men i stedet være nysgerrig.
2. Interventionsdelen, interventioner handler om at man med få redskaber kan give familierne mulighed for at reflektere over den situation de er i. Redskaberne indebærer blandt andet: Opmuntre til at fortælle, give tid, anerkende familie og individuelle styrker, validere og normalisere følelsesmæssige reaktioner. Systemisk kommunikation handler om at stille passende forstyrrende spørgsmål, som skaber plads til interne og eksterne refleksioner. Her benyttes cirkulære og intervenserende spørgsmål.

Der arbejdes med det udvidet stamtræ, som ikke nødvendigvis kun indebærer den biologiske familie, men også sagtens kan indeholde naboer, kammerater, fodboldklub, kæledyr osv.

Familiedialog:

- Møde familien åbent, ligeværdigt, respektfuldt med gode manerer
- Udstikkerammerne for møderne (kort, længere, langt)
- Evt. udfærdige et udvidet stamtræ med familien
- Lytte til alle familiemedlemmernes illness narrativ
- Udforske specifikke behov i forbindelse med aktuelle samtale
- Skabe refleksion ved hjælp af sygeplejeinterventioner
- Opsamling og evt. lave ny aftale
- Afslutning





Familiesygepleje i mødet med familier med anden etnisk baggrund ved Dorte S. Nielsen, sygeplejerske på indvandrermedicinsk klinik:

GRUNDLÆGGENDE HAR ALLE brug for inddragelse af deres nærmeste pårørende, men det er ikke sikkert at alle har brug for den samme tilgang eller er i stand til at bidrage med det samme. Dette ændrer sig ikke hos patienter med anden etnisk baggrund.

Kulturens "bagside": Når vi skal beskrive det fremmede, og når vi forsøger at forstå det anderledes, gør vi det ofte ved at fokusere på kulturen. Derved kommer fokus på det anderledes.

Kulturelle kompetencer (i bred forstand, ikke blot etnisk): For at vi skal kunne have kulturelle kompetencer, skal vi først og fremmest have kulturel opmærksomhed (opmærksom på vores fordomme). Vi skal også have kulturel viden, som kan modargumentere vores fordomme. Derudover skal vi have kulturel sensitivitet, vil vi det her? For at kunne få kulturelle kompetencer skal man have næstekærlighed (compassion). Begrebet skal forstås som en cirkulær proces, hvor man hele tiden kan blive bedre og aldrig ekspert.

Patienter kan deles op i 4 kategorier:

1. Den "likeable og kompetente" familie
2. Den "likeable og inkompetente" familie
3. Den "unlikeable og kompetente" familie
4. Den "unlikeable og inkompetente" familie

Det er vigtigt at vi bliver klar over og italesætter vores fordomme, for at kunne gøre noget ved det.

Purnells teori:

- Bevidst kompetent, det er vi oftest som sygeplejersker.
- Ubevidst kompetent, når vi opdager at vi kan noget, vi måske ikke troede vi kunne.
- Bevidst inkompetent, en kollega som for eksempel vil undgå en bestemt patientgruppe.
- Ubevidst inkompetent, kan opleves meget negativt.

Grundlæggende problemer for flygtninge:

- 30-50% har mere end én betydende sygdom
- 60% er diagnosticeret med PTSD

Mellemøstlige familiemønster ser familien som et tæt hierarki med den ældste øverst, men hvor der passes godt på hinanden, i det de ikke er vant til et socialt sikkerhedsnet som det danske.

I det vestlige familiemønster ses medlemmerne af familien som ligeværdige individer. Man etablerer sig som man er vant til og er opdraget og opvokset med. Man må gerne stoppe og spørge hvorfor der bliver gjort som der gør, fremfor at gå med vores fordomme.

PTSD bør overvejes når:

- Patienten kommer fra et krigshærgt land
- Hukommelses og koncentrationsproblemer
- Søvnproblemer
- Vedvarende angst og depression
- Problemer med impuls kontrol
- Kroniske "uforklarlige" smerter
- Mange diffuse symptomer

Det kan tolkes som dis-respekt/uhøflighed. Her må vi huske at være kulturel sensitive og turde spørge ind, fremfor at blive styret af vores fordomme.

PTSD får betydning for familien, børnene kan blive hæmmet i deres udfoldelsesmuligheder grundet forældrenes manglende tolerance overfor støj og larm. Udfordringen ligger i at det er svært at tale om, ikke kun i den mellemøstlige kultur.

Forældrene kan være bange for, at kommunen vil tage børnene, hvis både mor og far er diagnosticeret med PTSD.

Systemisk teori:

Tager udgangspunkt i at alle mennesker har deres egen forståelse.

"Man skal forstå, hvordan det er ikke at blive forstået, for at forstå det."

"Traumer smitter", mange tabuer i familien, børnene er klemt imellem to kulturer og sprog.

Familiesygepleje handler IKKE om at lade familien tolke!

Livshistorien, vi skal turde være nysgerrige på hvad patienterne har oplevet før de kommer til os.

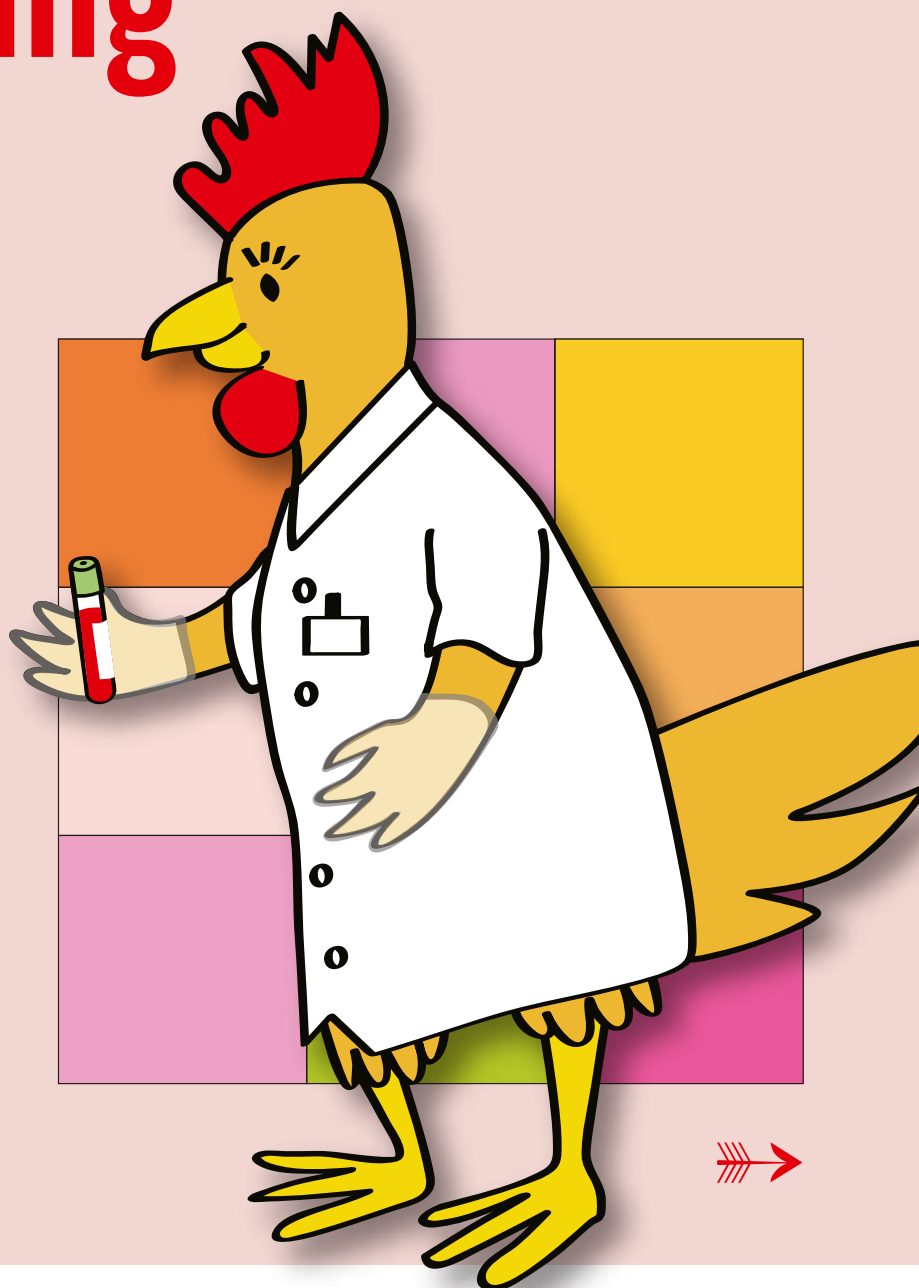
Genogram som redskab, et stamtræ som identificerer familiemedlemernes opfattelse af situationen. Netværkscirklen kan også bruges som alternativ.



Det giver god mening at kende HC And

HC And er et populært interaktivt læringsredskab til børn, i et sprog som børn forstår - om undersøgelser, behandlinger, diagnoser og indlæggelse på et hospital.

METTE SORANG KJÆR
BØRNEVELFÆRDSKOORDINATOR, SOCIALPÆDAGOG, PÆDAGOG
METTE.KJAER@RSYD.DK - WWW.OUH.DK
H.C. ANDERSEN BØRNEHOSPITAL
SVENDBORG SYGEHUS, SYGEHUSENHEDEN I NYBORG





PATIENTINFORMATIONEN ER UDVIKLET

som små animerede tegnefilm, der afspejler virkeligheden i børnehøjde og appellerer til børnene gennem leg med computeren/tablets.

”HC And er udviklet til børn i alderen 3-7 år. Børn i denne alder erkender og lærer gennem konkrete handlinger og billeder. Derfor kan begreber fra hospitalet være svære at forstå, fordi de er abstrakte og ukendte. HC And gør hospitalets virkelighed konkret og visuel, og er dermed med til at forberede børnene og mindske utrygheden inden en behandling eller undersøgelse” forklarer socialpædagog Mette Sorang Kjær. Som børnevevlfærds koordinator på H.C. Andersen Børnehospital, Odense Universitetshospital (OUH), hvor HC And er født i et tæt samarbejde med relevante tværfaglige samarbejdspartnere, er hun en af hovedkræfterne bag den animerede and og hans venner.

Også de voksne omkring børnene kan lære noget af at kigge med, fortæller Mette Sorang Kjær:

”Der sker hele tiden nyt inden for hospitalsverdenen. Tingene foregår ikke længere, som dengang vi var børn. Hvis man vil have den nyeste viden om, hvordan undersøgelser og behandling foregår i dag, og hvordan man kan formidle det til børn, kan det være en god idé at kigge med i HC And's univers” siger hun.

En mor, der har benyttet materialet til sine børn på fem og syv år siger:

”Jeg synes, at det er et utroligt godt redskab. Jeg brugte det for nyligt, da min datter skulle MR-skannes. Jeg er selv læge og havde forsøgt at forklare hende, hvad der skulle ske, men hun blev ved med at stille spørgsmål. Med HC And blev forløbet visualiseret for hende. Det gjorde hendes forståelse af undersøgelsen meget bedre, og gjorde, at skanningen blev en rolig og tryk oplevelse, fordi hun var helt med på, hvad der skulle ske. Min yngste på fem kigge-

de egentlig bare med, men han blev ret betaget af det, og gik videre på opdagelse i HC And universet”.

Undersøgelser og diagnoser

HC And og hans venner fortæller børnene om forskellige undersøgelser og behandlinger på hospitalet, som f.eks. røntgenundersøgelse og skanning, bedøvelse, blodprøve, gips og drop. Der er afsnit om konkrete diagnoser som høretab, type 1 diabetes, astma, allergi, nyresygdom og kræft.

På OUH's røntgenafdeling har man valgt at anvende HC And's historie om MR-skanning på en tablet sammen med børnene forud for MR-skanninger til børn i målgruppen - dette betyder at barnet og forældre har et helt andet grundlag for at samarbejde og at børn der tidligere har været i narkose til MR undersøgelsen nu kan blive undersøgt uden narkose.

Der er også et afsnit om børn som pårørende i afsnittet ”Når mor eller far har kræft”. Et lille tværsnitsstudie dokumenterer at HC And afmystificerer kræft og kræftbehandling og fremmer dialog mellem forældre og barn.

Hvis man vælger at gå ind af ”Den røde dør” i HC And universet får man adgang til at se ind i dagligdagen på et børnehospital, når man er indlagt. Her kan børnene se, hvordan der ser ud på en børneafdeling og på samme tid blive klogere på begreber som stuegang, hygiejne og legerum, og blandt andet høre om, hvad de skal have med, hvilken seng, de skal sove i, hvordan frikadellerne bliver lavet, og hvad man kan lave, når man er indlagt på hospitalet.

Lær om kroppens anatomi

I HC And's univers er der også en del, der handler om, hvordan den raske krop fungerer. Her er det en Stamcelle der formidler og her kan man blandt andet lære om sanserne, stamceller, nerver, musk-

ler, knogler, kredsløbet, fordøjelsen, bakterier og virus. Og man kan vælge, om kroppen, man lærer om, skal være pige eller dreng.

I afsnittet om kroppen kan børnene blandt andet få svar på nogle af disse spørgsmål:

- Hvorfor skal man sove, spise, lege og motionere?
- Hvad sker der på madens rejse gennem kroppen?
- Hvordan skal man vaske sine hænder?
- Hvorfor prutter man?

I dialog med HC And

De små tegnefilm i HC And er opdelt i scener, som har forskellig længde. På den måde kan børnene selv, eller sammen med forældre eller personale, klikke sig rundt i de forskellige emner, og få informationerne i den rækkefølge, tempi og mængde, som passer til det enkelte barn og dets forløb med undersøgelser og behandling. Børnene kan gå på opdagelse og finde skjulte knapper med lyde, uddybende forklaringer eller overraskelser i de fleste scener. HC And historierne indeholder også velkendte spilelementer, f.eks. quiz'er, hvor børnene kan teste deres nye viden, huske- og vendespil, drag and drop samt puslespil med scener og figurer fra HC And's univers.

Nogle af historierne afsluttes med spørgsmål (som er speaket) og kan være en hjælp til at vende situationen til en dialog og sikre, at emnerne er forstået. Børnene kan måske endda fortælle, hvad der skal ske i en undersøgelse. Der kan også printes tegninger ud, som børnene kan farvelægge.

Bag om HC And

HC And er udviklet af projektgruppen 10:30 Visuel Kommunikation i tværfagligt samarbejde med personale på de relevante afdelinger på OUH, og er finansieret af fondsmidler, private donationer og OUH. Det er gratis for alle at benytte og linke til materialet.

HC And nyt - september 2017



HC And nyt

Nyrebørn, dialyse og nyretransplantation



Nu kan man downloade HC And's historier om Thune og Totte som er nyrevæge. 17 afsnit hjælper HC And med at gøre svære emner konkrete og handlingsorienterede.

I afsnittene kan børn tilegne sig viden om nyrenes funktion og hvad der sker, når de ikke fungerer optimalt. De introduceres for de to dialyseformer, som hjælper kroppen med at rense blodet, når nyrerne ikke kan selv.

I andre afsnit følger vi Tottes p-dialyse og Thunes hæmodialyse samt et afsnit om renografi, der er en generel urinvægsundersøgelse, som anvendes i udredningsforløb og i forbindelse med nyretransplantation umiddelbart efter operationen.

Forud for sin nyretransplantation besøger Thune intensivafdelingen og introduceres til sengestuen med alle "maskinerne" m. lyde og finder svar på basale ting. Thune og forældrene aftaler med lægen hvilken bedøvelse han vil have den dag han skal opereres.

Find de direkte link til App Store og Google Play på hcand.dk








HC And-skærm i ambulatoriet på H.C. Andersen Børnehospital, OUH

Nu kan børn i HC And's målgruppe forberede sig til at få lavet blodprøve og priktest i H.C. Andersen Børnehospitals ambulatorie. Skærmen med HC And har touch-funktion og er monteret i børnehøjde. Ved siden af skærmen hænger der to sæt høreapparater. Som noget nyt, kan man vælge at høre HC And fortælle om blodprøve på ørødt.

Tilbudet er for alle børn på børnehospitalet - og særligt de børn og forældre, som ikke har haft mulighed for at forberede sig til undersøgelsen på forhånd. Et par seje siddebøger og vægdekoration er på vej til forberedelsesområdet.

Kontakt info@hcand.dk for yderligere information.

Liam på 7 år var en af de første, som testede HC And på den nye touch-skærm.

Mere indhold på vej til tablets



HC And fortæller om "dagligdagen"

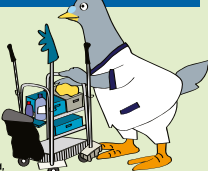
Det vil snart være muligt at downloade HC And's 11 afsnit om hvordan det er at være indlagt på et hospital.

Nogle af historierne er typiske hverdagsituationer, som de fleste indlagte børn kommer til at opleve i løbet af en indlæggelse. De øvrige historier kan bruges som forberedelse eller til at sætte ord på noget, som børnene har set hos deres medpatienter.

Ingen af historierne knytter sig til en bestemt diagnose.

Har du spørgsmål om HC And, eller ønsker til indhold, er du velkommen til at sende en mail til info@hcand.dk

www.hcand.dk



Et nyhedsbrev fra HC And

Indholdet bliver løbende udbygget og holdt ajour, så det altid lever op til de gældende retningslinjer og procedurer på et hospital. HC And bliver speaket af Peter og Maja Sode Bach-Lauritsen og Hr Stamcelle af Thomas Sode.

Via Børneulykkesfondens hjemmeside <http://børneulykkesfonden.dk/laeringsmaterialer/hc-and> kan børnehaver og andre institutioner rekvirere en HC And pakke med plakater og postkort.

I kan besøge HC And og hans venner på hjemmesiden hcand.dk eller hente nogle af historierne som app, hvis I vil se dem på tablets. ■

Innovation på tværs på University College Lillebælt (UCL) i Vejle

Innovation på tværs er et tværprofessionelt initiativ fra UCL for at skabe læring på tværs af uddannelser. De studerende arbejder innovativt med projekter, der er udbudt af klinisk uddannelsespraksis.

I praksis foregår det ved at de kliniske uddannelsessteder udbyder en faglig problemstilling, de ønsker løsningsforslag til. 5 - 6 studerende arbejder derefter sammen med afdelingen om at afdække problemstillingen, og med deres tværfaglige indsigter udarbejde et løsningsforslag.

Herefter kan I læse om 2 projekter fra Børne-ungeambulatoriet udarbejdet af sygeplejerskestuderende, pædagogstuderende og socialrådgiverstuderende.





mumomega®
er fiskeolie specielt udviklet
til gravide og ammende



**Omega-3 til dig, din
krop og dine celler**

Gode omega-3
fedtsyrer til
forskellige stadier
i dit liv

Fås hos Matas, på apoteket og i helsekostforretninger. Mere information: tlf: 6323 0002, www.novasel.dk, info@novasel.dk

Pr. 1. januar 2019 blev aldersgruppen i Børneambulatoriet på Kolding Sygehus sat op fra 0-16 år til 0-18 år. I den forbindelse opstod der interesse for at undersøge, hvordan venteværelset kunne indrettes på en måde, hvor de unge også kunne føle sig velkomne.

Ikke rigtig barn og ikke rigtig voksen – UNG i venteværelset

AF KRISTIAN HASS MADSEN, SYGEPLEJERSKESTUDERENDE, SOFIA TØFTEGAARD KRISTENSEN, SYGEPLEJERSKESTUDERENDE, AMALIE FRISTED ANDERSEN, SYGEPLEJERSKESTUDERENDE, CARINA SWEENEY UTOFT, PÆDAGOGSTUDERENDE, PERNILLE LYDERIK PETERSEN, PÆDAGOGSTUDERENDE, MALENE OLSEN, SOCIALRÅDGIVERSTUDERENDE

VI ER EN SAMMENSAT GRUPPE studerende fra hhv. pædagog-, sygeplejerske- og socialrådgiveruddannelsen, der gennem tværprofessionelt samarbejde har udarbejdet et løsningsforslag til indretning af et givent venteværelse. Vi har brugt vores forskellige kompetencer til sammen at kombinere undersøgelses- og idegenereringsprocesserne. Det har vist sig at være en fremragende måde at få alsidighed i projektet, hvor både de samfundsmæssige, naturvidenskabelige og humanistiske tanker bliver sat i spil.

Legetøj på gulvet

Første gang vi trådte ind i venteværelset i Børneambulatoriet, kom vi ind i et stort rum med hvide vægge og et hjørne med legetøj på gulvet. I lokalet stod to lave reoler, der skulle forestille at dele rummet op, som var rodet til med blade, spil og farveblyanter.

Vores umiddelbare indtryk var, at her kunne der hurtigt opstå støj fra legende børn. Desuden var der intet, der indikerede, at rummet indbød til, at de unge kunne føle sig velkomne.

Vores tanker gik i retning af: *Er det fint, som det er? Er der grund til at lave rummet anderledes, hvis de unge er ligeglade?* Vi besluttede os for at spørge de unge til råds. Gennem kvantitative spørgeskemaer spurgte vi de unge i alderen 11-18 år i Børneambulatoriet, om der var noget, de kunne tænke sig, var anderledes. I store træk var de unge tilfredse med venteværelset, dog kunne de godt tænke sig at blive skærmet fra den larm, der kan opstå fra de yngre børn. De adspurgte kunne også godt tænke sig nogle interessante blade at læse i.



Da antallet af respondenter var begrænset, og vi af etiske årsager ikke ville spørge ind til deres dybere tanker, hverken hos de unge på børneambulatoriet eller unge i det offentlige rum, har vi set på problemstillingen i et større perspektiv.

Vi har søgt videnskabelig litteratur til at understøtte vores antagelser af, hvad der kunne give mening for de unge. Vi må vide, hvordan ungdomskulturen ser ud, og hvilke tanker unge med en kronisk sygdom har. Derudover er vi blevet opmærksomme på, at miljøpsykologien kunne benyttes til at belyse problemstillingen nærmere.

Jeg er ikke min sygdom

Den tyske professor i pædagogik Thomas Ziehe har arbejdet med ændringer i hverdagslivet især inden for ungdommen. Han belyser nogle betragtelige pointer, som vi har valgt at inddrage i indretning af et venteværelse. De unge er i gang med at opbygge deres identitet, og det skal vi give





dem plads til. Samtidig har de brug for støtte, hvilket vi mener, det fysiske rum kan være medhjælpende til. I "vores rum" har vi tænkt det ind, at unge har brug for at være sig selv. Vi skaber ro og mulighed for at spejle sig i andre unge. Det, at kunne spejle sig i andre unge, har vist sig at være af stor betydning. En rapport fra Børnerådet "*Jeg er ikke min sygdom*" antyder, at unge med en kronisk sygdom ofte føler sig ensomme. De lever et liv i to verdener. I venteværelset er det vigtigt, at vi giver plads til, at de unge kan skabe mening og muligheden for at håndtere deres situation, sådan at de får en følelse af sammenhæng, når de skal videre ind til konsultationen.

Med vores viden fra neuropædagogikken, der siger at hjerne, krop og omgivelserne gensidigt og dynamisk påvirker hinanden, opstår der nogle psykologiske processer, der er centrale inden for miljøpsykologi. Disse processer kommer til udtryk i form af oplevelser, tænkning, følelser, holdninger og adfærd. Vi antager derfor at de sanseoplevelser, som de unge får med sig fra venteværelset, får betydning for, hvordan de fysisk og mentalt møder ind til konsultationen.

Miljøpsykologi

Miljøpsykologien viser, at farver kan have en betydning for vores vitale værdier herunder blodtryk, respirationsfrekvens samt puls. Farven blå kan være med til at virke beroligende. Den blå farve er derfor god at få inkorporeret i venteværelset. Litteraturen påviste, at naturen har en beroligende effekt, hvorfor vi valgte at benytte et billede af havet på den ene væg. Naturen og den blå farve kunne dermed kombineres og være med til at virke beroligende for de ventende patienter.

Opdeling af rummet

Flere af de unge svarede i spørgeskemaet, at de helst ville sidde lidt for sig selv, mens de venter. Arkitekturteoretiker Christopher Alexander siger ligeledes, at "*den rette atmosfære opstår naturligt, hvis venteområdet tilbyder steder, som er stille og beskyttede uden at fordrive den ængstelse, som er forbundet med dette at vente.*" Dette sted kunne fx være et hjørne, hvor man kan skjule sig og trække sig tilbage. Et slags tilflugtssted. Et venteværelse bliver et socialt rum, hvor muligheden for at trække sig tilbage fra det sociale er tilstede. Denne mulighed skabes ved at sikre en balance mellem en vis omsluttethed og en tilsvarende åbenhed, som arkitektonisk kunne manifestere sig i en form for hjørne.

På baggrund af det vi har fundet ud af, har vi valgt at komme med et forslag om, at dele rummet op vha. lyddæmpende skærme. Vejen til de unges område vises vha. fodspor på gulvet, der er større end fodsporene til børnenes område som en form for nudging. På den måde får de unge deres eget sted i venteværelset, hvor de kan sidde i fred.

Her kan de bruge ventetiden med nogle af de ting, de fortæller, de er optaget af; telefon, tv, blade. Derfor skal der være mulighed for at oplade sin telefon i en ladestation. Det høje bord sættes op ad skillevæggen, for at de unge kan sidde tæt på hinanden uden nødvendigvis at snakke sammen, som et rundt bord i højere grad indbyder til. ■



Referenceliste

- Børnerådet. (Maj, 2017). Jeg er ikke min sygdom, børn og unge fortæller om mødet med det somatiske system. Lokaliseret fra https://www.boerneraadet.dk/media/212556/BRD_Tema_Jeg_er_ikke_min_sygdom_FINAL.pdf?fbclid=IwAR2jpm0AyAWhv9t70xqcs-DZl7ZzUo449DsrxzF6LIUaNYL2yxMXjb0wKs
- Corsano, P., Majorano, M., Vignola, V., Guidotti, L., & Izzi, G. (2015). The waiting room as a relational space: young patients and their families' experience in a day hospital. *Child: Care, Health & Development*, 41(6), 1066–1073. Lokaliseret fra <https://doi.org/10.1111/cch.12239>.
- Jensen, M. J. & Vindum, K. (2017). Venteværelset som velfærdsdesign. I: K. Lotz & J. Rosenberg Bendsen (Red.), *Form til velfærd* (s. 236–251). Kbh.: Arkitektens Forlag.
- Kjærsg, K., & Linæ, L. (2015). Livet mellem stuerne. Lokaliseret fra https://www.syddansksundhedsinnovation.dk/media/1542299/livet_mellem_stuerne_katalog.pdf.
- Madsen, D., Jepsen, S. T., & Bentsen, K. L. (2011). Mens vi venter... En bedre oplevelse af ventetiden. Lokaliseret fra https://fotori.dk/uf/70000_79999/75882/abe4d0e17acfca47829ebc6ebd27c23d.pdf
- Pouyesh, V., Amaniyani, S., Haji Mohammad Hoseini, M., Bashiri, Y., Sieloff, C., Griffiths, P., & Vaismoradi, M. (2018). The effects of environmental factors in waiting rooms on anxiety among patients undergoing coronary angiography: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 24(6), N.PAG-N.PAG. Lokaliseret fra <https://doi.org/10.1111/ijn.12682>.

Millioner ud af vinduet: Udeblivelser er et stigende problem

Børneambulatoriet, Kolding
13.124 børn havde i 2017 en ambulant tid,
2048 af børnene mødte ikke op.

AF METTE CHRISTENSEN, SYGEPLEJERSKESTUDERENDE, EMINA TAHIROVIC, SYGEPLEJERSKESTUDERENDE, CHARLOTTE MATZ, SOCIALRÅDGIVERSTUDERENDE, METTE HEISSEL, SOCIALRÅDGIVERSTUDERENDE, JANNIE ØSTERGAARD, PÆDAGOGSTUDERENDE

I 2017 havde 13.124 børn en ambulant tid på børneambulatoriet, Kolding Sygehus. Her stod læger og sygeplejersker klar til at modtage patienterne hvor 2.048 patienter aldrig mødte op, hvilket svarer til en udeblivelsesrate på 15,6%.

I samarbejde med Børneambulatoriet på Kolding Sygehus, undersøges det, hvad årsagerne er til de mange udeblivelser fra en aftalt behandling og hvad afdelingen selv kan gøre for at mindske den høje udeblivelsesrate.

De hyppigste udeblivelser er afbud på dagen eller patienter, som ikke møder op. Dette er yderst uheldigt, da det medfører en ikke optimal udnyttelse af sygehusets ressourcer.

Sygeplejerskerne på børneambulatoriet udtaler, at de mange udeblivelser har en stor konsekvens for den daglige drift. Det påvirker bla. afdelingen, at de ikke kan nå at tilbyde tiden til et andet barn, der står på ventelisterne, som medfører, at den højt prioriterede behandlingsgaranti forringes og ventelisterne bliver længere.⁽¹⁾

Ligeledes går det udover sygeplejersker og lægers travle arbejdsdag, hvor deres tid som er afsat til den planlagte behandling går tabt. Dette er en stigende omkostning, der koster afdelingen og sygehuset flere millioner af kroner hvert eneste år.

Selvom patienterne har et ansvar for at melde afbud, hvis ikke de kan komme til den aftalte tid, så ønsker Børneambulatoriet på Kolding sygehus at undersøge, hvad de selv kan ændre for at mindske de korte afbud samt udeblivelserne.

I et spørgeskema blev børnenes forældre adspurgt, hvad de mente, Børneambulatoriet kan gøre anderledes

for at mindske udeblivelsesraten. Flere af de adspurgte, gav udtryk for, at det var telefonens åbningstid, som ligger mellem kl. 9.00-12.00, der gør det vanskeligt at melde afbud. Nogle havde forsøgt at ringe og melde afbud, men kom ikke igennem til sekretæren grundet travlhed.

26,6 % mente, at bøder skulle indføres. 6 % var ikke tilmeldt SMS ordningen. 23,3 % ville gerne selv kunne være med til at bestemme deres tid i stedet for, at de får tilsendt et brev via. post. 35% ville gerne have en SMS 14 dage før den aftalte tid. 9,1 % havde ingen forslag til ændringer.

I et kontrolleret interventionsstudie fra april 2009 blev det på Børneafdelingen, Kolding sygehus undersøgt effekten af påmindelsesbreve 14 dage før en kontroltid. Studiet viste, at udeblivelserne på børneafdelingen blev reduceret fra 19 % til 10 % ved blot at sende et påmindelsesbrev ud 14 dage før den aftalte tid.⁽²⁾

Resultaterne fra spørgeskemaet og det ovenstående interventionsstudie lægger op til om

børneambulatoriet på Kolding sygehus bør overveje, om de skal genindføre påmindelsesbreve 14 dage før den aftalte tid. Der ses en tydelig sammenhæng mellem ønsket om en tidligere påmindelse på konsultationen fra forældrenes side samt effektiviteten på færre udeblivelser og korte afbud hvis dette bliver en realitet. ■

(1) bib.ucl.dk/da/ting/infomedia/33596456

(2) bib.ucl.dk/da/ting/infomedia/33596448

Kan børn få blodpropper og blødninger i hjernen?

AF CHRISTINA E. HØI-HANSEN, OVERLEGE, DR.MED, BØRNEUNGEKLINIKKEN, RIGSHOSPITALET
CHRISTINA.HOI-HANSEN@REGIONH.DK

VI KENDER DET rigtig godt hos voksne, som pludseligt kan falde om med halvsidig lammelse og talebesvær. Langt de fleste vil hurtigt tilkalde hjælp og blive klar over at der kan være tale om apopleksi, det vil sige blodprop eller blødning i hjernen. Der kræves hurtigt udredning og behandling og en ambulance vil straks køre til et hospital med trombolyse-beredskab hvor behandling med det blodfortyndende trombolyse iværksættes så hurtigt som muligt hvis der er tale om en blodprop.

I mange år har voksen-neurologiske afdelinger og akut modtagelser haft et særdeles velfungerende beredskab og udviklet en tilgang der sikrer kortest mulig "Time-to-needle". De arbejder efter begrebet "Time is brain", idet det er helt klart vist i mange videnskabelige studier at jo kortere tid til trombolyse eller trombektomi (fjernelse af blodprop-pen med et kateter), jo mindre risiko for død og varige mén.

Vi børneneurologer har længe ønsket os et lignende beredskab til børn. I sommeren 2018 er der i Region Hovedstaden og Region Sjælland opstartet et samarbejde mellem det præhospitale beredskab, de sjællandske børneafdelinger og Neurologisk Klinik og BørneUngeKlinikken på Rigshospitalet.

Vi har nu knap et års erfaring med at optimere forløbene for børn og unge med formodet apopleksi. Målet har været enstrengt visitation via den såkaldte EVT-vagt på Neurolo-

gisk Klinik. EVT står for endovaskulær trombektomi og er det indgreb der er indiceret ved trombe i et stort kar. Der er udarbejdet en retningslinje der stiler mod at optimere udredning og behandling.

Vi er rigtig glade for samarbejdet og det forbedrede flow

Udfordringerne er mange, og der er til stadighed behov for fokus på at udbrede kendskab til diagnosen. Her nogle områder vi stadig arbejder med:

Diagnosen er svær at stille

Børn med stroke præsenterer sig med uklare symptomer (f.eks. opkastning, sløvhed, hovedpine) og sjældnere med klare akut neurologiske udfald såsom ansigtsslammelse, hemiparese, påvirket syn eller talebesvær.

Diagnosen er sjælden

Da diagnosen er sjælden mistænkes først mere hyppige diagnoser ud fra symptomerne som gastroenterit, kramper, infektion, mv. Apopleksi har en incidens på kun ca. 2-13/100.000/år.

Det er ikke udbredt kendt at børn også kan behandles med trombolyse

Der gælder samme pres for tid som hos voksne, og der er ofte forsinkelse ved 1813, ved akutmodtagelser, ved scanning og når scanning har vist formodet apopleksi. Det optimale for børn på Sjælland er at starte med at ringe til EVT-vagten på Rigshospitalet. Hvis der er mistanke om apopleksi skal barnet direkte på Rigshospitalet, ikke vurderes eller scannes lokalt.

Udredningen starter med en CT med angiografi

Det anbefales at starte med en CT-scanning med angiografi straks for at vise karrene. Dette kan i modsætning til MR-scanning gennemføres uden bedøvelse, som også forsinker udredning.

Børn er ikke små voksne

Årsagerne til stroke har for nogle samme årsager som hos voksne, men for rigtig mange er der sjældne tilgrunds-liggende årsager bag eller diagnoser der sjældent ses hos voksne. Dermed rigtig god mening i at samle erfaringerne, som vi nu opnår ved den enstrengede visitation. Årsager hos

børn omfatter blandt andet vaskulit efter variceller, dissektion i kar efter traumer, hjertesygdom, metabolisk sygdom, reumatologisk sygdom, mv.

Symptomer på stroke kan skyldes "stroke-mimics"

Hos nogle børn hvor symptomer fuldstændigt ligner stroke med neurologiske udfald er årsagen en anden, det kan være migræne, funktionel tilstand, Todds parese efter et krampeanfald, tumor, encefalit, mv.

Men slutteligt – børn kommer sig ofte godt

Med hurtig indsats både i det akutte og ved god rehabilitering er der meget at vinde. Vi har heldigvis mange gode historier i bagagen. ■



Figur: Time is brain

Kilde: European Stroke Organisation www.eso-stroke.org

Sansestimulerende hjælpemidler

- giver ro, omsorg og tryghed

Protac SenSit®

Protac Kugledynen™ Flexible

Protac MyFit®

Protac Kugledynen™ Calm

**Tilmeld dig
vores nyhedsmail
på protac.dk**

Læs faglige indlæg og hør mere om vores gratis temadage

Søvn er altafgørende for menneskets trivsel, sundhed og restitution, men for ængstelige, bekymrede og smerteplagede børn kan det være meget svært at sove. Protac Kugledynen™ kan afhjælpe søvnforstyrrelser og give ro på krop og tanker og anbefales af fagfolk som sansestimulerende hjælpemiddel til både børn og voksne.

- Få et gratis konsulentbesøg af vores terapeuter
- Se mere på protac.dk eller ring på 86 19 41 03

PROTAC®
INTEGRATING SENSES

Trygt opvågningsmiljø for børn og forældre

■ AF LISE LUND ELSBERG, AFDELINGSSYGEPLEJERSKE, OPVÅGNINGEN, REGIONSHOSPITALET RANDERS, LISE.ELSBERG@RANDERS.RM.DK

Personalet på Opvågningsen Regionshospitalet Randers er optaget af at øge børn og forældres tryghed i opvågningsfasen efter operation. Børn og forældres oplevelser og deres reaktioner i opvågningsen, har givet anledning til at undersøge, hvordan det fysiske rum påvirker børn, forældre og sygeplejersker. Samtidig fokuseres der på, hvordan rummet kan være med til at give en fornemmelse af en kendt hjemlig stemning på hospitalet, og hvilken betydning det har på børn og forældres reaktion og adfærd. Derfor igangsatte vi i 2013 et innovationsprojekt baseret på en iterativ model.

Udfordringerne:

- **BØRNS REAKTIONER:** Børns møde med den kliniske hospitalsverden kan være angstprovokerende. Når barnet vågner i Opvågningsen, har de mødt 10-15 sundhedsfaglige personer, og de kan have svært ved at rumme flere. Samtidig befinder ny-opererede børn sig ofte i en skrøbelig tilstand efter narkose, hvor de har brug for ro, tryghed og mulighed for at vågne i rolige omgivelser. De har brug for deres forældre. Det fremmede kliniske hospitalsrum kan virke skræmmende med overvågningsudstyr, ilt og sug og forskellige støjkilder som observationsudstyr, smerteklager, telefoner, skabslåger og lignende. Nogle børn er grædende, utrygge og forvirrede i opvågningsfasen og kalder på deres forældre. Vi ringer efter forældrene, når barnet ankommer til Opvågningsen.
- **FORÆLDREROLLEN:** Vi oplever, at forældre har svært ved at håndtere forælderrollen og trøste barnet i fremmede omgivelser langt væk fra det kendte hjemlige miljø. Ofte fortæller forældrene, at de har lovet at være til stede, når barnet vågner. Vi oplever, at forældrene virker stressede ved ankomst; skynder sig hen til deres barn, forsøger at trøste eller røre og hører ikke altid de informationer, vi giver. Vi ved fra interviews, at de føler sig fremmedgjorte i hospitalsmiljøet. Vi observerer, at de sidder på stolen og har en hånd stukket ind mellem tremmerne på sengen, for at holde deres barn i hånden. De giver udtryk for mangel på privatliv, de føler sig klemte, og siger, at rummet er mørkt og dunkelt.

Opvågningsen på Regionshospitalet Randers plejer og behandler børn i alle aldersgrupper efter operation. Vi har årligt 8000 patienter heraf ca. 800 børn og deres forældre. Børnene er i Opvågningsen 1-8 timer afhængig af fysisk tilstand, operation og tid på døgnet. Operationskategorier er herniotomi, appendicit, tonsillektomi, mastoidectomi, tubulation og diverse frakturer.

Typisk håndterer forældrene de ukendte omgivelser ved at spørge gentagne gange til værdierne på skøpet. De vandrer rundt og spørger ofte om, hvornår de må komme tilbage til børneafdelingen.

- **OPVÅGNINGSRUMMET:** fremstår som et stort klinisk hospitalsrum med plads til 12 patienter og en niche til 2 børn. Nichen er adskilt fra resten af rummet med et tyndt gardin. Nichen er mørk, oplyst af lysstofrør og uden vinduer. Typisk dæmpes lyset af hensyn til børnene. De 2 pladser er kun adskilt af et mindre og farverigt gardin med børnemotiver. Bag hovedgærdet er der et panel med ilt, sug og skoper. På væggene er der malerier med dyr fra Afrika. I rummet er der plads til en forælder i en lænestol; den anden henvises til en træstol. I hjørnet er der et TV med Disney-film med skingre stemmer. Vi ved fra feltobservationer at børnene synes, at billederne på væggene i rummet er slørede og uhyggelige. Vi ved, at børnene sanser støj, opkast og gråd fra andre. Fra interviews ved vi, at børnene giver udtryk for, at de gerne vil have naturbilleder og klare farver; noget der skaber fantasi.

- **STØJ:** A-kustikken er meget dårlig i rummet og lyden vandrer. Når telefonen ringer forstærkes lyden og ekkoet høres i flere sekunder. Børnene deles om et TV, der viser film svarende til de forskellige alderstrin. Vi ved efter et besøg af en professor i helende arkitektur, at vi skal have styr på akustikken. Det samme gælder generel støj, stemmer og uro. Skabe laver "klikke lyd" ved åbning og lukning pga. magnet. Skop alarmer er høje. Barnegråd påvirker andre patienters opvågning. Andre patienters smerteklager påvirker børnene. Støj/gråd kan svække de sundhedsprofessionelles koncentration, forældrene evne til at modtage og forstå informationer og har således indflydelse på patientsikkerheden.



Opvågningsrummet før projektet

Formål:

At skabe et trygt miljø for børn og forældre i opvågningsforløbet.

Trygheden søges opnået ved brug af ro, genkendelighed, positive distraktioner og at hjælpe forældre med at være forældre.

Mål:

- Skabe sanselige rammer for børn i alle aldre og forældre, der samtidig fremmer muligheden for fysisk kontakt og tryghed.
- Udvikle og teste nye teknologiske redskaber til at flytte den trygge hjemlige atmosfære ind på hospitalet ved hjælp af principper fra den helende arkitektur.
- Styrke forælderrollen. Give forældre en mulighed for at udfolde deres forælderrolle endnu bedre, fordi rummet ikke kun er præget af et klinisk miljø, men også fremmer kommunikation mellem barn, forældre og personale ved hjælp af ny teknologi, som på dette tidspunkt ikke er defineret.
- Reducere unødigt støj. Skabe balancegang mellem atmosfære og funktionalitet, så hospitalet sikrer trivsel, velvære og patientsikkerhed.





Udvikling af konceptet:

Projektet har haft en stor grad af brugerinvolvering i form af workshops, interviews og feltobservationer. Vi har interviewet børn, forældre og sygeplejersker og lavet feltobservationer både før og efter den nye rumindretning. Trygt opvågningsmiljø er virkeliggjort i samarbejde med børn, forældre, sygeplejersker, eksterne samarbejdspartnere, en arkitekt, en fotograf, en civilingeniør i arkitektur og design, lokale virksomheder og sponsorer. Projektet tager sit afsæt i den helende arkitektur.

I samarbejde med arkitekt, ingeniør og fotograf vil vi skabe et hjemligt miljø med sofa, puder og gardiner og ilt og sug skal gemmes væk.

Undervejs har vi lavet flere prøvehandlinger for at sikre patientsikkerheden. Vi lavede en hjertestop simulation med tilkald af hjertestopteamet for at afprøve tanker omkring rumindretning. Drømmen var en stabil væg mellem de to børnesenge for at højne privatsfæren. Forinden havde vores tekniske afdeling bygget en væg af pap, så simulationen kunne foregå så realistisk som mulig.



Drømmen brast hurtigt, idet hjertestop teamet var nødt til at bryde hul i væggen, for at kunne komme til og vi måtte derfor genoverveje adskillelsen mellem de to sengepladser.

På baggrund af en professionel lydmåling, satte vi lydisolerende akustikplader op i hele opvågningen. Vi satte soft-luk i alle skabslåger for at slippe for klik lyde. Vi reducerede alarmer på skoper og telefoner og udpegede lydambassadører, som skulle have fokus på unødige alarmer og høj stemmeføring blandt personalet.

Gennem projektet har vi haft fokus på, hvad forældre typisk vil gøre hjemme, når de har et sygt barn. Sidde i en sofa, læse en bog og have nærvær. Vi lagde vægt på, at sofaen kunne slås ud, så der var mulighed for, at de kunne sove sammen.

Vi har skabt stemningsscenerier med fotos og små videoer af natur og dyrebørn på et stort lærred, som en rumadskillelse mellem sengene. Scenarierne er tilpasset barnets gradvise opvågning blandt andet via belysning og bruges til adspredelse, positiv distraktion og at stimulere børnenes nysgerrighed. Børn og forældre styrer selv stemningsscenerier og rummets belysning via iPad og har dermed en høj grad af medbestemmelse. De kan skifte scenarier, men vi har bevidst valgt, at de ikke kan "zappe" mellem fotos, for at skabe mest mulig ro. Scenarier giver også mulighed for story-telling ud fra billederne, hvilket benyttes både af forældre og personale.

Opvågningsrummets nye indretning ændrer adfærden:

Undervejs i projektet blev vi opmærksomme på, at forældrene før en operation lover at være tilstede, når barnet vågner op efter operationen. For at kunne facilitere dette ringer vi nu efter forældrene, når Operationsgangen melder "kniv-slut". Efterfølgende vækkes barnet af narkose-sygeplejersker og bliver kørt til opvågningen.

Det giver tid til at introducere forældrene til rummet over en kop kaffe inden barnet ankommer i rummet. Denne procedure giver så mulighed for at afstemme forventningerne med forældrene og herunder italesætte, at de skal gøre helt, som de plejer derhjemme, medens sygeplejepersonalet sørger for observation, smertebehandling, plasterskift med mere.

Denne omlægning af arbejdsgangen har samtidig givet den sekundære gevinst, at der er skabt en relation til forældrene, og plejepersonalet er på forkant med forløbet, allerede inden barnet ankommer til Opvågningen.

Indretning af rummet understøtter forælderrollen på den måde, at når barnet ankommer, får forældrene barnet over til sig i sofaen, så de kan være sammen med det samme. Der er ikke længere en fysisk adskillelse mellem dem på grund af tremmer på sengen. Vi har således fremmet den fysiske



Opvågningsrummet efter projektet

kontakt, som vi oplever er til gavn for både børn og forældre. Barnet får samme tryghed, som var de var syge hjemme. Vi oplever, at forældrene er mere afslappede, og at det smitter positivt af på barnet.

Rummet understøtter også personalets ageren, idet vi opfordrer familien til at være sammen/sidde sammen i sofaen. Det er vores opgave at introducere iPad med scenarier, som understøtter barn og forældre inddragelse.

Er udfordringerne løst?

Børns reaktioner: Gennem interviews med børn i alderen 4-15 år peger børnene på løsninger med billeder af natur og dyr i klare farver, som kan ses fra sengen, gerne på vægge

eller loft og mere naturligt lys i rummet. Vi oplever, at børnene er mere trøstbare end tidligere. De græder mindre efter narkosen, idet de forenes med forældrene straks ved ankomst i sofaen. Børnene er optaget af de forskellige dyrescenarier, hvor vi har lagt fokus på "nuttethed" (dyrebørn).

Forælderrollen: Vi oplever, at forældrene er mere afslappede, efter at vi er begyndt at ringe efter dem, inden deres barn ankommer. De kan koncentrere sig om barnet, når det kommer. Mange tager barnet over til sig i sofaen, enkelte falder i søvn med deres barn. De har glæde af scenarierne, som de spontant siger, virker afstressende.

Udtalelse fra forældre: "Dejligt, hjemligt, hyggeligt.... Der blev taget hånd om os på en anden måde. Rummet var ikke så klinisk og det gjorde en kæmpe forskel".

Sygeplejerske fra interview: "Da vi slog sofaen ud og vi havde et relativt dårligt barn og forældrene var slidte, kunne forældrene yde optimal omsorg. De indtog stuen næsten som om det var et børneværelse. Pigen lå midt på sofaen med dem og de reagerede meget naturligt".

Opvågningsrummet og støj: Rummets nye indretning, lys, lyd og positive distraktioner er vigtige elementer og skaber en beroligende atmosfære og reducerer utryghed hos børn og forældre. Med de trygge rammer er der mulighed for afledning af smerter og andet ubehag, øge samværet mellem barn og forældre og at mindske stress-niveauet.

Vi reducerede støjniveauet ved hjælp af soft-luk på skabe, vi reducerede lydniveau på alarmer og fik sat fokus på plejepersonalets stemmeføring. De lydisolerende plader forbedrede akustikken i rummet.

Udtalelse fra August 7 år: "Selvom jeg havde ondt i halsen, så ligged jeg bare der og kiggede på dyr, som om jeg ikke havde ondt i halsen."

Udtalelse fra sygeplejerske: "Jeg oplever, at samarbejdet med familien er blevet mere naturligt. Der er mindre gråd, mindre stress. Det forbedrer mit arbejdsmiljø og patientsikkerheden."

Børn er optaget af det fremmede, men finder ro i det genkendelige; i dette tilfælde sofaen og forældrene.

Observation af Dana 8 år: Dana benytter billederne til at skabe en fortrolighed med mor. Til sidst inddrager hun





også far i at kigge på billederne, og skaber således et intimt øjeblik for familien.

Gennem interviews med sygeplejersker skærpedes opmærksomheden på patient-sikkerhed. Vi ønskede at dække panelet og valgte skabe med skydelåger. På den måde kan sygeplejersken hurtigt komme til ilt og sug i akutte situationer. Det samme gælder belysningen i rummet, der styres af scenarier. Vi fik lavet en knap, som ved tryk aktiverer fuld belysning.

Vi havde gennem prøvehandlinger sikret, at hjertestop teamet kunne handle.

Skalering og perspektivering:

Projektet er implementeret med succes og har været mediedækket af TV2. Vi har haft fremvisning nationalt og internationalt. Det er en nyskabelse og vi har udfordret den traditionelle rumindretning på hospitaler. Konceptet kan skales horisontalt til andre Opvågningsafdelinger. Det kan også udvikles til udbredelse vertikalt til andre rumtyper, hvor der er patienter som eksempelvis venteværelser og lignende, når blot der fokuseres på de samme grundelementer. Hvis vi ikke har børn i rummet, benytter vi det til kræftpatienter, psykisk syge, demente mm. Vores erfaring har vist, at det virker beroligende på disse patientgrupper.

Økonomi:

Hele projektet er finansieret af sponsorater og donationer fra lokale virksomheder og yderligere finansiering fra Afdelingsledelse og Hospitalsledelse. Derudover har der været stor velvillighed fra Hospitalets Tekniske afdeling. ■

Litteratur:

1. Bishop, K. 2012, "The Role of Art in a Paediatric Healthcare Environment from Children's and Young People's Perspectives". *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, vol 38, s. 81-88.
2. Frandsen, A.K. et al. 2009, "Helende arkitektur", Institut for Arkitektur og Design, Skriftserie nr.29, Danske regioner. s.1-281.
3. Huismann, E.R.C.M. et al. 2012, "Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users", *Building and Environment*, vol. 58, s. 70-80. (Tveiten 2012).
4. Hålnad Jeppesen K, Børns sanselige oplevelser i hospitalsmiljøet i opvågningsrummet under indlæggelse 2014.
5. Pölkki T, Pietilä A-M, Vehviläinen-Julkunen K. 2002. Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods. *International of Nursing Studies* 40 (2003) 33-44.
6. Ulrich, R.S. 1992, "How design impacts wellness". *The Healthcare Forum Journal*. vol. 35, nr. 5. s. 20-25.
7. Tveiten, S. 2012, "Barns helse og livskvalitet" i: *Sykepleie til barn – Familiesentrert sykepleie*, redaktører Tveiten, S. Wennick, A. Steen, H.F. 1. udgave, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo, s. 42-82.
8. Grønseth, Randi Trond Markestad – *Pediatric og pediatriisk sykepleie*. 2. udgave, 2006
9. Hal, Elisabeth. *Familien og sygeplejen, i går, i dag, i morgen*. Tidsskrift for sygeplejeforskning 3/2007.
10. Miles, M.S. 2003. Support for parents during a child's hospitalization. *American Journal of nursing*, 103 (2)
11. Gør det ondt? Film - Kirurgisk Børneafsnit, AUH
12. Børn på hospital – Film af Lise Giødesen
13. www.arbejdsmiljoweb.dk/stoej_lys_og_luft/stoej-paa-arbejdspladsen/faktaom-stoej/forstaa-db-skalaen



Hjernevenner

Serie med syv minibøger.
Af Sociolog Anette Prehn

A/S Dafolo 2018, Paperback,
24 sider, 280 kr.

Anmeldt af sygeplejerske
Lisbeth Holmgaard Andersen

BOGSERIEN "HJERNEVENNER" ER 7 minibøger af 24 sider, med titlerne: "Stjerne i hjernen", "Bliv ven med din amygdala", "Gør hjernen til en medspiller", "Sov dig til en bedre hjerne", "Giv hjernen plads til udvikling", "Tag nye billeder med hjernen" og "Din kreative hjerne".

Bøgerne omhandler hvordan vores hjerne fungerer. Hvad hjernens spilleregler er. Ifølge forfatteren er bøgerne skrevet så de kan forstås og bruges af børn fra 10 år og opefter. Bøgerne henvender sig til børn fra 10 år, til fagprofessionelle der er i dagligt samspil med børn i alderen -16 år og til forældre.

Jeg vil anbefale at forældre/sundhedspersonale læser dem først eller sammen med børnene og vælger relevante bøger/afsnit ud. Når du arbejder med børn, uanset i hvilken sammenhænge, kan disse bøger varmt anbefales.

Anette Prehn omsætter den sidste nye hjerneforskning til brugbar og lav praktiske værktøjer. Bøgerne beskriver hvilke mekanismer der er i spil, når vi bliver bange, nervøse og ikke tror på vi kan klare en opgave/situation. Når man skal lære noget der er svært og hvordan man kan bruge hjerne til at se en situation for nye vinkler, få nye perspektiver og forstå situationer på andre måder. Alt sammen viden og værktøjer der inspirerer og er brugbare i samarbejdet med børn og forældre.

Kender du det at man har læst en rigtig god fagbog, som har inspireret dig?

Når man så skal bruge det i praksis, er det svært at omsætte i et forståeligt sprog.

Anette's fortællinger og metaforer, som hun gør brug af i bøgerne, gør det lettere at forstå, huske og anvende.

Jeg har anvendt bøgerne sammen med familier hvor det har handlet om stikkeangst og angst for lavt blodsukker. Det har givet os et fælles sprog til at anskue problematikken ud fra. Barnet eller den unges reaktioner og handlemønstre bliver eksternaliseret. Det er ikke dem der er noget i vejen med - det er hjernens amygdala der skaber nogle reaktioner og følelser. Ved hjælp af bla. bogen "Bliv ven med hjernens amygdala" kan man få en forståelse for dette og ideer til gode hjælpetanker.

Bogen "Stjerne i hjernen" omhandler læring. De nye forbindelser, der skal dannes i hjernen, sammenlignes skovstier. Der skal trædes mange gange før det bliver til en skovsti man tydeligt kan se og "finde og bruge". For at den bliver ved med at være der, er man nødt til at bruge den. Det giver både børn og forældrene forståelse for, at nye vaner skal trænes mangen gang. Et andet godt billede er "Fremtidståge". Når vi skal prøve noget nyt, står overfor en situation, der virker uoverskuelig. Så føles det som om det er tåget og vi kan ikke se vejen. Hjernen reagerer ofte med at vi går i baglås eller vi bliver hvor vi er. Der forklares hvordan man kan skabe tryghed i denne situation ved at "lyse med lommelygten" på de evner og erfaringer barnet har. De evner og erfaringer kan skabe ro indeni og give troen på, at turde prøve. Eksempel: jeg skulle sætte et pumpekater på en lille 5 årig pige, som havde fået konstateret diabetes to dage forinden. Hun var skrækslagen. Vi satte i fællesskab, et kateter på en nålepude og det blev tydeligere for hende hvad der skulle ske. ("Fremtidstågen lattede lidt") Vi lyste med "lommelygten" på tidligere erfaringer (hun kunne måle blodsukker med fingerprikker uden problemer og havde lært det på 2 dage!). Ved at italesætte det mod hun havde udvist overfor fingerprikkeren, og at vi kunne bruge hendes mod, skabte tydeligvis ro og hun turde samarbejde.

Ønsker du teorien uddybet, så læs Hjernesmart børn og Hjernesmart pædagogik af samme forfatter. ■

TO NYE KLINISKE RETNINGSLINJER OM AMNING

National Klinisk Retningslinje for etablering af amning

Den kliniske retningslinje har arbejdet med følgende fokuserede spørgsmål:

- Skal mor og barn tilbydes uforstyrret hud mod hud kontakt i forlængelse af fødslen, indtil barnet har suttet på brystet første gang?
- Skal alle mødre anbefales at barnet ammes efter behov med fri adgang til brystet den første måned efter fødslen?
- Skal alle mødre vejledes i effektiv sutte- og ammeteknik på baggrund af moderens oplevelser af amningen og sundhedspersonalets observationer?
- Skal mødre der har ammeproblemer, hvor barnet har svært ved at få fat om brystet, tilbydes vejledning i effektiv sutte- og ammeteknik?
- Skal faderen/partneren involveres i ammevejledningen?

Den kliniske retningslinje er udarbejdet med støtte fra Sundhedsstyrelsens NKR-puljemidler.

Center for kliniske Retningslinjer har bidraget med udarbejdelse af meta-analyserne i den kliniske retningslinje.

Du finder retningslinjerne på Center for kliniske retningslinjer hjemmeside: cfkr.dk

Klinisk retningslinje for anvendelse af suttebrik under ammeetablering

Den kliniske retningslinje har arbejdet med følgende fokuserede spørgsmål.

Den kliniske retningslinje er udarbejdet af personale fra sygehusene i Næstved, Randers og Rigshospitalet.

Den er et godt supplement til National Klinisk Retningslinje for etablering af amning.

Den kliniske retningslinje er udarbejdet i regi af Center for Kliniske Retningslinjer.

Du finder retningslinjerne på Center for kliniske retningslinjer hjemmeside: cfkr.dk



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

Skriv til os!



LÆSEREN HAR ORDET

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



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

Nye fasteregler til børn: Kun 1 time uden at drikke

Børn og unge må fremover drikke vand og saftevand helt op til én time før en operation. Det er de nye anbefalinger fra Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin, som Rigshospitalet nu tager i brug.

KOMMUNIKATIONSKONSULENT I JMC RIGSHOSPITALET LINDA SVENSTRUP MUNK
LINDA.SVENSTRUP.MUNK@REGIONH.DK

NÅR ET BARN skal opereres i Danmark og resten af Europa, har det hidtil være gældende praksis, at barnet skulle faste, dvs. måtte ikke spise fast føde, de sidste 6 timer inden en operation, og barnet måtte heller ikke drikke de sidste 2 timer inden en operation, dvs. barnet skulle 'tørste'.

Drik klare væsker ind til en time før operationen

Men nu er der godt nyt til alle børn og unge og deres familier: Fremover skal børnene stadig faste 6 timer før en operation, men de skal kun 'tørste' én time før, og de opfordres til at drikke klare væsker helt ind til den sidste time før operationen for at være veltilpas og klar til operationen.

De nye retningslinier kommer på baggrund af et konsensus-statement fra eksperter på området, der har gennemgået forskningen på området. Klinikchef Torsten Lauritsen fra Anæstesi- og Operationsklinikken i Juliane Marie Centret forklarer det på følgende måde:

- 2-timers grænsen for at drikke klare væsker blev i sin tid blev fastlagt for at mindske risikoen for, at maveindholdet løb tilbage i lungerne under operationen. Nyere forskning har dels påvist, at det sker yderst sjældent, dels er uafhængigt af om tørsteperioden er en eller to timer. Derudover har nyere forskning vist, at mavesækken tømmer sig hurtigere end hidtil troet, så selv om et barn drikker et glas saft en time før en operation, forsvinder det inden operationen.

En lille ændring med stor betydning

For familierne kan den lille ændring fra to til én time betyde meget. Fokus kan nu i højere grad være på børnenes velbefindende uden så skrappe restriktioner mod at drik-





ke inden bedøvelse. Et barn, der fx skal opereres på Rigshospitalet kl. 8 om morgenen ville tidligere ikke kunne nå at drikke inden, det skulle til operation.

Faste og tørsteperioden ville dermed i praksis strække sig fra aftenen før.

- Med de nye regler, hvor vi tilmed tilskynder børnene at drikke frem til en time før bedøvelsen, vil vi opleve færre børn, der er urolige pga. tørst og dehydrering. De vil formentlig oftere komme til operation gladere og fysisk mere veltilpasse. I forhold til operationsplanlægningen vil de nye fasteregler også have stor betydning. Vi vil opleve færre forsinkelser pga. at børnene ikke er fastende. I princippet gælder de nye regler alle børn, men det er dog altid den enkelte anæstesi-læge, der vurderer, om barnet må drikke eller ej. Der kan være akutte eller kroniske tilstande hos barnet, der kan forsinke den normale tømning af mavesækken. understreger Torsten Lauritsen.

Torsten Lauritsen har sammen med overlæge Mona Tarpgaard fra Anæstesi- og Operationsklinikken i Hovedorto-Centret stået i spidsen for at få de nye anbefalinger omsat til en fælles VIP i Region Hovedstaden, såvel som i Region Sjælland, som skitserer reglerne i detaljer for sundhedsfaglige.

De nye fasteregler

De nye fasteregler, som er beskrevet i VIP'en og på DASA-IM's hjemmeside er som følger:

6 timer for fast føde og mælk - fraset brystmælk

4 timer for brystmælk

1 time for klare væsker (vand, saft, te, kaffe, sodavand og juice uden frugtkød)

Børn bør opfordres til at drikke ½-1 glas af klare væsker op til 1 time før anæstesi

Barnets behov i fokus

Både Mona og Torsten er begejstrede for de nye regler, da de sætter barnet i fokus.

- Tidligere forbød vi dem at drikke de sidste to timer før en operation, med de nye regler tilskynder vi dem til at drikke op til en time før, og det kan være med til at mindske det ubehag, de føler ved situationen og mindske deres følelse af sult, så de er mere veltilpasse, forklarer Torsten Lauritsen. Det kommer til at betyde noget for hele familien, fortæller han; - Når en operation af en eller anden årsag bliver udskudt, betyder de nye retningslinier, at barnet kan få noget at drikke i ventetiden Torsten Lauritsen forudsiger derfor markante forbedringer for børn og unge i forbindelse med operationerne og de gener der er ved at skulle både faste og tørste i forbindelse med operationen. Disse gener bliver markant mindre, håber han.

- Der er også en potentiel sundhedsfaglig gevinst ved de nye fasteregler, forklarer overlæge Mona Tarpgaard: Børn, der har fastet i 6 timer og tørstet i to timer inden en operation, kan være mere eller mindre dehydrerede, og vi er ofte nødt til at give væske intravenøst under en bedøvelse, og det vil vi formentlig få mindre behov for nu, fordi børnene er blevet opfordret til at drikke klar væsker helt op til en time før, forklarer hun.

Implementeres nu i praksis

De nye fasteregler vil i løbet af kort tid blive implementeret over hele Rigshospitalet i forhold til børn og unge, mens der for voksne ingen ændringer er foreløbigt.

Voksne skal derfor stadig tørste 2 timer før en operation.

VIP om fasteregler for børn og unge

Den nye VIP om fastereglerne kan læses i VIP-systemet. ■

BOGANMELDELSE

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

Vejledning til hvordan du kan opstille anmeldelsen:

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

Selve anmeldelsen skal være en kort beskrivelse af bogens indhold:

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

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

Har du spørgsmål, er du velkommen til at kontakte:

lena.wittenhoff@rsyd.dk

IND- OG UDMELDELSE

KIRSTEN KRONE REICHL, BESTYRELSESMEDELM AF
FAGLIGT SELSKAB FOR SYGEPLEJERSKER DER ARBEJDER MED BØRN OG UNGE

Kære kollega

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

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

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

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

KONTINGENTET ER KR. 300 ÅRLIGT

Hvis du ikke længere ønsker at være medlem af det faglige selskab der arbejder med børn og unge foregår udmeldingen også igennem DSR's hjemmeside.

Forfattervejledning

TIL FAGLIG ARTIKEL I "BØRNE- OG UNGESYGEPLEJERSKEN"

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

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

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

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

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

Der ydes max. 2.000 kr. for en artikel.

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

FAGLIGT SELSKAB FOR SYGEPLEJERSKER
DER ARBEJDER MED BØRN OG UNGE





FREMTIDENS LIVSNYDERE HAR BRUG FOR EN GOD START PÅ DAGEN

For at udvikle sig, som man skal, er man nødt til at indtage den næring, man har brug for. Derfor er smagen vigtig. Resource® MiniMax® er en ernæringsdrik med et fuldgyldigt indhold, som har en mild og lækker smag af chokolade, jordbær og banan/abrikos. Indholdet er baseret på økologisk mælk og fløde. MiniMax® er en fødevare til særlige medicinske formål og skal anvendes i samråd med sundhedspersonale.

Har du produktrelaterede spørgsmål, kan du ringe til: 35 46 01 67

MED
ØKOLOGISK MÆLK
OG FLØDE

