

BØRNE- OG UNGESYGEPLEJERSKEN

Fagligt selskab for sygeplejersker der arbejder med børn og unge



**RYGSÆKKE TIL SYGE BØRN GIVER PLADS
TIL LEG OG BEVÆGELSE**

Ammevarighed hos tidligt fødte børn
Behandling af børn med femur fraktur





life. to the fullest.®

Abbott

REDAKTION

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

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

INDLÆG

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

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

REKLAMATIONER

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

LAYOUT OG TRYK

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



Kære medlemmer

SÅ KOM MAJ og alting pibler op af jorden, bøgen er sprunget ud, æbletræerne står i fuldt flor med deres fine lyserøde/hvide blomster, der vil lokke bierne til sig, så træerne forhåbentlig vil bugne af frugter senere på året.

På børneafdelingerne er sengene også ved at blive fyldte igen og nogen steder med de velkendte sygdomme som gastroenteritis forårsaget af Rotavirus, der kan lægge institutioner og sengeafdelinger ned. Det fik ledende overlæge Klaus Børch fra børneafdelingen på Hvidovre Hospital i et interview mulighed for at minde os alle om, at selv om vi i disse Corona tider er blevet rigtig gode til at spritte hænder, så må vi ikke glemme brugen af vand og sæbe. Undersøgelser fra børnehaver har vist at håndvask før madlavning og efter toiletbesøg reducerede antallet af diarré tilfælde med op mod 30 % ("Hand washing for preventing diarrhoea" R I Ejmot et al Cochrane Database 2008). Så budskabet er at huske hinanden og forældrene på, at den helt almindelige håndhygiejne med vand og sæbe stadig er vigtig sammen med spritten, som nu er blevet en helt naturlig del af vores hverdag.

Foran ligger nu det andet nummer af Børne- og ungesygeplejersken. Det er igen fyldt med spændende artikler, og dem vil vi gerne takke jer forfattere for. Det er spændende læsning og dejligt, at I vil dele denne viden med os. Desværre er der ikke kommet så mange indslag til hverken Den Gode Historie eller Landet Rundt. Kære medlemmer, I må da have nogle små opmuntrende historier, som I vil dele med os. Fortæl os den historie, du tænker på, når din dag er lidt tung, og du reflekterer over, "hvorfør det nu er, jeg synes, det er så skønt, livsbekræftende, dejligt og spændende at arbejde med børn og unge".

Du tænker måske: Nej, det kan jeg ikke, eller den historie er der sikkert ingen, der synes er lige så god som jeg.

Til det kan jeg kun svare som Pippi Langstrømpe:

"Det har jeg aldrig prøvet før, så det klarer jeg helt sikkert"

Vi, i redaktionen, vil glæde os til at modtage din historie og til at dele den med jer andre medlemmer.

Med disse ord ønsker vi jer en rigtig god sommer og læselyst.

De bedste hilsner

Kirsten Krone Reichl

Indhold

NYT FRA BESTYRELSEN

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

FAGLIGE ARTIKLER

- 09 Ernæringscreening
– det skal være let, med godt!
- 17 Ammevarighed hos tidligt fødte børn
- 20 Rygsække til syge børn giver plads til
leg og bevægelse
- 22 Behandling af børn med femur fraktur
- 26 Temperaturmåling

DIVERSE

- 24 Boganmeldelse
- 28 Landet rundt: Fårking Kronisk

FORMAND:



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

NÆSTFORMAND:



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

KASSERER:



Anette Østerkjerhuus
akos@regionsjaelland.dk
Tlfnr: 2712 5870
Børneafdelingen,
Slagelse

BESTYRELSESMEDLEMMER:



Eva Juhl Hansen
Eva.juhl.hansen@rsyd.dk
Tlfnr: 2811 9565
Børne og ungeafdelingen
sydvestjysk sygehus, Esbjerg



Lena Wittenhoff
Lena.wittenhoff@rsyd.dk
Tlfnr: 2234 7839
FAM skadestue,
Åbenraa sygehus



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

Foto er på vej!

Anette Lund
anette.lund@rsyd.dk
Tlfnr: 65412125
H.C. Andersens Børne- og Ungehospital,
Odense



Kære medlemmer

MAJ MÅNED PLEJER at være den måned, hvor vi i det faglige selskab holder vores årlige temadag for vores medlemmer og holder vores generalforsamling. Covidrestriktionerne har betydet nogle meget anderledes rammer for bestyrelsens arbejde. Vi har som mange andre holdt vores møder virtuelt og med meget reducerede dagsordener. På grund af forsamlingsforbuddet har vi heller ikke haft en temadag for medlemmerne siden 2019. I bestyrelsen har vi derfor besluttet, at vi i år vil satse på at holde den årlige temadag til efteråret. Det vil I komme til at høre mere om meget snart. Så følg med på vores hjemmeside og på Facebook.

Vi håber, at I fortsat vil støtte op om det pædiatriske netværk her i det faglige selskab, og at I fortsat vil bidrage med stort og småt til vores medlemsblad. Fortæl gerne jeres kollegaer om vores eksistens. Vi oplever, at mange især yngre sygeplejersker ikke kender til os.

På bestyrelsens vegne

Ida Karina Thorsteinsson

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



HUSK

**DEADLINE TIL NÆSTE BLAD
ER DEN 1. OKTOBER 2021**





Paediatric Nursing Associations of Europe (PNAE)

I det europæiske samarbejde har vi nu udarbejdet en ny hjemmeside:
<https://pnae.eu/>

PNAE afholder møder 2 gange om året. Du kan på hjemmesiden læse om, hvad der optager europæiske børne- og ungesygeplejersker ved at læse referater fra disse møder. Og du kan læse hvilke statement, der er udsendt fra PNAE.

PNAE afholder kongres hvert 2. år (hvis der ikke er pandemier). Den 5. kongres er netop afholdt virtuelt. Du kan i næste nummer af Børne- og Ungesygeplejersken læse referat herfra. Du kan også på hjemmesiden hente en booklet med abstracts fra sidste kongres i Athen 2018.

**AF KARINA THORSTEINSSON, IDA.KARINA.THORSTEINSSON@REGIONH.DK
 OG KARIN BUNDGAARD, KARIN.BUNDGAARD@RSYD.DK**

SILENTIA SKÆRMSYSTEM

Oplev med StoryPanels™

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

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

THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

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

FORMÅLET FOR ORDNINGEN:

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

BETINGELSER FOR AT KOMME I BETRAGNING ER:

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







ERNÆRINGSSCREENING

– DET SKAL VÆRE LET, MEN GODT!

- Implementering af ernæringscreening på Børn og Unge, Hospitalsenhed Midt.

AF MARIANNE EG, FORSKNINGSSYGEPLEJERSKE, MARIANNE.EG@MIDT.RM.DK
SØS PINDERUP, SPECIALEANSVARLIG SYGEPLEJESKE
ESTHER HVASS, KLINISK DIÆTIST

I DENNE ARTIKEL vil vi beskrive, hvordan vi har arbejdet med implementering af et ernæringsscreeningsredskab til børn og unge på hospitalsenhed Midt (HEM). Vi havde et ønske om at få indført et screeningsredskab til børn og unge, som der dels skulle være evidens for, og dels skulle det være nemt at anvende for sygeplejersker og læger på afdelingen. Man skulle kunne screene og handle på screeningen uden at være klinisk diætist.

Vi oplevede i praksis, at vi manglede systematik i forhold til at kunne fange de børn, som ikke blev sufficient ernæret. Vi havde en overordnet vejledning på afdelingen, men ikke et konkret screeningsredskab og manglede en handlingsanvisende instruks i forhold til kostformer alt efter barnets behov. Vi nedsatte derfor en tværfaglig projektgruppe bestående af læger, diætist, specialeansvarlig sygeplejerske og forskningssygeplejerske.

Ernæring er vigtig for patienterne

Allerede i midten af det forrige århundrede gjorde Florence Nightingale opmærksom på, at patienterne sultede på grund af manglende opmærksomhed og viden om måltidernes betydning blandt sygeplejerskerne. Den instrumentelle del af sygeplejen som medicinhåndtering og grødomslag blev prioriteret højere end patienternes måltider. Florence Nightingale foreslog derfor, at sygeplejersker skulle lægge plan for patientens måltider og holde regnskab med, hvor meget patienten havde spist, og hvor meget patienten burde have spist [1, 2].

Desværre er det stadig et overset problem, da ca. 30 % af patienterne på danske sygehuse skønnes at være underernærede. En undersøgelse foretaget i 2002 viste, at ca. 20 % af patienterne er i ernæringsmæssig risiko ved indlæggelsen, og kun 25 % af disse patienter får dækket deres ernæringsbehov under indlæggelsen [3].

Da der desuden er evidens for, at en målrettet ernæringsindsats forbedrer det kliniske forløb og dermed giver mere effektive behandlingsforløb for den enkelte patient nedsatte Sundhedsstyrelsen i 2001 en arbejdsgruppe, der fik til opgave at hjælpe med at samle sundhedsfaglig dokumentation for en målrettet ernæringsindsats på landets hospitaler [4].

Dette arbejde resulterede i, at Sundhedsministeriet i 2008 udgav en vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister om screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Hensigten var, at patienter i ernæringsmæssig risiko skulle identificeres ved indlæggelse og herefter behandles ud fra kostanbefalingerne. Patienter, der ikke var i risiko ved indlæggelsen, skulle følges ugentligt for evt. udvikling af underernæring [4].

Implementering af ernæringscreening har herefter fundet sted på voksenafdelinger, men på afdelinger med børn og unge, er det forsat mangelfuldt, hvilket kan skyldes flere årsager, men White og kollegaer har pointeret, at der har været udarbejdet forskellige redskaber som var tilpasset børn, men da disse redskaber både har været forskellige i deres måder at udregne risiko, forskellige i forhold til hvor komplicerede de var at anvende i praksis og varierende i forhold til at være validerede, har det været med til at ernæringscreening på børn- og ungeafdelinger er mangelfuld [5].



Ernæring til indlagte børn

Vi ved, at dårlig ernæringsstatus hos børn påvirker deres muligheder for at vokse og udvikle sig normalt og hos indlagte pædiatriske patienter giver mangelfuld ernæring flere negative påvirkninger for barnet og den unge i form af øget forekomst af infektioner, komplikationer og længere indlæggelser [6, 7]. Undersøgelser har vist, at forekomsten af underernæring hos hospitalsindlagte børn og unge er mellem 6 - 41% i Europa, USA og Australien, hvor specielt børn og unge med kroniske sygdomme er i størst risiko [7-10]. Disse tal viser, at der er brug for opmærksomhed på ernæring til børn og unge under deres indlæggelse på hospitalet.

Børn har brug for mere energi, da de har en højere metabolisk rate end voksne. De har også mindre fedtdepoter end voksne, hvilket gør børn mindre modstandsdygtige i forhold til sygdom, traumer, infektioner eller metabolisk stres. Børn behøver sufficient ernæring for at kunne:

- opretholde kropsfunktioner
- indgå i leg og andre aktiviteter
- komme sig efter traumer eller sygdom
- vokse og udvikle sig [11]

Flere studier har vist, at anvendelsen af screeningsredskaber, som inkluderer antropometriske målinger af kroppens vægt og fedt, er medvirkende til at børn og unge på hospitalet ikke bliver overset i forhold til ernæringsrisiko [12]. Derfor er det vigtigt, at børn og unge, som indlægges på hospital, bliver ernæringscreenet. Det skal være et valideret redskab, der anvendes systematisk, og det er vigtigt med handlemuligheder i forhold til at kunne agere på resultatet af screeningen.

Metode

Formålet for projektgruppen var at indføre et ernærings-screeningsredskab på Børn og Unge, HEM, som kan identificere børn og unge i risiko for underernæring, og med fokus på ansvar for en målrettet ernæringsindsats under behandlingsforløbet.

På HEM arbejder vi ud fra forbedringsmodellen. Forbedringsmodellen er bygget op om tre centrale spørgsmål til projektets formål og mål, den måde projektet dokumenterer forbedringer på samt ideer til forandringer. De tre spørgsmål er: 1. Hvad ønsker vi at opnå? 2. Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring? 3. Hvilke forandringer

kan iværksættes for at skabe forbedringer? Samtidig indeholder modellen en lærings-cirkel, hvis formål er at opbygge viden igennem test af forandringer, den såkaldte PDSA-cirkel (Plan, Do, Study, Act). Fordelen ved forbedringsmodellen er, at den sikrer en systematisk tilgang til forbedringsarbejdet bl.a. gennem anvendelsen af konkrete redskaber såsom charter, driverdiagrammer og PDSA-skabeloner [13-15].

Screeningsredskab

Vi ønskede et screeningsredskab, som var let at anvende og vi stillede følgende krav:

- Der skal være høj sensitivitet, dvs at det skal kunne finde de børn, som var i ernæringsrisiko.
- Det skal ikke give mere administration, dvs de parametre, der skulle anvendes, skulle allerede være registreret.
- Det er kun for de indlagte børn og unge (i første omgang)
- Ernærings- og væskeskema skal aktivt seponeres.
- Det skal være let at handle ud fra redskabet uden at være diætist.

Vi valgte derfor screeningsredskabet STAMP (Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Paediatrics), da det er et valideret ernærings-screeningsredskab til indlagte patienter i alderen 2 - 16 år [16, 17]. Redskabet består af 5 trin og er udviklet på Royal Manchester Children's Hospitals and the University of Ulster, af Helen McCarthy, Lecturer og Honorary Paediatric Dietitian [18].

Vi vidste, at flere børn- og ungeafdelinger i Danmark arbejdede med netop det screeningsredskab, og da det kunne opfylde vores krav om systematik og evidens, arbejdede vi videre med det.

STAMP bygger på en primær og sekundær screening. Vi har dog kun valgt en form for screening, for at gøre processen mere enkel. Vi har desuden valgt at anvende screeningsredskabet fra 0 - 18 år. Derfor kalder vi det for en modificeret udgave af STAMP.

Modificeret STAMP på Børn og Unge, Regionshospitalet Viborg

Ernæringscreening af børn og unge er baseret på 3 variable og udregnes som en score:

- Sværhedsgrad af sygdom (Trin 1)
- Kostindtag (Trin 2)
- Højde og vægt (Trin 3)

Ud fra dette udregnes ernæringsrisiko (Trin 4) og herefter lægges en plan for det videre forløb (Trin 5).

Man kan enten selv beregne scoren via skemaet eller anvende SFI i Midt-EPJ, som kan beregne scoren for risikoen for underernæring.

Trin 1:		
Diagnose	Score	Sæt x
Absolut risiko	3	
Nogen risiko	2	
Ingen risiko	0	



Hjælpekema til vurdering af diagnoses betydning i forhold til ernæringscreening		
Score 3	Score 2	Score 0
Absolut risiko for øget næringsstofbehov	Nogen risiko for øget næringsstofbehov	Ingen risiko for øget næringsstofbehov
Tarmsvigt, Intractabel diarré	Hjertesygdom	Dag til dag kirurgi
Forbrændinger og store traumer	Cerebral parese	Udredning af ikke-alvorlige sygdomme
Crohn´ sygdom	Diabetes	Anorexia nervosa
Cystisk fibrose	Gastro-oesofagal reflux	Fødevareallergi/intolerance
Lever sygdom	Mindre kirurgiske indgreb	Cøliaki
Store kirurgiske indgreb	Neuromuskulære sygdomme	Øvrige psykiatriske sygdomme
Nyresygdom og nyresvigt	RSV infektion	
Cancer i aktiv behandling	Akutte infektionssygdomme	
	Svære astmatilfælde	



Trin 2:		
Kostindtag	Score	Sæt x
Spiser intet	3	
Spist under halvdelen af skønnet behov sidste 7 dage. Hvis barn under 3 år, da sidste 3 dage	2	
Spiser godt/som vanligt	0	



Trin 3:		
Vægt og højde	Score	Sæt x
Vægt under eller lig med 2 SD for alder, eller vægt under eller lig med 2 SD under højde	3	
Vægt mellem 2 – 1,3 SD under højde	1	
Vægt og højde under eller lig med 1,3 SD fra hinanden	0	



Trin 4:		
Samlede score:	Sum af trin 1-3	Sæt x
Høj risiko (RØD)	≥4	
Nogen risiko (GUL)	2 - 3	
Lav risiko (GRØN)	0 - 1	



Trin 5:	
Konklusion og plan	Forslag til ernæringsplaner
Høj risiko (Score over eller lig med 4)	<p>Der skal iværksættes ernæringsterapi.</p> <p>Følg afdelingens instruks for ernæringsterapi ang. kostform</p> <ul style="list-style-type: none"> • Energirig kost = rød • Evt. sondeernæring • Evt. parenteral ernæring <p>Foretag kostregistrering/væskeskema</p> <p>Evt. kontakt klinisk diætist</p> <p><u>Gentag screening hver 2. dag.</u></p>
Nogen risiko (Score 2-3)	<p>Følg afdelingens instruks for ernæring ang. kostform</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kost til småtpisende = gul mad <p>Foretag kostregistrering/væskeskema de næste 3 dage.</p> <p><u>Gentag screening efter 3 dage.</u></p>
Lav risiko (Score 0-1)	<p>Følg afdelingens instruks for ernæring ang. kostform</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal kost = grøn mad <p><u>Gentag screening en gang om ugen, mens barnet/unge er indlagt.</u></p>

For yderligere beskrivelse se vejledning: 2.9.1. Ernæringsscreening og ernæringsplan for børn og unge. [19]

Efter udregning af patientens risiko for underernæring, lægges der en plan for kostform i forhold til den score, som patienten har opnået.

Kostformer

Vores grundholdning er, at det er vigtigt, at barnet eller den unge får så positive oplevelser med maden som muligt. Kosten har afgørende betydning for både raske og syge børn og unges trivsel og helbred [6, 20]. Den kost, som passer til den enkelte patient, baseres på en individuel vurdering eller nærmere betegnet screening af ernæringsstilstand.

Kostformer

De forskellige kostformer kategoriseres i normal kost, sygehus kost og kost til småtspisende.

På Børn og Unge, HEM, har vi valgt at kategorisere ud fra følgende begreber: Normalkost, kost til småtspisende (sygehus kost) og energirig kost (kost til småtspisende) - som efterfølgende har fået 3 farve koder:

GRØN FOR NORMAL KOST

GUL FOR KOST TIL SMÅTSPISENDE

RØD FOR ENERIGRIG KOST

Baggrunden for ændring af begreberne er for det første, at oftest har de fleste børn mere brug for energi end protein. Proteinbehovet dækkes som hovedregel hos det mindre barn (op til en kropsvægt på 20-25 kg), hvis energibehovet dækkes med en nogenlunde varieret kost.

Hos den unge (med en vægt over 25 kg) bør der være mere opmærksomhed på proteinbehovet, idet behovet følger kropsvægten, og den mængde protein, der skal gives, bliver hermed større.

For det andet ændrede vi begreberne med henblik på, at screeningsredskabet skulle være lettilgængeligt og pædagogisk. Vi havde et stort ønske om, at der ikke skulle være nogle sprogmæssige barrierer for opstart af screening.

Afhængig af scoren i ernæringscreeningen, kategoriseres barnet som grøn, gul eller rød, hvorfor kostformerne blev kategoriseret efter farveskalaen. Farvekoderne forventer vi dels vil skærpe fokus og øge opmærksomheden på barnets kost, dels synliggøre og involvere både personalets og forældrenes vurdering af barnets kost.

Udover grøn, gul og rød kost - omfatter kostformerne også sondeernæring og parenteral ernæring.

Kostformen ordineres af læge, sygeplejerske og/eller klinisk diætist på baggrund af ernæringsvurderingen og patientens sædvanlige spisevaner.

Hvis det på forhånd vurderes umuligt at opnå et indtag på eller over 75% af energi- og proteinbehovet, overvejes sondeernæring eller parenteral ernæring.

Her ses eksempel på Rød kosttilbud:

ENERGIRIG KOST = RØD MAD = HØJRISIKO

1. Energirig kost
 - sødmælk (gerne til alle hovedmåltider)
 - koldskål
 - cacao
 - sødmælksyoghurt (pære/banan og jordbær)
 - kammerjunker
 - chokoladekijs
 - TUC kiks
 - saltskruer, chips
 - mandler, nødder, peanuts (børn > 3 år)
 - rosiner, figenstænger
 - ost 45+, smørreost
 - nutella, pålægschokolade
 - franskbrød
 - smør
 - KØL
 - makrel m/mayonnaise, torskerogn m/remoulade
 - leverpostej, oksespegepølse, æg, små frikadeller
 - FROST
 - risengrød (smør + kanelsukker), øllebrød
 - frikadeller, kalkunfrikadeller
 - boller i karry
 - supper (okse eller tomat)
 - lasagne, pizza, millionbøf
 - pasta, ris, kartoffelmos
 - pølsehorn, pizzasnegle
 - forskellige typer is
 - alm. menuplan til frokost og aften - evt. ekstra sovs, ekstra smør på brød, mayonnaise/remoulade på brød, fløde på frugtgrød.
 - frugt og grønsager som "pynt"
 - HUSK energiholdige mellemmåltider
 2. Ekstra energiholdige fødeemner
 - Køkkenets superdrik (vær opmærksom på, at drikken har højt proteinindhold - må ikke anvendes til børn under 3 år)
 - Energitæt is
 3. Diverse energidrikke
 - Fortini Compact m/jordbær
 - Fortini Multi Fibre m/chokolade
 - Fortini Smoothies m/ sommerfrugt eller bær og frugt Fortini Creamy Fruit m/ sommerfrugt eller bær og frugt Nutridrik Compact m/jordbær eller chokolade
 3. Sondeernæring - se e-dok
 4. Parenteral ernæring - se e-dok
- Bemærkninger: Der forsøges med den alm. energiholdige kost, som beskrevet, inden valg af energidrikke etc.

Alle kostformer ses i vejledningen:

2.9.1. Ernæringscreening og ernæringsplan for børn og unge [19]

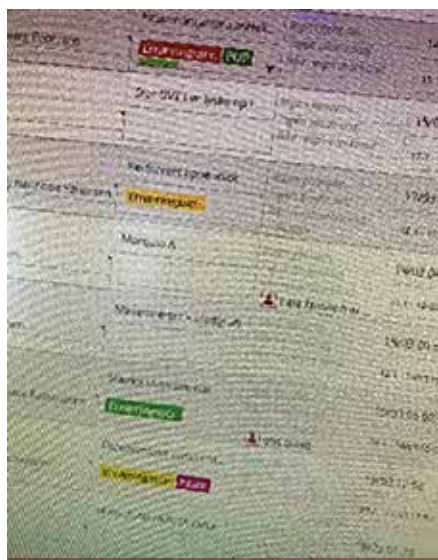


Der udarbejdes altid en ernæringsplan til de børn og unge, som scorer rød kost i samarbejde med den kliniske diætist.

Barnet eller den unges ernæringstilstand skal følges, så der let kan gribes ind ved yderligere ernæringsproblemer. Derfor er det anført på ernæringscreeningen, hvornår der skal screenes igen alt efter resultatet af første screening.

Implementering

Arbejdsgruppen har været tværfagligt repræsenteret af klinisk diætist, specialeansvarlig sygeplejerske, læger og forskningssygeplejerske. Der har været ledelsesopbakning mht. til at kunne arbejde med projektet, og generelt har der været en god interesse for ernæringscreening i afdelingen.



Her ses screeningresultat på logistiktavle



Undervisningsteam:
Søs Pinderup, Esther Hvass og Iben Jønsson

Vi har i forløbet revideret vores væskeskema, samt indført små klistermærker med farverne rød/gul/grøn, som påsættes alt efter hvilket screeningsresultat der er fremkommet for barnet. På den måde kan alle omkring barnet let have fokus på ernæringsstatus og kostform. Alle børn og unge skal have et væskeskema og det kan kun i samarbejde med en læge seponeres.

Der har i forbindelse med implementeringen været stor velvillighed i personalegruppen til afprøvning af de nye tiltag.

Vi har haft stor hjælp fra vores sundheds-it, da vi har fået udviklet en SFI i Midt-EPJ, hvor data indsættes og der automatisk udregnes resultat. Vi har desuden fået vores logistiktavler til at kunne vise om barnet eller den unge er ernæringscreenet rød, gul eller grøn - hvilket giver et godt overblik og viser hvilke børn og unge, der skal have særlig opmærksomhed i forhold til ernæring. Det har bevirket, at der til stuegang er blevet særlig opmærksomhed på de børn og unge, som ernæringsscreenes til rød og dermed er i særlig risiko.

Det har været vigtigt i forbindelse med indførelse af den systematiske ernæringscreening, at alle i de forskellige vagter kan handle på screeningsresultatet og tilbyde barnet eller den unge relevant ernæring. Der er udarbejdet beregningskemaer og forslag til de forskellige kostformer. Det er vigtigt at kunne tilbyde den mest optimale ernæring med det samme ved de ernæringstruede børn og unge. Ernæringsplanerne kan senere blive finjusteret i samarbejde med den kliniske diætist.

Det har været vigtigt, at det var et tværfagligt projekt og dermed en tværfaglig indsats. Lægerne er undervist af flere omgange, så alle har haft mulighed for at deltage. Der har ved undervisningen været smagsprøver på de forskellige ernæringsdrikke, som vi i forløbet har fået et større udvalg af. Det har været den kliniske diætist, specialeansvarlige sygeplejersker og læge fra projektgruppen, som i fællesskab har undervist personalet på afdelingen.

Vi har desuden udarbejdet en lille håndholdt film, som viser, hvordan man gør i praksis. Den bruges også i undervisningen.

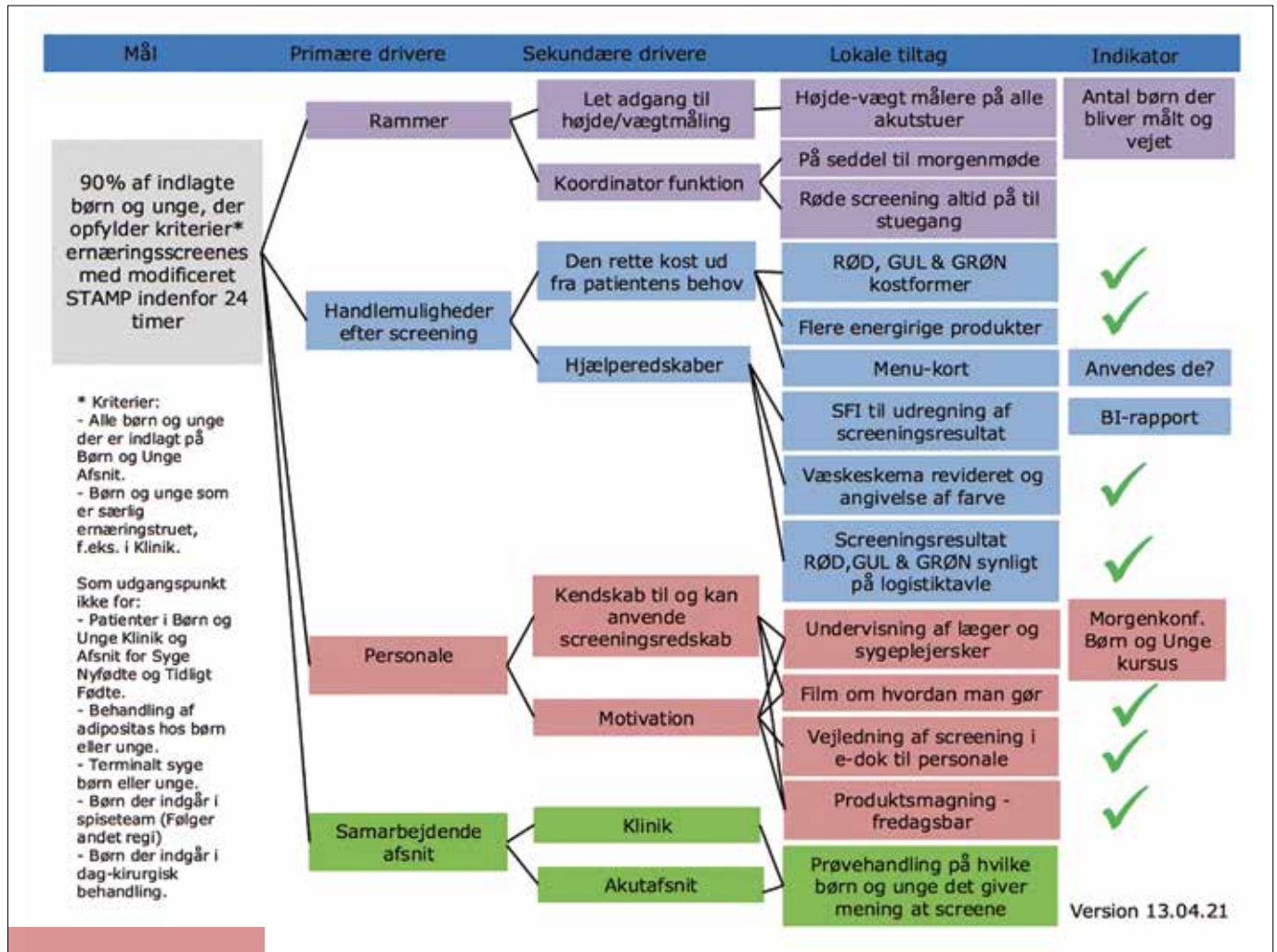
Vi har i forløbet indkøbt flere højde/vægt målere, så de var tilgængelige på alle stuer og der er mulighed for at måle og veje alle børn ved modtagelsen - selv i Coronatider.

Vi har løbende udviklet og justeret vha. PDSA'er og er kommet langt.

Vi har nu redskabet og er i fuld gang med implementeringen. Vi har, når Coronasituationen gør det muligt, planer om en fredagsbar med smagsprøver på diverse ernæringsdrikke. Vi er ved at udarbejde et menu-kort, med appetitlige billeder af de forskellige muligheder for mad/snacks. Det skal være med til at gøre det lettere for børnene og de unge at vælge det de kunne have lyst til, frem for at det er den enkelte sygeplejerske eller pædagog der opremser mulighederne.

Vi startede med implementering på sengeafsnittet og har nu besluttet at involvere vores klinik og akutafsnit for enkelte patientgrupper.

Vi har i driverdiagrammet vist, hvordan vi har arbejdet med målet om at få ernæringscreenet 90% af de indlagte børn og unge.



Driverdiagram:
 Ernæringscreening,
 Børn & Unge, HEM

Evaluering

Vi kan følge hvor mange SFI-er der bliver dokumenteret i og arbejder i øjeblikket på at få en procentvis opgørelse, som medtager de børn og unge, der opfylder kriterierne for screening.

Selvom screeningsredskabet er let og godt - er det svært at få alle kollegaer til at foretage screeningerne.

Vi har haft udfordringer i forhold til udregning af højde og vægt i forhold til trin 3, da kurven i Midt-EJP, ikke er så nøjagtig, at det er nemt at vurdere hvordan barnet eller den unge ligger i forhold til SD for alder og vægt. Det kræver, at man skal i et andet system for at få den nøjagtige udregning, hvilket er besværligt, hvorfor vi arbejder på en løsning i forhold til det.

⇒

Larsen og Rothmann (2018) finder i forbindelse med et projekt om indførelse af ernæringscreening på en medicinsk afdeling, også at det er ikke er så nemt at få det til at ske i praksis. Dette til trods for at alle kan blive enige om, at den rigtige ernæring til patienten er vigtig. De peger på, at ernæring og varetagelse af ernæringsproblematikken vurderes som en vigtig sygeplejefaglig opgave, som underbygger et af patientens grundlæggende behov om ernæring, men at sygeplejerskerne ikke finder det meningsgivende, at alle patienter skal screenes, da det er for ressourcerekrævende. Sygeplejerskerne i projektet på den medicinske afdeling ønsker i stedet at rette indsatsen mod de ernæringstruede patienter og sætte fokus på, at det er de rigtige patienter, der screenes [21]. Det kan dog være svært at gøre dette uden en systematisk screening, og derfor har vi valgt at beskrive kriterierne meget detaljeret for hvilke børn og unge, der skal screenes, så det giver mening for alle og kommer patienterne til gavn, så de ernæres bedst muligt under deres indlæggelse. ■

Referencer

1. Nightingale, F., Notes on Nursing - Bemærkninger om sygepleje. 2004: Gyldendal.
2. Pedersen, P.U., Notes on Nursing kapitel 6 og 7: Ernæring a la Nightingale. Sygeplejersken, 1999. 46: p. 46-48.
3. Kondrup, J., N. Johansen, and L. Plum, Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *J. Clin. Nutr.*, 2002. 21: p. 461-468.
4. Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister - Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko 2008.
5. White, M., et al., Simple Nutrition Screening Tool for Pediatric Inpatients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 2016. 40: p. 392-398.
6. Secker, D.J. and K.N. Jeejeebhoy, Subjective Global Nutritional Assessment for children. *Am J Clin Nutr*, 2007. 85: p. 1083-1089.
7. Pawellek, i., K. Dokoupil, and B. Koletzko, Prevalence of malnutrition in paediatric hospital patients. *Clinical Nutrition*, 2008. 27: p. 72-76.
8. Joosten, K.F.M. and J.M. Hulst, Malnutrition in pediatric hospital patients: current issues. *Nutrition*, 2011. 27: p. 133-137.
9. Hubert, A., et al., Nutritional status in pediatric intermediate care: assessment at admission, progression during the stay and after the discharge. *Arch Pediatr.*, 2016. 23: p. 333-339.
10. Pichler, J., et al., Prevalence of undernutrition during hospitalization in a children's hospital: what happens during admission? *Eur J. Clin Nutr*, 2014. 68: p. 730-735.
11. Royal College of Nursing, Malnutrition. What nurses working with children and young people need to know and do. 2014.
12. Beser, O., et al., Evaluation of malnutrition development risk in hospitalized children. *Nutrition* 2018. 48: p. 40-47.
13. Defactum. Forbedringsmodellen. 2021 [cited 2021 13.04.21]; Available from: <https://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/kerneyderlser/kom-i-gang-med-forbedringsarbejde/metodekatalog/planlagning-og-malstyring/forbedringsmodellen/>.
14. Anhøj, J., Kompendium i kvalitetsudvikling - Rammer og redskaber. 1. udgave ed. 2015, København: Munksgaard.
15. Langley, G.J.m.f., The improvement guide : a practical approach to enhancing organizational performance. 2. edition ed. 2014, San Francisco, CA: Jossey-Bass. xxi, 490 sider.
16. Becker, P., et al., Validity and Reliability of Pediatric Nutrition Screening Tools for Hospital, Outpatient, and Community Settings: A 2018 Evidence Analysis Center Systematic Review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2020. 120: p. 2212-2672.
17. Teixeira, A.F. and K.D.A.L. Viana, Nutritional screening in hospitalized pediatric patients: a systematic review. *Journal de Pediatria*, 2016. 92: p. 343-352.
18. STAMP. 2021 [cited 2021 13.04.21]; Available from: <https://www.stampscreeningtool.org/>.
19. Børn og Unge Hospitalsenhed Midt. Ernæringscreening og ernæringsplan for børn og unge. 2021; Available from: </edok/editor/HOMIBO.nsf/X5B1A0C2841DAC44FC12578F40027DCF5?OpenDocument&level=HOMIBO&ref=internalVIP>.
20. Sundhedsstyrelsen, DTU Fødevareinstituttet, and Miljø- og Fødevareministeriet. Anbefalinger for den danske institutionsmad. 2015; 5. udgave, 1. oplag: [
21. Larsen, A.V. and M.J. Rothmann, Ernæringscreening - hvorfor bliver det ikke gjort. Forstyrelsen. Fagligt Selskab for sygeplejersker der arbejder med udvikling og forskning, 2018. 3: p. 5-10.

AMMEVARIGHED HOS TIDLIGT FØDTE BØRN

Betydningen af en oral stimulations intervention samt barnets sugestyrke

Denne artikel er en kort præsentation af 2 undersøgelser fra et Dansk ph.d. projekt. Projektets overordnede formål var at øge ammevarigheden hos tidligt fødte børn. I projektet blev det testet, om udførelse af et specifikt 5 minutters oral stimulations program hos tidligt fødte børn havde en positiv effekt på varigheden af eksklusiv amning.



Introduktion

Hvert år fødes mere end 5% af alle skandinaviske børn før 37. graviditetsuge (1). Tidlig fødsel har flere konsekvenser og afstedkommer blandt andet indlæggelse i et neonatal regi, hvor ammeetableringen forløber gennem adskillige trin. Alt efter, hvor tidligt barnet er født kan perioden med sondeernæring strække sig over flere måneder, inden en eksklusiv amning er etableret. Eksklusiv amning forstås som at barnet udelukkende ernæres med modermælk og betragtes som den optimale ernæring de første 6 måneder efter fødslen. Amning har flere sundhedsmæssige fordele for både mor og barn og ikke mindst for det tidligt fødte barn (2). I Skandinavien ammes mindre end 70% af de tidligt fødte børn eksklusivt ved udskrivelse og under 15% i de anbefalede 6 måneder (3). Det er kendt, at flere faktorer kan påvirke varigheden af eksklusiv amning både positivt og negativt. Eksempelvis tyder udenlandske studier på at flere børn ammes ved udskrivelse, hvis barnet systematisk stimuleres oralt under indlæggelsen (4). To af dette ph.d. projekts tre undersøgelser havde til formål 1) at evaluere effekten af 2 ugers forældreadministreret oral stimulationsintervention i forhold til varigheden af eksklusiv amning (undersøgelse 1), 2) at evaluere sammenhængen mellem barnets sugestyrke (intraoralt vakuum -se foto) og varigheden af eksklusiv amning (5).



AF DIANA SKAANING
KLINISK UNDERVISER I BØRNE- & UNGEAFDELINGEN PÅ
HVIDOVRE HOSPITAL. DIANA.SKAANING@REGIONH.DK

Metode

Tidligt fødte børn og deres mødre blev konsekutivt rekrutteret fra et neonatalafsnit i Region Hovedstaden og randomiseret til enten oral stimulationsintervention eller til en kontrolgruppe, som modtog standardpleje (1:1). Forældrene blev instrueret i at udføre et 5-minutters oralt stimulationsprogram. Instruksen blev foretaget af ergoterapeuter og herefter administrerede forældrene selv programmet mindst 2 gange dagligt i mindst 14 dage. Interventionsperioden startede så snart forældrene følte sig trygge i at udføre programmet dog tidligt, når barnets alder var svarende til 32 graviditetsuger.

Eksklusiv ammevarighed og barnets sugestyrke blev undersøgt ved hjælp af en ugentlig opfølgning under indlæggelsen og ved to opfølgninger efter udskrivning 1) ved den korrigerede spædbarnsalder på 6 uger svarende til at alle børn biologisk set havde den samme alder på 6 uger, 2) ved den kronologiske spædbarnsalder på 6 måneder svarende til de anbefalede 6 måneder med eksklusiv amning.

Resultater

I perioden 2016-2018 blev 391 premature børn vurderet for deres egnethed til projektet, 211 blev inkluderet og i alt blev 108 børn randomiseret til oral stimulationsintervention og 103 til kontrolgruppen. Ved den kronologiske spædbarnsalder på 6 måneder blev 27% af børnene i interventionsgruppen eksklusivt ammet og 25% i kontrolgruppen. Medianvarigheden af eksklusiv amning var 122 dage (40-183) i interventionsgruppen og 154 dage (61-183) i kontrolgruppen. Der blev ikke påvist en signifikant effekt af den orale stimulationsintervention på eksklusiv ammevarighed ($p = 0,16$), (6). Ved den korrigerede spædbarnsalder på 6 uger var barnets sugestyrke steget til et stadium, hvor det ikke længere var muligt at måle en effekt af interventionen ($p = 0,08$). En beregning på hele populationen (alle 211 børn) viste at sugestyrken naturligt steg i takt med barnets modning, i gennemsnit 3,5 millibar (mbar) per dag. Den hurtigste og højeste stigning var at se hos børn født efter 32 svangerskabsuger. Hos disse børn indikerede odds ration på 1,99 at sandsynligheden for opretholdt eksklusiv amning i 6 måneder var næsten fordoblet per 100 mbar stærkere vakuum barnet havde ($p = 0,01$), (7).

Konklusion

Undersøgelsen, som blev udført i et neonatalafsnit i Region Hovedstaden mellem år 2016 og 2018, fandt ikke at et kort program med randomiseret systematisk oral stimulering testet hos sunde tidligt fødte børn og udført af forældrene havde en betydelig langvarig positiv effekt på eksklusiv ammevarighed eller på barnets sugestyrke. Stigningen i barnets sugestyrke var afhængigt af svangerskabsalderen ved fødslen og relateret til barnets alder ved måling. Den overvejende forklaring på ophør af eksklusiv amning var moderens bekymringer, om utilstrækkelig mælkeproduktion. På trods af, at andelen af tidligt fødte børn, som var eksklusivt ammet, var dobbelt så høj som vi forventede blev over to tredjedele af de 211 børn ikke eksklusivt ammet i de anbefalede 6 måneder. Derfor er det relevant at intensivere den ammestøtte disse familier tilbydes. ■

Referencer

1. Blencowe H, Krusevec J, de Onis M, Black RE, An X, Stevens GA, et al. National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2019; 7:e849–60.
2. Nilsson I. Amning - en håndbog for sundhedspersonale. 2018.
3. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, et al. Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: the results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. *PLoS ONE* 2014; 9:e108208.
4. Greene Z, O'Donnell CP, Walshe M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 9:CD009720. p 1-76.
5. Skaaning D. Breastfeeding duration in premature infants : influence of oral simulation intervention, the infant's suction & maternal concerns : PhD dissertation. [Aarhus]; Aarhus University,Health; 2020.
6. Skaaning, Carlsen E, Brødsgaard A, Kyhnaeb A, Pedersen M, Ravn S, et al. Randomised oral stimulation and exclusive breastfeeding duration in healthy premature infants. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992 2020.
7. Skaaning, Kronborg H, Brødsgaard A, Solmer R, Pryds O, Carlsen EM. No long-term effect of oral stimulation on the intra-oral vacuum in healthy premature infants. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992 2020.

En god ven gennem hele forløbet



Når alt er uvant, er det rart med en blød og beroligende ven. Derfor uddeler TrygFonden hvert år krammebamser til børn på hospitaler og specialklinikker.

Krammebamsen bliver et trygt holdepunkt for små patienter og hjælper samtidig læger og sygeplejersker med at bryde isen og beskrive behandlingen i børnehøjde.

Her er gode råd til hvordan, I får det bedste ud af krammebamsen.



Introducer bamsen tidligt

Jo tidligere barnet møder bamsen, jo mere glæde skaber den.



Brug den i behandlingen

Fortæl historier og brug bamsen at beskrive behandling og forløb.



Thea eller Theo?

Køn kan være vigtigt for børn. Bestil ekstra Theo- og Thea-armbånd på trygfonden.dk/krammebamser



Ét barn. Én bamse

Vi anbefaler at uddele én bamse pr. barn. Det er bæredygtigt, og skaber et tættere bånd til bamsen.

TrygFonden



På H.C. Andersen Børne- og Ungehospital på Odense Universitetshospital tror de på, at glade børn med plads til leg og bevægelse giver et lettere samarbejde omkring behandlinger, og at det gør børnene hurtigere raske. Derfor har de, sammen med Børneulykkesfonden og Legeheltene, skaffet rygsække til børn i alderen 3-8 år, så de selv kan bære deres medicinske udstyr på ryggen, og på den måde komme op af sengen og i gang med at lege.

Rygsække til syge børn giver plads til leg og bevægelse

AF METTE SORANG KJÆR, VELFÆRDSKOORDINATOR, H.C. ANDERSEN BØRNE- OG UNGEHOSPITAL, METTE.KJAER@RSYD.DK
ANE BJERG RASMUSSEN, SEKRETÆR FOR AFD. LEDELSEN, JOURNALIST, H.C. ANDERSEN BØRNE- OG UNGEHOSPITAL, ANE.BJERG.RASMUSSEN@RSYD.DK

FØR VAR BØRNE under nogle behandlinger og undersøgelser "lænket" til dropstativer eller til deres forældre, der skulle holde deres udstyr. Men med de praktiske rygsække kan børnene nu selv bære deres medicinpumper eller forskellige måleapparater på ryggen, forklarer velfærdskoordinator Mette Sorang Kjær.

På den måde bliver der plads til masser af leg og bevægelse under behandlingen.

- Det at kunne bevæge sig frit rundt og ikke være bundet til sengen er helt afgørende for, at børn og unge kan opleve trivsel og udvikling under indlæggelse på hospitalet. Derfor er vi meget glade for, at vi nu har rygsække til de mange børneforløb, hvor der indgår bærbart apparatur som en del af udredningen eller behandlingen, siger oversygeplejerske Anne Pedersen.

PH-sonde-målinger og genoptræning

Rygsækkene bliver bl.a. brugt i forbindelse med pH-sonde-målinger, hvor barnet får lagt en sonde gennem næsen og ned i maven. Sonden tilkobles en lille computer, som skal måle pH-værdien i mavesækken i 24 timer. Det er vigtigt for undersøgelsen, at barnet på trods af sonden og apparatur spiser, leger og bevæger sig som det plejer, fordi det giver den bedste forudsætning for at vurdere sygdommen.

Et andet eksempel er ved genoptræning efter operationer, hvor børnene har brug for at være koblet til en smertepumpe. Her er rygsækkene også en stor fordel, fordi de letter bevægelsesfriheden og legen, og dermed giver bedre forudsætninger for at komme i gang med at bruge kroppen igen.

- Med rygsækken på ryggen har børnene frihed til at bevæge sig, og bliver ikke hele tiden mindet om deres sygdom. Vi oplever, at de er mindre generet af behandlingerne, og ikke piller så meget ved deres plastre og det tekniske udstyr. Det skyldes, at det naturligt følger barnet, og samtidig er gemt lidt mere væk omme på ryggen, forklarer Mette Sorang Kjær.

Personlig gave

De klinisk godkendte rygsække har en god pasform og sidder fast på ryggen. De bliver brugt ved de forløb, hvor det er praktisk muligt og forsvarligt at placere det kliniske udstyr i en børnerygsek.

Af hygiejnemæssige årsager bliver rygsækkene ikke genbrugt, så børnene får lov at beholde dem efter behandlingen.

Rygsækkene er finansieret af børnevelværdsmidler i et samarbejde mellem H.C. Andersen Børne- og Ungehospital og Børneulykkesfondens Legehelte. ■



Hvordan er jeres procedure for behandlingen af femur fraktur?

AF LENA WITTENHOFF,
SYGEPLEJERSKE,
SYGEHUS SØNDERLAND.
LENA.WITTENHOFF@RSYD.DK

PÅ SYGEHUS BEHANDLES en femur fraktur med benene i stræk i 5-6 uger. Børnene udskrives ofte til hjemmet efter 5-7 dage. De udskrives med en tremmeseng og et stativ til lodderne.

Vi har på det sidste oplevet, at strækket er gledet af benene, desværre flere gange, efter at barnet er udskrevet til hjemmet. Det har resulteret i flere genindlæggelser af børnene, hvor de er kommet for at få anlagt et nyt stræk.

Genindlæggelserne af børnene har resulteret i, at vi har kontaktet flere børneafdelinger i Danmark for at høre deres erfaringer.

Svarene er her samlet i en lille procedure, som jeg håber, at I vil komme med gode bidrag til.

STRÆKBEHANDLING: Strækbehandlingen er smertestillende og anlægges i skadestuen så hurtigt som muligt. Hos de mindste børn anvendes "lodret" stræk på begge ben med hofterne 90 grader flekteret og knæene strakt. Hos større børn (over 20 kg) anlægges stræk på det brækkede ben med hofter og knæ flekteret i "balanceret" stræk.

Barnet skal smertedækkes og have muskelafslappende medicin, imens proceduren finder sted. Stesolid foretrækkes som muskelafslappende fremfor dornicum, da børn har behov for muskelafslappende medicin de første dage. Medicinen gives efter vægt.

Nogle anbefaler, at huden vaskes godt for snavs og af-

fedtes med benzin, så strækket sidder bedre fast. Er det flere steder i landet hvor I gør det? Vi vasker ikke benet, inden der anlægges stræk på barnet.

Beskrivelse af anlæggelsen af plasterstræk:

Barnet placeres i en "himmelseng"/ tremmeseng med fire trisser (hjul). Der anvendes plasterstræk til begge ben og lodder af 500 gr pr. stk. (hvor store er jeres lodder?) Man kan småjustere med en handske med vand i. Ved balanceret stræk anvendes endvidere et par meter collar-n-cuff.

Beskrivelsen, der kommer nu, kan bruges i børneafdelingen, når forbindingen omkring strækket tages af.

Barnet gribes om begge ankler, og benene løftes langsomt op i vejret samtidig med, at der trækkes let i benenes længderetning. Det er vigtigt, at barnet slapper mest muligt af, da muskelsammentrækninger giver bevægelse i bruddet, hvilket er smertefuldt. Ved at gribe om anklerne sikrer man, at der kan polstres godt om ankelknoerne, og at



Anlæggelse af lodret stræk

elastikbindet ikke kommer for tæt på foden. På denne måde kan man undgå trykmærker over ankelknoer, akillessenen og vristen.

Fodpladen placeres lige over fodsålen i en afstand på et par fingerbredder. Strækket fæstnes til benet med elastikbind, som anlægges i spiralformede ture. Pas godt på, at der ikke er tryk på lægbensnerven. Forbindingen starter tæt på hoften og slutter i god afstand fra fodleddet. Der polstres ekstra ved ankelknoer og ved akillessene.

Snorene trækkes gennem trissen lige over barnet og føres herefter over trissen ved sengens ende. Snorene forsynes med en løkke for enden, som holder lodderne. Der lægges langsomt vægt på, mens grebet om anklernerne lige så langsomt slækkes. Der skal være så meget vægt på, at barnets bagdel netop løftes fra lejet. Af hensyn til huden bør der ikke anvendes mere end 2½ til 3 kg per ben. Start med samme vægt på begge ben. Der skal en tværpind gennem det øverste del af strækket for at holde benene fra at rotere. Et forslag til det er en træpind eller en linial. Hvad bruger I?

Idealforbindingen omkring plasterstrækket tages af dagligt, huden tilses for tryk og vaskes ganske let. Der smøres med creme efter behov, hvor der ikke er stræk.

Der er flere, der har oplevet at plasterstrækket glider af. Omvendt er der også børn, der har fået eksem af plasteret. Hvad er jeres erfaringer - er der stræk, som er bedre end andre?

Børnene sendes hjem, når dette er muligt. Det forudsætter, at forældrene er trygge ved at behandlingen foregår i hjemmet, og at det er muligt at få sengen ind i hjemmet. Børnene ligger i en tremmeseng med strækket i en ambulancetransport.

Litteratur

Steen Olesen, Anna Dalgaard, Britta Hørdam og Preben Ulrich Pedersen: "Ortopædkirurgi - sygdomslære og sygepleje", Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1. udgave, Kbh. 2010.

Transporten af børn med plasterstræk kræver en ambulance, der kan have en tremmeseng. I ambulancen kan børnene spændes fast med en H-sele.

Det er en mulighed at anlægge en spika hoftegips. På Hvidovre Hospital får alle børn anlagt en hoftegips på ca. 7 dagen. Der skal foreligge en RTG-kontrol med påvist callusdannelse inden anlæggelsen af gips. Ifølge ortopædkirurgerne kan behandlingen med en spika-hofte gips eller stræk behandling ligestilles, men barnet skal i GA for at få anlagt gipsen, så der er også udfordringer i forhold til den behandling.

Det kræver både de rette ortopædkirurgiske og anæstesiologiske kompetencer.

Har barnet en spika hoftegips, kan forældre selv transportere barnet, hvis de har en tilpas stor autostol. Ellers transporteres barnet i en liggende transport mellem sygehuset og hjemme til de ugentlige kontroller.

Smertebehandlingen af børnene ordineres af ortopædkirurgerne. Det er en pakke bestående af panodil, nurofen og morfin p.n. De første dage suppleres den smertestillende behandling med stesolid til natten. Det gives for at undgå de spjæt, barnet kan få i benet i forbindelse med indsovning.

På Ålborg Sygehus har de god erfaring med brug af mebumal, og på Hvidovre Hospital får børnene Atarax de første 3-5 dage. ■

Der er netop udkommet to nye bøger:



KRISTIAN LARSEN: "SUNDHEDSKAPITAL – INVESTINGER I KROPPEN" / Forlaget Samfundslitteratur

Bogen handler om hvordan og hvorfor kroppen er blevet objekt for opmærksomhed og forskellig investering fra kirurgi og fitness til yoga og diæter.

Men den handler også om

- magt, sundhedsøkonomi, NPM og styring i sundhedsfeltet, om at vi er blevet statsligt frisatte, og om hvordan og hvorfor sygeplejersker domineres indefra og udefra.
- hvordan det er en udfordring for sygeplejen, at den ikke har erobret sig retten til ”forbeholdt virksomhedsområde”

Har du lyst til at anmelde bogen?

Fortæl hvorvidt bogen er anvendelig i forhold til undervisningsbrug f.eks. i forhold til organisering af sundhedsvæsenet, profession, krop og identitet eller til andre formål?



KIM JØRGENSEN: "KOMMUNIKATION FOR SUNDHEDSPROFESSIONELLE", 5. UDGAVE / Gads forlag

Bogen er udvidet med to nye kapitler, som omhandler fortællingens sprog og åben dialog som kommunikativ tilgang. Bogens tidligere kapitler er gennemrevideret med den nyeste viden. Desuden er bogen opdateret i forhold til læringsmålene i den nye bekendtgørelse og studieordninger på de sundhedsfaglige professionsuddannelser og i forhold til sundhedsvæsenets generelle udvikling.

Bogen anbefales som lærebog i forhold til kommunikation på de sundhedsfaglige professionsuddannelser og på postgraduat niveau. Bogens forskningsmæssige forankring gør den også anvendelig på master- og kandidatniveau. Den anbefales også som en inspirationskilde til refleksion for færdiguddannede sundhedsprofessionelle, som gerne vil blive bedre til at kommunikere med både såvel patienter, pårørende som andre fagprofessionelle.

Howdan bruger du bogen? Giv din anmeldelse her i bladet.

Har du lyst til at anmelde en af bøgerne skal du bare skrive til mig på Lena.wittenhoff@rsyd.dk. Jeg sørger for, at bogen bliver sendt til dig. Du har 4 måneder til at lave en boganmeldelse.

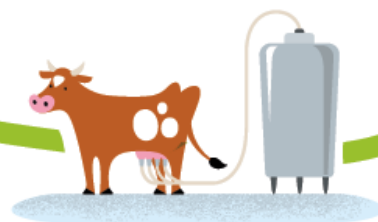
Med venlig hilsen fra Lena Wittenhoff



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!

Økologisk mælk - fra aks til MiniMax®



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

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

MUMS!



DET SKAL VÆRE GODT AT VOKSE OP

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

Kun for sundhedsfagligt personale

www.nestlehealthscience.dk

 **Nestlé**
HealthScience

TEMPERATURMÅLING

Har du mod på at undersøge egen praksis?

Alle børn bliver ved modtagelsen på hospitalet triageret. En af de vitale værdier er målingen af feber. Det er en vigtig parameter i forhold til den nærmere udredning af barnet og suppleres ofte af uddybende undersøgelser som f.eks. måling af barnets CRP. Ifølge de nationale kliniske retningslinjer er rektal temperatur måling den korrekte måling af kropstemperatur (1). Men der er alternativer - og det var hvad vi oplevede på Børneafdelingen i Sygehus Sønderjylland i 2010.

BØRNE NE SKAL IKKE være gamle, før de kan føle sig utilpasse ved at få målt temperaturen rektalt. Derfor anvendes der ofte et øretermometer i hjemmet når et barn får målt temperatur- og sådan var det allerede i 2010. Forældrene undrede sig derfor over, hvorfor vi anvendte et rektaltermometer på Børneafdelingen - og ikke brugte et øretermometer.

Det iværksatte en nærmere undersøgelse af, hvilke instrumenter der kunne anvendes til at måle kropstemperaturen på børn.

Baggrund

Rektaltermometeret måler hurtigt patientens kernetemperatur og den regnes for at være pålidelig. Ulempen ved denne metode er, at den indebærer en risiko for kontaminering. Derfor placeres der af hygiejniske årsager et plastikhylster over termometeret. Det kan repræsentere en potentiel fejlkilde og medvirke til, at proceduren tager længere tid. Proceduren er ofte ubehagelig for barnet - især ved større børn og unge kræves der en pædagogisk indsats for at få dem til at samarbejde omkring proceduren.

Pandescanner måler den infrarøde stråling, der afgives fra arteria temporalis til huden på panden, idet arteria temporalis ligger lige under hudniveau på panden og derfor afspejler temperaturen i arteria temporalis.

Pandescanneren kan måle kropstemperaturen på 3 sekunder. Apparatet vælger den højeste værdi af flere tusind målinger pr. sekund, der måles når apparatet føres over temporalregionen. Pandescanneren måler en temperatur der er højere end mundtemperatur og ligger tæt på rektaltemperaturen.

Øretermometer måler temperaturen ved hjælp af infrarøde stråling på ørets trommehinde. Da trommehinden deler blodforsyning med arteria carotis interna, som forsyner hypothalamus, afspejler målingen derfor temperaturen i hypothalamus. Teoretisk set er øret et ideelt sted at måle temperaturen. Målingen kræver korrekt placering af studsens i øregangen, så den infrarøde stråle rammer trommehinden.

Metode

Ledelsen i Børneafdelingen indviede i at starte et projekt i Børneafdelingen, hvor vi målte kropstemperaturen på børnene - med tre forskellige in-

AF LENA WITTENHOFF, SYGEPLEJERSKE, SYGEHUS SØNDERLAND,
LENA.WITTENHOFF@RSYD.DK

strumenter. Der blev lavet en projekt beskrivelse/ protokol og indkøbt 2 øretermometer og en pandescanner til projektet.

Alle sygeplejersker og social/sundhedsassistenter blev introduceret til instrumenterne og projektet. Undersøgelsen blev foretaget fra december 2010 til december 2011 i Børneafdelingen på SHS.

Børnene blev ved modtagelsen - hvis forældrene samtykkede- målt med alle tre instrumenter - et rektalt termometer, et øretermometer og en pandescanner. Målingerne blev foretaget lige efter hinanden. Alle værdier blev registreret. Det blev til i alt 995 børn der fik målt temperatur med tre forskellige instrumenter lige efter hinanden på det år.

Alle data blev gennemgået og bearbejdet af Professor og lektor ved Forsknings og læringshuset Christian Backer Mogensen.

Resultat

Resultaterne af undersøgelsen viste, at blandt de 995 børn havde 39% feber. Øretermometer havde en significant større evne til at påvise feber end pandetermometeret. Både øretermometer og pandetermometeret havde den laveste følsomhed hos de yngste og de ældste børn. Kun øretermometeret nåede en følsomhed på over 90 % i aldersgruppen fra ½ år til 5 år.

Konklusionen

Konklusionen på undersøgelsen er, at måling af kropstemperatur med et øretermometer er nyttigst til at screene temperaturstigning, især ved børn og unge, der kan lide overlast ved rektalttemperaturmåling.

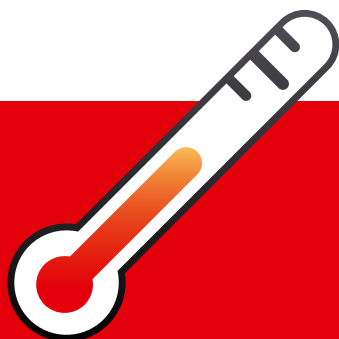
Undersøgelsen blev i 2017 publiceret i BMC Pediatrics, "Forehead or ear temperature measurement cannot replace rectal measurements, except for screening purposes" (2). Undersøgelsen er den største der er lavet, i forhold til måling af kropstemperatur på børn. Andre undersøgelser på verdens

plan inkluderer "kun" mellem 100 og 500 børn. Det er jo stort at vi også på små sygehuse kan lave store undersøgelser.

Betydning for klinisk praksis

I forbindelse med at Region Syd i 2018 udarbejdede en handleplan for nedbringelse af sygehuserhvervede infektioner, kom der fokus på den smitte risiko der ved brugen af rektaltermometer. Særligt tarmbakterier som Clostridium difficile er forbundet med stor smitterisiko. Der blev nedsat en ekspertgruppe bestående af infektionsmedicinere, mikrobiologer og hygiejnesygeplejersker. De tog blandt andet udgangspunkt i undersøgelsen fra Børne- og unge afdelingen i Aabenraa omkring måling af kropstemperatur. Endvidere kom udviklingen af øretermometer også med i deres overvejelser da det blev besluttet at temperaturmåling fremadrettet foretaget med et øretermometer i Region Syddanmark. Det er bekvemt for både patienter og personale, når temperaturen kan måles i øret. Kun hvis der efter en konkret, lægelig vurdering er behov for at supplere øretemperaturmålingen anbefales det, at temperaturen måles med et rektaltermometer. Gruppen påpegede også, at temperaturen alene er mindre afgørende i den samlede kliniske vurdering i forhold til tidligere, fordi denne suppleres med mange andre diagnostiske test f.eks. CRP.

Der er nu en gruppe på Sygehus Sønderjylland der arbejder med, at opdatere de nationale kliniske retningslinjer for måling af kropstemperatur på børn. ■



Litteratur

Thaysen V. H., de Thuran A.: *Evidensbaseret kliniske retningslinjer for Non-invasiv temperaturmåling hos voksne (over 19 år) indlagte patienter*. Center for kliniske retningslinjer. Clearing house.

Mogensen B.C., Wittenhoff L.; Fruerhøj G. Hansen S.: *Forehead or ear temperature measurement cannot replace rectal measurements, except for screening purposes*. BMC Pediatrics.



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.

FÅRKING KRONISK:

Ny podcast giver et indblik i dét at være ung og kronisk syg

I en ny podcast inviterer Mette Aas fra Rigshospitalets ungepanel gæster i studiet til samtaler om at være ung og kronisk syg. Mettes håb er, at podcasten med titlen 'Fårking Kronisk' kan være en samtalestarter, som sundhedspersonale kan bruge i deres møde med unge kronisk syge.

AF **KATRINE LINDEGAARD JUUL**
STRATEGISK PROJEKTLEDER, UNGEPANELERNE I DANMARK
KATRINE.LINDEGAARD.JUUL.LARSEN@REGIONH.DK

I **JANUAR 2021** så 'Fårking Kronisk' dagens lys. 'Fårking Kronisk' er en podcast om, hvordan det egentlig er at være ung og kronisk syg. Bag podcasten står 24-årige Mette Aas fra Rigshospitalets ungepanel. Hun er journaliststuderende og lever selv med en kronisk sygdom. Mette har oplevet at føle sig meget alene med sin sygdom og de tanker, som den har affødt. Den følelse ønsker hun ikke, at andre unge skal stå tilbage med, så derfor har hun skabt 'Fårking Kronisk'.

- Hvis en helt ny kronisk syg lytter sidder derude og føler sig megameget alene, så kan de måske se, "jeg er ikke den eneste, der sidder helt alene med det her", siger Mette.

I podcastens første otte episoder dykker Mette sammen med sine gæster ned i alt fra dét at være 'usynlig syg' til problematikker i forbindelse med uddannelsessystemet og kærlighed.

På en mission:

At skabe ungevenlige forandringer i sundhedsvæsenet

Med 'Fårking Kronisk' er det ikke første gang, at Mette sætter fokus på dét at være ung og kronisk syg. Hun har i mange år været aktiv i UNGEPANELERNE I DANMARK, der er netværk for hospitalernes ungepaneler. Ungepanelskarrieren startede Mette på Odense Universitetshospital, men da hun for et års tid siden flyttede til København, blev hun en del af Rigshospitalets ungepanel.

Én af Mettes motivationer for at gå ind i ungepanelsarbejdet var, at hun gerne ville være med til at forbedre forholdene for unge i sundhedsvæsenet. Der er mange ting, der kan gøres bedre, mener hun. Derfor er det også Mettes

håb, at sundhedsprofessionelle vil lytte til 'Fårking Kronisk':

- Selvom man har været sygeplejerske i mange år, har man jo ikke nødvendigvis prøvet at være ung og kronisk syg på egen krop. Mange sygeplejersker er jo helt fantastiske til det, de kan, men jeg tror bare altid, at man kan få mere viden og lære mere.

En af podcastens faste lyttere er Kirsten Boisen, der er overlæge i Ungdomsmedicinsk Enhed. Hun giver podcasten fine ord med på vejen:

- Podcasten er simpelthen bare ægte, levende unge, der fortæller ekstremt ærligt om deres oplevelser, og jeg synes, at dét, at den er lavet af en ung, som selv lever med kronisk sygdom, giver den et helt særligt twist.

Ungdomsmedicinsk Videnscenter har, via et Delphi studie, udarbejdet nye danske anbefalinger til et ungevenligt sundhedsvæsen (se næste side). Anbefalingerne skal nu udbredes i sundhedsvæsenet gennem en kampagne, som UNGEPANELERNE I DANMARK står i spidsen for - og 'Fårking Kronisk' er det første kampagneelement i dette.

Et værktøj til sundhedspersonale:

Podcasten er en samtalestarter

Både Mette og Kirsten er af den overbevisning, at 'Fårking Kronisk' er et nyttigt værktøj for sundhedsprofessionelle til at sætte viden og handling bag de nye danske anbefalinger. Podcasten kan være en ski' god samtalestarter, som Mette udtrykker det og fortsætter:

- Jeg håber, at sundhedspersonalet kan bruge den til at kravle ind under huden på den unge uden at skulle krydsforhøre og stille grænseoverskridende spørgsmål.

Kirsten er enig med Mette og supplerer:

- Hvis vi [sundhedsprofessionelle] havde al tid i verden, så kunne vi jo godt sætte os ned og høre vores unge patienter om alt det, der fylder hos dem, hvad det er, de særligt oplever, hvad det er, de særligt bøvl'er med. Podcasten er sådan en slags smutvej til at få et indblik i et ungeliv og i virkeligheden kunne spørge meget mere fokuseret og faktisk kunne sige: "Jeg har hørt den her podcast, og ét af proble-

merne var det her med kæresten og seksualitet. Er det noget, der fylder hos dig?"

En af de fem anbefalinger til et ungevenligt sundhedsvæsen handler om at sætte fokus på ungdomslivet, og her ser Kirsten særligt en kæmpe styrke i podcasten:

- For de fleste af os [sundhedsprofessionelle] er det jo faktisk meget lang tid siden, vi var unge, og derfor en anden måde at være u ng på. I podcasten kommer man helt ind i maskinrummet hos en ung. Man får nogle meget stærke billeder på, hvad der er på spil for unge med kronisk sygdom.

Har du fået lyst til at lytte til 'Fårking Kronisk'? Første sæson ligger allerede frit tilgængelig på diverse podcasttjenester (fx Spotify, Apple og Google), og anden sæson er på tegnebrættet.

For yderligere information, kontakt:

Katrine Lindegaard Juul, strategisk projektleder
UNGEPANELERNE I DANMARK: www.ungepanel.dk
katrine.lindegaard.juul.larsen@regionh.dk



Originalartiklen er at finde på rigshospitalet.dk/JMC

De fem danske anbefalinger for "Et Ungevenligt Sundhedsvæsen"

PERSONALEKOMPETENCER OG ARBEJDSGANGE

- Relevant personale skal modtage undervisning om unges biologiske og psykosociale udvikling, relevant lovgivning og støtteordninger samt kommunikation med unge.
- Personale skal møde den unge hensynsfuldt med omsorg, respekt og støtte.
- Unge skal tilbydes konsultationer, hvor de har tid til at stille spørgsmål og personale kan informere udviklingstilpasset.
- Der skal være arbejdsgange/redskaber, der sikrer kommunikation om unge på tværs af afdelinger og mellem personalegrupper, så information ikke går tabt.
- Unge skal sikres kontinuitet i behandlingsteamet.

UDVIKLINGSTILPASSET KOMMUNIKATION

- Unge skal have udviklingstilpasset, ærlig og fyldestgørende information, også når det gælder dårlige nyheder.
- Information gives fortrinsvis til den unge og ikke forældrene - afstemt med den unge og afhængigt af den unges udvikling.
- Information skal være ungetilpasset og let tilgængelig via forskellige platforme (mundtligt, skriftligt, elektronisk).
- Forældre skal involveres og informeres relevant, når det gælder unge under 18 år.

FOKUS PÅ UNGDOMSLIVET OG MENTAL SUNDHED

- Unge skal støttes til og have mulighed for at tale om følsomme emner (f.eks. seksualitet) med relevant sundhedspersonale.
- Personale skal regelmæssigt spørge ind til psykisk sårbarhed/sygdom og invitere den unge til at tale om sundheds- og risikoadfærd (f.eks. behandling, kost, rygning, alkohol, motion og sex) og fordomsfrit informere og vejlede den unge om dette.
- Unge skal tilbydes helhedsorienteret behandling inkl. fokus og støtte af

ungdomsliv, uddannelse og evt. job ved f.eks. at kommunikere med skole/uddannelsesinstitution ved behov.

- Personale skal interessere sig for den unges liv og derfor spørge ind til andet end sygdom og behandling.
- Unge skal have mulighed for at få støtte og rådgivning, når de vender tilbage til ungdomslivet efter et længere sygdomsforløb/indlæggelse.

INVOLVERING AF DEN UNGE

- Unge skal aktivt inddrages i beslutninger om deres behandling og opfordres og støttes til at stille spørgsmål om deres sygdom og behandling.
- Unge skal rutinemæssigt have udviklingstilpasset rådgivning og vejledning og informeres grundigt om sygdom og behandling inkl. indikation og virkning, bivirkninger, interaktioner, så de kan træffe informerede beslutninger m.m.

FOKUS PÅ AUTONOMI OG TRANSITION

- Personale skal understøtte og respektere den unges gradvise autonomi (selvbestemmelse), herunder støtte den unges egenomsorg og handlekompetencer.
- Unge skal rutinemæssigt tilbydes split-visit konsultationer med sundhedsprofessionelle (dvs. både tid med og uden forældrene).
- Unge skal tilbydes veltilrettelagte transitionsforløb (forberedelses- og overgangsforløb) fra børne-unge-regi til voksenregi.

Læs mere i *Fag og forskning 2020-3* i artiklen

"Danske anbefalinger til et ungevenligt sundhedsvæsen" ■



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

BOGANMELDELSE

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

Vejledning til hvordan du kan opstille anmeldelsen:

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

Selve anmeldelsen skal være en kort beskrivelse af bogens indhold:

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

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

Har du spørgsmål, er du velkommen til at kontakte:
lena.wittenhoff@rsyd.dk

IND- OG UDMELDELSE

Kære kollega

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

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

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

Sygeplejersker der arbejder med børn og unge. Der er en bjælke, der hedder: **Bliv medlem.** Eller direkte på: www.dsr.dk/fs/7

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



NovoPen® 6 | NovoPen Echo® Plus

SMARTE INSULINPENNE

Nu viser data vej



... til mere nøjagtig behandling

Nu er der godt nyt på vej til dine patienter med insulinbehandlet diabetes. De nye smarte flergangspenne, NovoPen® 6 og NovoPen Echo® Plus, gemmer nemlig alle data om patienternes insulininjektioner, så de let kan deles digitalt med patientapps og klinikersystemer. Det giver et mere nøjagtigt billede af, hvordan patienternes injektionsadfærd påvirker blodsukkeret. Og det baner vejen for en mere individuel behandling, hvor du kan træffe beslutninger på basis af præcise injektionsdata.



Bliv klogere på den forskel vores nye flergangspenne kan gøre for dine patienter og dig. Scan QR-koden med din mobil eller læs mere på pro.novonordisk.dk/smartpen

Novo Nordisk Denmark A/S
Ørestads Boulevard 108, 6. sal
2300 København S
www.novonordisk.dk
Kundeservice tlf.: 80 200 240

