

Hälsan i centrum

Årgång 53 • 2011 • Nr 3

Medlemsblad för
Distriktssköterskeföreningen.
Utkommer med 4 nummer per år
(mars, juni, september och december).
ISSN 0348-5455
Omslagsbild: iStockphoto

Ansvarig utgivare: Kristina Hesslund

Redaktionskommitté

Lotta Lundberg

lotta.lundberg@distriktsskoterska.se

Leila Haapaniemi

leila.haapaniemi@distriktsskoterska.se

Farideh Jam

farideh.jam@distriktsskoterska.se

Ylva Wendle Sundbom

ylva.sundbom@distriktsskoterska.se

Prenumerationer:

Lisbeth Andersson

lisbeth.andersson@distriktsskoterska.se

Distriktssköterskeföreningen

Ordförande: Kristina Hesslund

Krokusvägen 14, 416 76 Göteborg

Telefon: 0702-14 78 99

kristina.hesslund@distriktsskoterska.se

Vice Ordförande: Annika Wall

Stockholm

Telefon: 0739-01 51 79

annika.wall@distriktsskoterska.se

Kassör: Lisbeth Andersson

Pilgatan 8, 521 30 Falköping

Telefon: 0515-123 02 bostad

lisbeth.andersson@distriktsskoterska.se

Postgiro: 53 13 84-6

Bankgiro: 616-8991

Medlemsavgift 240:--

(Studerande/pensionär 100:--)

Om Du vill bli medlem i, eller önskar utträde ur
Distriktssköterskeföreningen, skall Du anmäla
detta till föreningens kassör i Ditt län.
Se adressförteckning på hemsidan,
www.distriktsskoterska.se

Annonser:

Mediahuset i Göteborg AB

Helen Semmelhofer

415 02 Göteborg

Telefon: 031-707 19 30

www.mediahuset.se

Layout: Peo Göthesson

Tryckt hos Åkessons Tryckeriaktiebolag,
Emmaboda. Tel. 0471-482 50.



Innehåll

- 2 I Fokus
- 3 På gång
- 5 DSFs styrelsemöte 27 maj 2011
- 6 Årets stipendiater
- 9 Styrelsestafetten –Inför kongressen 2011
- 10 Samverkan mellan barnhälsovård och förskola
- 13 Årets distriktssköterska 2011 – Marianne Spante
- 16 The 17th Nordic Congress of General Practice
- 19 HYFS – Hygiensjuksköterska i förskolan
- 20 Vart tog den hälsofrämjande tanken vägen?
- 22 Antibiotika? Ja tack, men bara när det behövs!
- 25 Omvårdnad till kvinnor som utsatts för våld
- 27 Hemsjukvård i Österbotten
- 29 Om nickelallergi och uppkomst av handeksem
- 31 Ordet är fritt
- 32 Vikten av vikten
- 35 Info från DSFs lokalföreningar
- 39 Krönika – Mitt nya liv
- 40 Styrelse och redaktionskommitté DSF



www.distriktsskoterska.se

” En nöjd patient gör att jag orkar med tio jobbiga besök

Så var sommaren slut, är det fler än jag som undrar vart den tog vägen? På något sätt går semesterveckorna alltid mycket snabbare än årets övriga veckor. Kanske för att man ska hinna med så mycket, samtidigt som man ska vila och återhämta sig. Det är en ekvation som inte alltid fungerar.

Maja har lämnat familjen i sommar. Hon blev successivt tröttare och till slut la hon sig ner för att lugnt och stilla somna in, omgiven och ompysslad av stor del av släkten. Maja blev 10 år – det är ett långt liv för en kanin! Jag som trodde att jag var trött på detta husdjur upptäckte att jag verkligen sörjde henne. Jag saknar henne när jag går ute i trädgården och pysslar – då brukade hon alltid följa vad jag gjorde och jag hade någon att småprata med. Nu behöver jag inte välja morötter efter fräschheten på blasten längre och det finns ingen anledning att plocka de fina maskrosbladen. Jag behöver inte heller ta konflikten om vem som ska göra rent i buren eller ge henne mat.

Vad har nu detta med distriktssköterskeföreningen att göra? Ibland är vi precis som Maja. Vi distriktssköterskor finns alltid på plats, är lojala och trogna, ”*Distriktssköterskor kan användas till så mycket*” har min chef sagt en gång. Vi gör inte så mycket väsen av oss och kräver inte alltid så mycket. Vi tas helt enkelt för givna! Men när vi är borta märks det vad vi egentligen gör – då är vi saknade. Då kan det helt plötsligt bli väldigt uppenbart att det är distriktssköterskan som har helhetsbilden och kontrollen.

Ständigt återkommer detta i föreningen – Hur ska vi tydliggöra vår kompetens? Jag har ingen lösning på frågan idag heller, men förhoppningen finns kvar om att vi till slut ska få den plats i vården som vår kompetens förtjänar.

Det finns så mycket i vår vardag som vi bara tar för givet. Hur ofta uppskattar vi det vi har omkring oss varje dag? Människor som vi arbetar tillsammans med, kanske de vi

lever tillsammans med? Det är ofta lätt att klaga på det som är fel eller saker vi retar oss på, tyvärr är det inte alltid lika självklart att visa uppskattning. Ändå är det så lite som behövs för att göra någon glad. För Maja räckte det med att någon kom med mat. Själv blir jag fortfarande lika glad varje gång någon uppskattar mitt arbete. En nöjd patient gör att jag orkar med tio jobbiga besök. Tillfredsställelsen över att jag äntligen fått såret att läka, när mina råd tas på allvar och får effekt – det är saker som gör att jag orkar ett tag till. Men den tillfredsställelsen visar inte våra chefer vad en distriktssköterska har för kompetens!

Avslutningsvis vill jag påminna om årets ordförandedagar som blir den 21–22 oktober i Uppsala. I år har dagarna fokus på ledarskap och vi inbjuder i första hand ordförande och kassör i de lokala föreningarna. Jag tror att det blir viktiga dagar för oss alla. Hoppas vi syns där!



KRISTINA HESSLUND
Ordförande för DSF i Sverige
kristina.hesslund@distriktsskoterska.se

PÅ GÅNG • PÅ GÅNG • PÅ GÅNG • PÅ GÅNG • PÅ GÅNG •

Nationell strokekampanj ska rädda liv

Varje år drabbas omkring 30 000 människor av stroke och med nästan 8 000 personer som avlider årligen, är stroke den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige.

Att få fler att överleva stroke är huvudsyftet med den tre-åriga, nationella informationskampanj som samtliga lands-ting och regioner finansierar och ska lansera i oktober 2011. Förslaget till kampanjen kom ursprungligen från Västra Götalandsregionen, och bygger på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer (2009) om en informationsinsats till allmänheten om stroke.

Genom kampanjen och det så kallade AKUT-testet, hoppas man kunna öka allmänhetens kunskap om symtomen för stroke så att man söker vård så snabbt som möjligt. För kampanjen finns en styrgrupp under ledning av Lena Lundgren, ordförande för hälso- och sjukvårdsdirektörerna. I styrgruppen sitter även ordföranden för landstingsdirektörerna och informationsdirektörerna samt representanter från SKL och Inera. Fyra medicinska rådgivare och utvecklingsledaren för hälso- och sjukvårdsavdelningen i Västra Götalandsregionen är också med för att bland annat noggrant följa de medicinska resultaten av kampanjen.

Fakta: AKUT-testet

Misstänker du att en person nära dig har drabbats av stroke? Be personen att göra följande:

- A** – Ansikte. Be personen le och visa tänderna. Om mun-
gipan hänger – ring 112!
- K** – Kroppsdelen. Be personen lyfta armarna och hålla kvar i
10 sekunder. Om en arm faller – ring 112!
- U** – Uttal. Be personen säga en enkel mening som ”det är
vackert väder i dag”. Om personen sluddrar eller inte
hittar rätt ord – ring 112!
- T** – Tid. Varje minut räknas för att rädda liv. Ju fortare
behandling sätts in, desto mindre blir skadorna – ring
112!

Källa: SKL

Nationella patientsäkerhetskonferensen

Den 6:e nationella patientsäkerhetskonferensen i Älvsjö 12–13 september 2011 innehåller en mängd intressanta föreläsare som presenterar nya resultat från arbetet med att öka patientsäkerheten i vården. Huvudtemat på årets konferens är en nollvision för vårdskador.

Barnsäkerhetsforum 3–4 oktober i Karlstad

Konferensen riktar sig till alla som arbetar med barn, barns miljöer och barns säkerhet. Exempel kan vara vård- och omsorgspersonal och alla personalkategorier inom förskolan och skolan. Det kan också vara personal med ansvar för utformning av den fysiska miljön och för systematiskt säkerhetsarbete inom kommunen, personer som arbetar med barns fritidsaktiviteter som ledare i idrottsföreningar, politiker och många andra. Källa: fhi.se

Förebygg.nu

Förebygg.nu i Folkets hus, Göteborg 16–17 november arrangerar är Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Västra Götalandsregionen med flera

På konferensen förebygg.nu träffas forskare, politiker, ideella och yrkesverksamma som arbetar förebyggande mot tobak, alkohol och andra droger.

För mer information gå in på www.forebygg.nu.

Kalendarium**2011****Oktober**

21-22 Ordförandedagar i Uppsala
24 Manusstopp HiC nr 4

November

18-19 Styrelsemöte DSF

Följ nya händelser på hemsidan
www.distriktsskoterska.se

Annons

DSFs styrelsemöte 27 maj 2011



Styrelsemedlemmarna som var närvarande, från vän: Kristina Rendal-Laage, Leena Granström, Eva Gunnarsson, Annika Wall, Chatrin Persson, Katarina Persson, Birgitta Forsén och Kristina Hesslund.

Detta styrelsemöte hölls denna gång på Vårdförbundets kansli på Adolf Fredriks Kyrkogata i Stockholm. Från styrelsen var närvarande Birgitta Forsén, Leena Granström, Eva Gunnarsson, Kristina Hesslund, Chatrin Persson, Katarina Persson, Kristina Rendal-Laage, Annika Wall och från redaktionskommittén Leila Haapaniemi. De två nya medlemmarna Chatrin Persson och Kristina Rendal-Laage välkomnades till styrelsen.

Till mötesordförande valdes Kristina Hesslund, till sekreterare Birgitta Forsén och justerare Chatrin Persson.

Innehållet i den nätbaserade enkäten diskuterades. Enkäten skickades till de som deltog i kongressen i maj i Östersund. De deltagare som styrelsemedlemmarna pratat med var nöjda med kongressen. En mera genomgående uppföljning av kongressen ska göras vid ett senare tillfälle. Det diskuterades också nätverkens vara eller icke vara, inget beslut togs. Ordförandedagarna blir i Uppsala den 21-22 oktober. Cla-

rian-hotell är förbokad. På fredag 21 oktober planeras utbildning separat för ordförande (ledarskapsutbildning) och kasörer (om bl.a. Robin-systemet).

Övriga frågor som diskuterades var att Kristina och Annika ska ordna enkät till lokalföreningar. Vårdförbundets kongress är i Stockholm den 27-28 september. Kristina är anmäld med beslut togs inte vem som ska närvara. Eva ska skicka in svar på remissen från Livsmedelsverket angående uppdaterade råd om mat för spädbarn och småbarn. Adresslistor på DSF:s styrelse ska uppdateras och är klar att läggas ut.

Nästa styrelsemöte blir den 9-11 september under en båtresa till Helsingfors.

Mötet avslutades med att vi önskade varandra en solig och skön sommar.

LEILA HAAPANIEMI
Redaktionskommittén

Hälsan i Centrum gratulerar årets stipendiater 2011



Tack för stipendiet!

Jag heter Anna Elvenger, distriktssköterska och jag arbetar på Barnvårdscentralen VC City i Eskilstuna. Jag har arbetat med barn i 30 år och de senaste 20 åren med BVC. Under slutet av 80- och hela 90-talet så arbetade vi distriktssköterskor med områdesansvar och allt vad det innebar inom primärvården i Sörmland. Det var en givande och lärorik tid, men idag känns det bra att ha fokus på barnen och familjen.

Jag ska använda stipendiet till att delta i en Nordisk konferens i Oslo den 21–23 september 2011. Det är NoSB föreningen Nordiskt samarbete för sjuksköterskor som arbetar med barn i Danmark, Norge, Sverige, Grönland, Island och Färöarna som anordnar konferensen vart 3:e år. DSF's styrelseledamot Eva Gunnarsson kommer också att delta med ett föredrag om hembesök inom BVC i Sverige. Det ska bli intressant och roligt att få träffa kollegor från de andra Nordiska länderna. Jag kommer att skriva en rapport från dagarna som ni kan läsa i kommande nummer av "Hälsan i centrum".

Med vänliga hälsningar
ANNA ELVEMBER



Mitt namn är Kristina Arvidsson och jag arbetar som distrikts/diabetessköterska på VC Kärra i Göteborg. Där har jag arbetat sedan 1992. Jag gick diabetesutbildningen 1998 och startade därefter diabetesmottagning på vårdcentralen. Jag har även läst påbyggnadsutbildningen, 15 p, år 2005. Förutom distrikts/diabetessköterska är jag också utbildad medicinsk fot terapeut och erbjuder, i min tjänst på vårdcentralen, fotvård till diabetiker med "sjuka" fötter.

Till min stora glädje har jag fått ta del av distriktssköterskeföreningens stipendieutdelning i år. Stipendiet kommer jag att använda till FEND:s (Foundation of European Nurses in Diabetes) 2-dagars konferens i Lissabon, 9-10 september. Diabetesvården utvecklas mycket snabbt och jag tycker det är viktigt att hålla mig uppdaterad, både medicinskt och inom omvårdnadsområdet. Jag ser därför fram emot stimulerande och berikande dagar tillsammans med många duktiga diabetessköterskor från övriga Europa.

KRISTINA ANDERSSON

Annons

Annons

Inför kongressen 2011

Ca 18 månader innan reflekterade Jämtlandsstyrelsen över den fråga som vi alla fick med oss från ordförandedagarna 2009, om någon förening ville ta på sig att vara värd för kongressen 2011. Vi anade väl att det skulle medföra arbete, men vi var överens om att vi ville försöka. Sagt och gjort. Efter ett styrelsemöte där vi ventilerat och funderat över uppdraget meddelade vi riksstyrelsen att vi ville ta på oss uppdraget. Så började resan...

Många styrelsemöten, mycket av vår fritid har gått till engagemang, allt arbete att ordna detaljer som underhållning, lokaler, skaffa sponsorer, ledde ibland till att vi tänkte; vad har vi gett oss in på?? Men så är det väl oftast när vi arbetar med projekt, innan slutprodukten kan ses. Lite grann av ett famlande i mörkret. Men i projekt är planeringen det viktigaste och grunden till att genomförandet ska bli bra. Under hela tiden har vi ändå känt att vi fått en fantastisk möjlighet att visa upp vår stad och vårt län. Som grädde på moset fick Östersund påhälsning av parasiten *Cryptosporidium*, som drog ner ”varumärket Östersund” i ”skiten”. Ytterligare ett uppdrag i uppdraget; vara med och återskapa det goda rykte som blivit kantstött.

Någonting som gett oss som styrelse en stor vinning av arbetet är den sammansvetsning vi känner idag. Två personer som under perioden kommit in som nya ledarmöter i gruppen har snabbt kastats in i någon som för dem verkade vara mest förvirring. De har gjort en fantastisk resa att hoppa på detta och fungerat så bra i gruppen. Vi fick en manual att arbeta utifrån som var oss till god hjälp. Mycket finns att säga om manualen och vi har också fått uppgiften att revidera den. Vi kan konstatera att det kan vara bra att ha två varianter, en småstads- och en storstads-manual.

Ju närmare kongressen vi kom, desto lugnare kände vi oss, ”det här blir bra”. Vi tyckte att vi hade läget under kontroll och kunde därmed slappna av och njuta av dagarna vi alla fick här 5–7 maj. Den lokala styrelsen tillsammans med riksstyrelsen fördelades på olika uppgifter vilket underlättade det hela. När var och en vet vad den ska göra flyter det på bra. Små detaljer fick vi justera och fixa under tiden, men det var inget som märktes i det stora hela.



Efter kongressen

Den tid som förflöt efter kongressen, ca 1,5 månad var som ett vakuum om vi ser på föreningsarbetet. Vi kände alla att luften gick ur oss men efterlämnade en positiv känsla. Många positiva kommentarer från flera håll gjorde att vi kände; YES! Det blev som vi ville ha det; en glad lättsam stämning, innehållsrikt program med bra föreläsare, god mat (Tack, Håkan!) Fina upplevelser av allt. Men framför allt en positiv bild av Östersund och Jämtland.

Arbetet i föreningen fortsätter med att värva fler nya medlemmar, att arrangera ett nätverk över länet, där vi har kontaktpersoner i varje kommun som vi kontaktar när det är något på gång. När vi t.ex. får en förfrågan om kommentarer på olika remisser med skiftande ämnen, förslag med vad som är på gång m.m. I Jämtlandsföreningen ser vi ett behov av att de som är medlemmar väljer att vara det, att man som enskild medlem kommer på de två möten som hålls varje år. Vi har under de senaste två åren sett ett minskat deltagande i våra höst- och årsmöten. Vi hoppas nu på att kongressen har gett ett uppvaknande, eller ett upptäckande; vi behöver trots allt varandra. Vi ser att när vi kommer samman uppstår alltid ett sorl innan möten börjar, det tyder på ett behov av att prata med varandra, utbyta erfarenheter och ge varandra råd och tips. Ingen är stark på sin egen ö, ingen kan göra särskilt mycket hemma på sin kammare. Vi vill ha en levande och aktiv förening; tillsammans är vi starka!

JÄMTLANDSSTYRELSEN

Samverkan mellan barnhälsovård och förskola

*Vi vill samverka, vi tycker det är viktigt
– men förutsättningarna måste finnas!*

Önskemål om att utveckla samverkan kring barn och deras familjer lyftes av personal inom barnhälsovård och förskola i Karlskrona i början av 2000-talet. "Det är ju samma familjer som vi jobbar med". År 2005 initierades ett utvecklingsarbete med fokus att förbättra samverkan mellan barnhälsovård och förskola för att främja barns hälsa. Målet var att bygga upp det lokala samarbetet i vardagen kompletterat med kunskapspåfyllnad och erfarenhetsutbyte vid årliga större samverkansmöten. Fem årliga stor-samverkansmöten har genomförts med föreläsningar och tvärprofessionella gruppdiskussioner. De teman som fokuserats på är "samverkan", "barn som far illa", "att grunda sunda vanor" samt "föräldrastöd". År 2010 gjordes en uppföljande studie för att få kunskap om det arbete som genomförts inför fortsatt utveckling av samverkan. Syftet med studien var att undersöka olika professioners synpunkter, upplevelser och erfarenheter av utvecklingsarbetet. Datainsamlingen genomfördes som fokusgruppintervjuer där 21 personer deltog bestående av distriktssköterskor, avdelningschefer, specialpedagoger, förskollärare och rektorer från olika geografiska områden i Karlskrona kommun.

Genomgående vid samtliga fokusgruppintervjuer var respondenternas positiva inställning till samarbete och att de tyckte det var viktigt och nödvändigt. Inom de flesta geografiska områden i kommunen, hade det blivit enklare och smidigare att ta kontakt med varandra. Personalen hade fått ett ansikte på varandra och en personlig relation vilket bidragit till ökad kunskap, tillit, förståelse och respekt för varandra. Samarbetet hade tydliggjort de olika professionernas skilda kompetensområden, synvinklar och uppdrag och att dessa kompletterar varandra och tillsammans behövs för att skapa en helhetsbild i arbetet med barn och deras familjer. "Det har blivit 100 % användning av de resurser som redan finns."

Vikten av att ha gemensamma definitioner och en samsyn på barnets bästa lyftes fram. Detta kan innebära att föräldrar möts av samma budskap oavsett vem de vänder sig till. Några av respondenterna tyckte de hade kommit en bit på väg i att nå en samsyn, medan andra beskrev detta som något de önskar men saknar idag. Det blev tydligt att samarbetet ute i de olika geografiska områdena kommit olika långt och utvecklats på olika sätt. En del hade ett utarbetat samarbete sedan länge, andra hade påbörjat samarbete och kommit

en bit på väg och på ett fåtal ställen fanns lokalt samarbete mellan barnhälsovård och förskola knappast utvecklat alls. "Vi har kommit en bit, men det är mycket kvar. Jag kan bara säga att man vet ännu mer idag om hur viktigt det är med samverkan. Och det är inte lätt att samverka. Det tar tid att hitta formerna, det gör det, och jag tror att ju större område desto svårare är det". Samtliga professioner ansåg att bristen på tid i en pressad verksamhet med fler barn, arbetsuppgifter och krav medförde att samarbete prioriterades bort. Samtidigt framkom synpunkter om att samverkan måste få ta tid och prioriteras och att arbetsledningen tydligare måste visa att de stödjer och skapar förutsättningar för samverkan mellan verksamheterna. Att skapa policys och struktur ansågs viktigt för att samarbetet ska bli likartat och utvecklas och inte hänga på enskilda personers engagemang. "Det är viktigt att samverkan börjar "högre upp" så det inte läggs på en person. Där behöver man ju stöd från sin huvudman och närmaste chef".

Samverkansarbetets betydelse för personalens egen professionella utveckling och kompetens lyftes fram och att man lärde sig av varandra. Att träffas, beskriva sina olika yrken och diskutera ansågs ge både ökad kunskap och vidgade perspektiv samtidigt som det blivit roligare att arbeta. "Att bolla tankar med varandra gör ju att vi både ger och tar i kompetens". De satsningar som gjorts på gemensamt lärande i olika hälsofrämjande frågor beskrevs som betydelsefulla för en gemensam kunskapsgrund. Detta bidrog till förändringar i det konkreta arbetet med barn och föräldrar exempelvis i samarbete kring kostfrågor och rutiner vid infektioner. Synpunkter framkom om att det krävs ett annat förhållningssätt och kunskap när fokus allt mer har gått mot att se betydelsen av hela familjens hälsa och barnet i dess kontext. Likaså poängterades vikten av att hitta former för att utveckla ett mer hälsofrämjande och salutogent synsätt så samarbetet inte fastnar i diskussioner kring sjukdom och bekymmer. "Och hitta formerna som bygger på det som är friskt och fungerar. De heter ju barnHÄLSOVÅRD. Det är ju att lyfta hälsa och det som fungerar så kan vi samverka där".

Det fanns variationer i hur samverkan organiserades i de geografiska områdena; vilka som var delaktiga men också hur olika professioner såg på sin egen roll i samarbetet. I vissa områden var det mest rektorn och specialpedagogen som samarbetade med distriktssköterskan medan det i andra



Hur samarbetet utvecklas beror både på personalen, tjänstemän och personligt engagemang

områden fanns särskilda barnombud utsedda på förskolan. I ett förskoleområde tydliggjordes vikten av samtliga professioners delaktighet i samarbetet med barnhälsovården. Detta beskrevs som en styrka för att driva frågor men också för att stärka personalens professionella utveckling och kompetens. Något samarbete mellan avdelningschefer och rektorer förekom inte alls och det framkom viss osäkerhet över vad ett sådant samarbete skulle innehålla. Detta var något som de själva lyfte fram som en viktig utvecklingsfråga och möjlig framgångsfaktor för samarbete och samverkan. *"Hur samarbetet utvecklas beror både på personalen, tjänstemän och personligt engagemang"*. Personal inom barnhälsovård och förskola hade börjat kontakta varandra i vardagen för att diskutera kring generella frågor och stöd till enskilda barn med föräldrarnas medgivande. *"Det är enklare att ta telefonluren för alla parter; för distriktssköterskan, specialpedagogen, resurspedagogen och personalen på avdelningen"*. Besök i varandras verksamheter är ett exempel på samarbete i vardagen. Flera av respondenterna lyfte de vinster de såg med att distriktssköterskan besöker barnen i förskolan där barnet är mer avslappnat och det torde vara lättare att bedöma barnets utveckling och samspel med andra barn än på barnavårdcentralen.

De årliga större samverkansmötena hade på flera håll initierat mindre lokala samverkansgrupper vilka beskrevs som viktiga arenor för personal att mötas på. Betydelsen av samverkan med andra aktörer kring barnfamiljen som exempelvis Socialtjänsten, biblioteket, logopeder och skola betonades och i vissa geografiska områden deltog någon eller några av dessa i de lokala samverkansgrupperna. Vikten av att bygga relationer för att tillsammans kunna ge ett bra stöd till barnfamiljerna och främja barns hälsa utifrån ett helhetsperspektiv underströks. Respondenterna framhöll betydelsen av att i olika forum visa föräldrarna att det finns ett naturligt samarbete mellan personalen i de olika verksamheterna. I vissa geografiska områden hade personal från förskolan och barnhälsovården börjat träffa familjerna tillsammans exempelvis vid förskolans föräldramöten och i barnhälsovårdens föräldragrupper. Gemensamma möten med enskilda familjer förekom också, med övertygelsen om att ett nära samarbete och en god gemensam relation med föräldrarna kan innebära att familjer i behov av extra stöd kan fångas upp tidigt. *"...jag tycker det är bättre att säga "kan inte vi ha ett möte och träffas tillsammans?" och då kan föräldrarna berätta själva. Då slipper de sitta och fundera över vad vi har pratat om i telefonen. För jag har märkt att det kan bli en viss oro över det. Jag skulle ju aldrig vilja att någon pratade om oss och inte vi fick vara med"*

Slutsatser som kan dras från studiens resultat och analys är att samverkansarbetet mellan barnhälsovård och förskola i Karlskrona kommun har haft betydelse för utveckling av det lokala samarbetet, arbetsformer och arbetets innehåll samt för personalens professionella utveckling och kompetens. En bro har börjat byggas mellan två hälsofrämjande arenor även om samarbetet är olika etablerat och har organiserats på skilda sätt med olika grad av delaktighet. Både arbetsledning och personal har en positiv inställning till samarbete och tycker det är nödvändigt. Bättre förutsättningar i form av struktur, avsatt tid och stöd från en engagerad arbetsledning är viktiga utvecklingsaspekter. Studien gav viktig information om olika professioners synpunkter, upplevelser och erfarenheter av samverkan. Denna kunskap tillsammans med underlag från andra studier är värdefullt att ta vara på i det fortsatta utvecklingsarbetet för en hållbar samverkan med syftet att främja barns hälsa.

För att läsa uppsatsen i sin helhet med bakgrund och resultatdiskussion kopplat till forskning se <http://www.uppsatser.se/uppsats/ed6c3fe7c1/>



JOHANNA TELL
Distriktssköterska
Landstinget Blekinge
Hälsovalsenheten, Karlskrona

Annons

Hälsan i centrum gratulerar årets distriktssköterska Marianne Spante

Årets distriktssköterska 2011. Vem är hon?

Jag heter Marianne Spante och är 53 år. Jag blev sjuksköterska 1979, gick på Stadshagsskolan i Stockholm. 1993 gick jag distriktssköterskeutbildningen. 2010 läste jag till avancerad specialistsjuksköterska i Skövde, har därutöver läst en del kortare kurser.

Bor: Bor i ett hus, byggt 1914, i Falun med Sören. Vi har 3 utflugna barn och Siri, 17år, som fortfarande bor hemma.

Arbetar: Mycket och gärna.

Fritidsintressen: Motion, vandra, läsa, resa, umgås. Närmast stundar Vasastafetten.

Bra erfarenhet: Vikarierade 6 månader i distriktssköterskeutbildningen. Fick lära ut och framför allt lärde jag mig själv mycket.



Distriktssköterska – ett drömyrke!

JA, det var det för mig när jag gick sjuksköterskeutbildningen i slutet av 1970-talet. Jag hade min öppenvårdsplicering på Liljeholmens vårdcentral i Stockholm. Mina handledare imponerade mycket på mig då de tog hand om svårt sjuka i hemmet. Det gjorde det med en värdighet och innerlighet, och med respekt för den enskilde personens värderingar, önskingar och integritet. Det var en kontrast till den långvård som fanns då, där patienterna vårdades på sal och hade varken egna tillhörigheter eller egna kläder. De fick flytta från sitt hem, sitt sammanhang, när de blev gamla och sjuka. Dagens hemsjukvård är under utveckling och belyses i utredningar, media och bland allmänheten. Det finns mycket som fungerar bra men också en del som kan bli bättre.

Bredden i kunskap, erfarenhet samt befogenheter gör distriktssköterskan till nyckelperson i hemsjukvård. Förändringar i vårdorganisationen har påverkat distriktssköterskans yrkesroll de senaste åren. I Dalarna arbetar distriktssköterskan oftast inte längre "från vaggan till graven", utan distriktssköterskans arbete har blivit alltmer områdesinriktat. Införandet av medicinskt omfattande hemsjukvård, MOH, för palliativ vård av cancerpatienter, separata BVC eller familjecentraler, distriktssköterskors specialistmottagningar samt krav på ökad telefontillgänglighet och rådgivning är några faktorer som påverkat yrkesrollen. I samband med vårdvalet i Dalarna bestämdes att hemsjukvård inte längre skulle ingå i vårdcentralernas uppdrag.

Förra året fick jag uppdraget att vara med att bygga upp den nya hemsjukvården i Falun. Det var bestämt att all hemsjukvård skulle utgå från en gemensam lokal i centrala Falun. Tillsammans med verksamhetschefen besöktes vårdcentralerna för inventering och informationsutbyte. Det anställdes 16 sjuksköterskor, ett par läkare och en assistent. Samverkan med primärvårdsrehabiliteringens arbetsterapeut och sjukgymnast utvecklades. Efter bara några veckors förberedelse började vi skriva in patienter i organisationen i september förra året. Samtidigt med genomförandet av denna stora förändring har det pågått länsövergripande diskussioner om vad hemsjukvård är och vem ska få hemsjukvård. Det har också påbörjats ett samarbete med kommunerna och ett övertagande planeras årsskiftet 2012-2013. Det viktigaste är nog inte vilken huvudman organisationen har, utan dess innehåll. I diskussionerna bör man tänka: Vilka är målen? Hur ska vi nå dit? Vad är det som är bra, vad är mindre bra, hur kan det bli bättre?

Jag har fått förtroendet att vara avdelningschef för Falu Hemsjukvård, samt arbetar även kliniskt till viss del. Jag gör en del hembesök, särskilt nu på sommaren och deltar i vårdplaneringar för patienter som kan bli aktuella för inskrivning. Jag bedömer, behandlar och besvarar alla remisser som inkommer till organisationen. I detta har jag haft stor nytta av utbildningen till avancerad specialistsjuksköterska som jag slutförde förra året. Vi har fortlöpande samverkan med

Annons



Marianne på besök hos Siglinde.

personal på vårdcentraler och vårdavdelningar som remitterar patienter. Kriterium för inskrivning är att patienten av medicinska skäl inte kan ta sig till vårdcentralen samt har ett frekvent och omfattande behov av omvårdnad och medicinsk bedömning och behandling.

Vi har nu skrivit in närmare 200 patienter i hemsjukvårdsorganisationen. Vid inskrivningen av patienten tar sjuksköterskan en mycket noggrann anamnes för att lära känna personen; vem det är och vilka behov av medicinsk vård och omvårdnad som personen har. Därefter skrivs en vårdplan, där problem, mål och åtgärder för att nå målet beskrivs. Även läkaren gör inskrivningsbesök, och gör sedan uppföljande och akuta besök efter behov. Patientens och närståendes delaktighet och medverkan i vården är viktigt. I samband med inskrivningen görs en noggrann genomgång av läkemedelslistan och det kartläggs vilket stöd som behövs för läkemedelsintaget. Vi har många patienter med kognitiv svikt som har hjälp med sin läkemedelshandling. Då är samarbetet med hemtjänsten, personliga assistenter och ansvariga läkare särskilt viktigt. Detta samarbete försöker vi utveckla och förbättra.

Hemsjukvårdsorganisationen sköter utbildning till assistenter och hemtjänstpersonal inför delegering av läkemedelshandling och även andra hälso- och sjukvårdsuppgifter. Ett bildspel har arbetats fram inför sommarens delegeringar till vikarierande personal. Samverkan med kommunen sker genom gemensamma möten på olika nivåer; från vårdplanering hemma hos patienten, till samverkansmöten där flera patientärenden tas upp, till övergripande möten på organisationsnivå.

Organisations kompetenta medarbetare brinner för att ge optimal vård i hemmet. Sjuksköterskorna genomför

varje dag olika behandlingar, samtal, planering och samverkar kontinuerligt med andra vårdgivare. Hemsjukvård kräver förmåga att lyssna, mod och stor ansvarskänsla, men också ödmjukhet. Varje vårdkontakt innebär att beslut måste tas. Ett besök blir ofta inte bara en injektion eller en provtagning utan många gånger framkommer annat än det som står i tidboken. Vården har inneburit att patienter i högre grad än tidigare har kunnat vårdas hemma bland annat tack vare samverkansprojekt med ambulansen och kardiologen, Falu lasarett. Behandlingar som tidigare endast genomförts på sjukhus har kunnat ges i hemmet. Flera personer har vårdats i livets slut och fått dö hemma i sin egen säng på ett värdigt sätt.

Det har varit tufft ibland när bedömning ska göras om vem som är hemsjukvårdspatient. Det är viktigt med samarbetet mellan kommunens hemtjänstpersonal, assistenter, vårdcentraler och lasarett så att ingen person "faller mellan stolarna". Det gäller att i en bra arbetsmiljö hitta goda samverkansformer där patienten är i centrum och vården är patientsäker och av god kvalitet.

Distriktssköterska – ett drömyrke!

JA – absolut! Det finns så många olika verksamhetsområden tack vare den breda utbildningen. Inom hemsjukvård är andra specialistutbildningar också värdefulla – till exempel äldrevård och intensivvård. Nyutbildade sjuksköterskor bidrar med sina färskas kunskaper. De bör ges möjlighet till fortbildning för att deras entusiasm ska förbli brinnande!

MARIANNE SPANTE
Distriktssköterska Falu Hemsjukvård
Årets distriktssköterska 2011

The 17th Nordic Congress of General Practice



Utsikt från en brygga vid havet ca. kl. 22.00.



På bilden från vänster: Helena Sherman, Ing-Britt Rydeman, Eva Sundborg, Lena Törnkvist och Erika Berggren.

Den 14 juni hälsade Tromsø oss välkomna till The 17th Nordic Congress of General Practice med ett fantastiskt väder. Solen strålade från en klarblå himmel dygnet runt. Vi fick se solen studsa på de snöklädda fjällen för att därefter stiga upp igen. Midnattssolen är ett fantastiskt naturfenomen där solen inte går ner under horisonten. Tromsø är känd för sin natur som vi på ett mycket positivt sätt fick uppleva. Med sina 65 000 invånare är det staden den sjunde största staden i Norge. Golfströmmen gör att Tromsø har ett rätt mildt klimat vilket innebär att staden är mycket varmare än andra städer som ligger lika nära nordpolen.

Kongressens fokus är allmänmedicin och årets tema var:
"Caring for people where they are"

Från Nordens fem länder deltog cirka 1000 personer. Det förmedlades att en utmaning för framtidens vård och omsorg är den demografiska förändringen mot en allt äldre befolkning, att många hälsoproblem beror på människors levnadsvanor och att de flesta önskar bli vårdade i sitt hem. För att möta detta behov, för att vård och omsorg ska ske där människor befinner sig och för att kvaliteten ska bli så god som möjligt krävs att kompetensen ökar och att ett samarbete mellan olika professioner som verkar och arbetar i primärvården kommer till stånd. En utmaning som måste bli synlig i organisationsmodeller, i utbildning och när det gäller forskningsprogram. Vid ett flertal tillfällen poängterades viktigt av att utveckla det interprofessionella samarbetet.

Vi var fyra distriktssköterskor tillika doktorander inskrivna vid Neurologi – Vårdvetenskap – Samhälle (NVS) vid Karolinska Institutet som tillsammans med vår huvudhandledare, Lena Törnkvist åkte till kongressen för att presentera våra abstrakt.

De hade alla utgångspunkt i distriktssköterskans profession, abstrakten handlade om:

1. 75-year-olds' self-reported health condition – a knowledge base in the field of preventive home visits – H. Sherman; C Forsberg; A. Karp; L. Törnkvist.

Syftet med studien var att beskriva och analysera 75-åringarnas självrappporterade hälsa och öka förståelsen för hur den är associerad med demografisk status. Resultatet visade att 75-åringarna upplevde god eller mycket god hälsa på samma gång som de rapporterade många hälsoproblem såsom: problem att förstå sin och sina sjukdomar, elimination, tandhälsan, viktproblem, smärta, trötthet och sömn. Kvinnor rapporterade sämre hälsa än män, ensamboende rapporterade sämre hälsa än de som var sammanboende och de med folkskola rapporterade sämre hälsa än de med universitetsutbildning. Detta är viktig information som distriktssköterskor behöver känna till inför hälsosamtalen så att de kan vara lyhörda angående de vanligaste hälsoproblemen och hur och på vilket sätt de kan stödja den äldre när det gäller hälsofrämjande aktiviteter. Vidare kan informationen användas till att utbilda distriktssköterskor när det gäller hälsosamtal med 75-åringar/äldre personer.

2. Perceived preparedness for life at home – among older persons discharged from hospital – I.B. Rydeman, L. Törnkvist, L. Agreus & Szulkin, R.

Huvudfokus i studien personer som är 65 år och äldre som har regelbunden basal hemsjukvård. **Syftet** var att ta fram en enkät som mäter huruvida de känner sig förberedda för livet hemma efter utskrivning från sjukhus. Enkätsvaren bearbetades med statistiska metoder för att undersöka om enkäten var reliabel och valid d.v.s. enkätens tillförlitlighet, t.ex. inga mätfel respektive att den mäter det som avses mätas.

Äldre personer med basal hemsjukvård är speciellt sårbara vid in- och utskrivning på sjukhus, ett kritiskt moment då ansvar för vård och omsorg förflyttas mellan olika vårdgivare. Många (cirka 70%) har också stöd från kommunen med hemtjänst. Det saknas instrument för att mäta deras perspektiv i detta moment som återkommande beskrivits som bristfällig under de senaste 10–20 åren.

Frågorna i enkäten har tagits fram utifrån en teoretisk modell *”förberedd för livet hemma vid utskrivningen från sjukhuset”* som utvecklats i en tidigare intervju studie med äldre patienter och närstående. Enkäten besvarades av 152 personer. De identifierades via dataregister. Det visade sig att förhållanden för personerna hade förändrats, de hade t.ex. flyttat till särskilt boende, avlidit. Flera kunde inte besvara enkäten p.g.a. kognitiv svikt, vilket ytterligare bekräftar att de är en sårbar grupp.

Medelålder för de som besvarade enkäten var 83 år (65–101 år). De statistiska testerna visade att enkäten hade god reliabilitet och validitet. Hälften av de som svarat kände sig inte förberedda inför utskrivningen. De som svarat att de kände sig förberedda hade också signifikant högre total poäng i enkäten och i de två kategorierna som förberedd bestod av än de som inte kände sig förberedda. Resultatet indikerar att enkäten mäter vad som avses. De slutsatser man kan dra är att enkäten kan användas för att ge värdefull information för hur man kan förbereda patienterna inför utskrivningen. Enkäten kan användas på sjukhuset inför utskrivningen liksom vid de första hembesöken för att identifiera behov som finns, tillgodose dessa och därmed stödja patienten att hantera tillvaron hemma och i att känna sig trygga.

3. Care of patients in palliative phases with nutritional problems in home care – E. Berggren; L. Törnkvist.

Vi välkomnades att göra en posterpresentation av vårt kommande projekt.

Projektet fokuserar på patienter i palliativt skede med nutritionsproblem och som har basal hemsjukvård. Bakgrund: Allt fler svårt sjuka patienter vårdas i sina hem. Det har visat sig att nutritionsproblem är vanligt bland patienter med svår obotlig, livshotande sjukdom. Patienten som befinner sig i ett palliativt skede lider ofta av undernäring, något som ofta är ouppmärksammat. Studier indikerar ett gap mellan patienters behov av nutritionsvård och den vård de får. Trots att den basala hemsjukvården funnits som vårdform under lång tid är lite känt om patienters och

distriktssköterskors perspektiv om mat och nutritionsproblem. Syftet med projektet är att uppnå en bättre förståelse om vården för patienter med dessa behov, både från patienters perspektiv och från distriktssköterskors perspektiv samt att utvärdera effekter av en fortbildningsintervention.

Som avslutning fick vi lyssna till en gripande föreläsning om vård till patienter som är i slutet av livet och som önskar vårdas i sitt hem. Föreläsaren, en kvinnlig distriktsläkare som arbetar i de nordligaste delarna av Norge delade med sig av personliga erfarenheter. Hon beskrev olika omständigheter som kan bli i mötet med patienter och närstående i denna specifika situation. Vi fick en god beskrivning av ett palliativt förhållningssätt till patienter med svår obotlig livshotande sjukdom och som önskar dö hemma. ”Caring for people where they are”.

Erika Berggren Distriktssköterska ASIH Nordväst och vårdutvecklingsledare i Palliativ vård, Centrum för Allmänmedicin

4. Preparedness to provide nursing care of women exposed to intimate partner violence: a quantitative study in primary health care in Sweden – E. Sundborg; N. Saleh Stattin; P.E. Wändell; L. Törnkvist.

Syftet med studien var att undersöka vilken beredskap distriktssköterskor inom primärvården i Sverige har att ge omvårdnad till kvinnor som utsatts för våld. Totalt 194 (svarsfrekvens 70%) distriktssköterskor i Stockholms län besvarade en enkät. Resultatet visade att distriktssköterskorna saknar stöd i den organisation de arbetar i, riktlinjer, samverkan och samtal på arbetsplatsen om kvinnor som utsatts för våld saknas. På det personliga planet kände också distriktssköterskorna att de saknar beredskap att möta kvinnor som utsatts för våld. De som frågade kvinnor om de utsatts för våld gjorde det främst om kvinnan hade fysiska skador, få misstänkte våld och frågade vid smärta, depression och andra tecken på som bör föranleda att kvinnor tillfrågas om de utsatts för våld. De tyckte att det var svårt att fråga om våld och de visste inte vad de skulle göra om med svaret. Majoriteten bokade en läkartid. Trots att vi enligt lag är skyldiga att anmäla till socialtjänsten när ett barn upplever våld i hemmet så uppgav endast var fjärde distriktssköterska att de gjorde detta. Få hade fått någon form av utbildning i ämnet vare sig i sin utbildning eller genom arbetsgivarens försorg. Inte helt överraskande visade resultatet att de som hade skaffat sig kunskap inom området på egen hand var de som kände att de hade beredskap att möta kvinnor som utsatts för våld.

Slutsatsen är att distriktssköterskor behöver både utbildning och handledning för att få god beredskap att rätt bemöta och ge omvårdnad till kvinnor som utsatts för våld. För att det ska vara möjligt behöver även beredskapen ökas på organisatorisk nivå.

HELENA SHERMAN, ING-BRITT RYDEMAN,
EVA SUNDBORG, ERIKA BERGGREN.

Annons



Hygiensjuksköterska i förskolan

HYFS är ett hygienprojekt som vänder sig till förskolan och startade i Göteborg oktober 2006 med en hygiensjuksköterska. År 2009 utökades och utvidgades projektet till hela Västra Götalandsregionen under våren har projektet förlängts ytterligare tom 2012 och därefter är förhoppningen att det blir en permanent lösning. Nu är vi fem sjuksköterskor som är anställda i projektet och är spridda i regionen i Uddevalla, Skövde, Borås och Göteborg Vi är anställda av smittskyddsenheten och sitter på respektive smittskyddskontor. Det är ett samarbetsprojekt mellan Smittskyddsenheten, Barnhälsovården, Kommunen och strama.

Syftet med projektet är att få friskare förskolebarn genom att minska smittspridningen på förskolan och få ner den översjuklighet som förskolebarn har jämfört med barn som inte vistas i förskolan. Forskare är idag eniga om att barn som vistas i förskolan har en ökad risk att insjukna i infektionssjukdomar och då speciellt de yngsta barnen jämfört med barn som vistas i hemmet. Man räknar med att förskolebarn är 20–30% mer sjuka än hemmabarn.

Spridning av infektioner i småbarnsgrupper går inte helt att undvika men genom kunskap om smitta kan man minska onödig smittspridning. Det finns forskning från både Danmark och Finland som visar att skärpt hygien kan minska sjukfrånvaron i förskolan.

Projektet innebär att hygiensjuksköterskan gör ett besök, en hygienrond på varje förskola och då inventeras befintliga hygienrutiner.

Ofta har förskolorna rutiner för handtvätt men saknar kanske kunskapen om *varför* och *när* det är extra viktigt att göra det. Besöket på förskolan/hygienronden följs upp av en utbildning i hygien, smitta och smittspridning för all förskolepersonal. Genom vårt arbete som hygiensjuksköterskor i förskolan har vi fått en fantastisk inblick i förskoleverksamheten. Besöken ute på förskolorna har givit oss en insikt i de svårigheter som förskolepersonalen dagligen ställs inför i sin strävan att upprätthålla goda hygienrutiner.

Förskolepersonalen saknar ofta en grundutbildning inom hygienområdet. Den kunskap som finns är ofta uppbyggd på personliga föreställningar om god hygien och hur smittsamma sjukdomar sprids.

Dialogen mellan förskola och föräldrar påverkas ibland negativt när det handlar om sjuka barn. Ofta hamnar förskolepersonalen i konflikt med föräldrar när de behöver säga



nej till att lämna ett sjukt barn på förskolan eller när barnet insjuknar på förskolan och behöver hämtas inom en viss tid. På flertalet förskolor saknas en naturlig kontakt med barnhälsovården och personalen efterfrågar ofta en kontakt med sjukvården. Framförallt som ett stöd gentemot föräldrar när barnen är sjuka.

På HYFS hemsida www.vgregion.se/smittskydd kan man läsa mer om projektet och där finns det framtagna dokument som förskolan, BVC och föräldrar kan använda sig av. De är framtagna utifrån Socialstyrelsens kunskapsöversikt "Smitta I förskolan."



ANN JANSSON
Hygiensjuksköterska
Smittskyddsenheten i Göteborg

Vart tog den hälsofrämjande tanken vägen?

"Jag vill jobba för att leva inte leva för att jobba..."

Efter dryga 20 år i vården, först som vårdbiträde, sedan undersköterska samt sedermera sjuksköterska beslöt Sari Ringborg sig för att läsa till distriktssköterska. Hon blev färdig distriktssköterska under våren 2009 och tog då anställning på en landstingsdriven vårdcentral. Det som lockade med distriktssköterskeyrket var möjligheten att arbeta med förebyggande hälsovård. Att få vara med och ge patienter ökad kunskap om hur levnadsvanor såsom motion, kost, alkohol, droger samt tobaksvanor kan påverka livskvaliteten och hälsan. Sari såg fram emot att arbeta hälsofrämjande och brann särskilt för tobaksavvänjning, både individuellt och i grupp. Under utbildningen talades mycket om distriktssköterskan som en central person i det förebyggande arbetet inom primärvården. Men trots vad som sagts under utbildningen, och trots den stora kunskap som finns om hur viktigt det är med tidiga och förebyggande åtgärder av befolkningens hälsa, så väljs inte sådana åtgärder i första hand av beslutsfattare.

Sari upplevde, under tiden på vårdcentralen, att tiden inte räckte till för att göra ett bra hälsofrämjande arbete. Hon utbildade sig till diplomerad tobaksavvänjare under våren 2010 och påbörjade ett arbete med tobaksavvänjningsgrupper på vårdcentralen. Hon fick dock inte möjlighet till att arbeta med dessa grupper så mycket som hon önskat. Trots att det var höga ohälsotal i kommunen såg Sari det förebyggande arbetet prioriteras bort. Det var ett högt tempo på vårdcentralen och liten tid fanns för reflektion, att läsa nya rön, att hänga med i forskningen.



Sari Ringborg:

"Arbetet motsvarade inte förväntningarna vilket ledde till en frustration och en känsla av att inte räkna till"

Om det fanns en lucka i tidboken så fylldes den snart upp. Vid behov förväntades man rycka in på vårdcentralens mottagning och blev allas allt i allo. Vissa dagar var det svårt att hinna med all dokumentation under dagen och det blev många övertidstimmar. Arbetet motsvarade inte förväntningarna vilket ledde till en frustration och en känsla av att inte räkna till. Sari hade svårt att koppla av efter arbetet och kände sig ofta trött och omotiverad. Till slut gick hon runt med en känsla av att "Ge mig tillbaka mitt liv". Sari upplever att det är många distriktssköterskor som ser det förebyggande arbetet stryka på foten till förmån för drop-in och kort-

siktiga lösningar. Drop in må vara lösning på mycket men leder inte till livsstilsförändringar. Det tar tid att arbeta förebyggande och det måste få ta tid. Statens folkhälsoinstitut har nyligen kommit ut med en rapport som heter just "Hinder i folkhälsoarbetet". Här visar man på räkneexempel där kostnader för tidiga respektive sena åtgärder jämförs. Dessa exempel visar på en stor vinst för både hälsa och samhällsekonomi med tidiga och förebyggande insatser. Man visar också på hur dagens kortsiktiga budgetsystem blir till ett hinder för det förebyggande arbetet. Rådande budgetsystem kan normalt inte hantera anhopningen av kostnader som uppstår när ett förebyggande arbete ska påbörjas, vilket resulterar i att insatser uteblir. Samtidigt riskerar fel prioriteringar att i framtiden skapa ohälsa och stora, onödiga samhällskostnader. För ett bra förebyggande arbete krävs en långsiktig planering och ökad samverkan.

I samma veva som vårdcentralen, där Sari arbetade, privatiserades så fick hon en fråga om hon ville återgå till sin tidigare arbetsplats, som nattsjuksköterska, på Rehab Station Stockholm [RSS]. Sari tackade ja till detta. Innan hon började sin tjänstgöring på rehabcentret åkte hon tillsammans med familjen på en efterlängtat och avkopplande semester till Thailand. Trots stormar och katastrofvarning innan avgång så slutade även denna resa bra. Familjen fick en skön och solig vistelse. I skrivande stund har Sari arbetat på RSS i nästan 4 månader. Detta är något hon inte ångrar. Hon mår bra och är gladare och mer inspirerad än på länge. En

del av hennes forna kollegor har frågat henne om varför hon valt att "gå ner i graderna". Sari själv upplever det inte så alls. Hon menar att hon nu, till viss del, får möjlighet att arbeta förebyggande mer än vad det fanns tid för på vårdcentralen. Hon trivs med nattjobbet och möjligheten att styra över sin tid. Hon har även tid och ork över för att skapa och vara kreativ och arbeta med det hon, näst efter det hälsofrämjande arbetet, brinner allra mest för. Sari har nyligen startat upp företaget "Unika Detaljer", där hon handarbetar, broderar och gör gamla saker till nya. Se gärna www.unikadetaljer.se.

Det Sari saknar mest med arbetet som distriktssköterska på vårdcentral är framförallt kollegorna, patientkontakten samt uppskattningen från patienterna i stort som smått. Om hon i framtiden går tillbaka till distriktssköterskeyrket så vill hon gärna arbeta som skolsköterska, med hälsofrämjande och förebyggande arbete bland barn och ungdomar. Men hon väntar nog några år till dess hennes egna barn är utflugna. Till sist vill Sari hälsa till alla distriktssköterskor där ute: Våga stå på er! Distriktssköterskan har en unik kompetens som ej får gå förlo-rad. Fortsätt kämpa för det hälsofräm-

jande arbetet som vi är utbildade för. Vi är bra på detta, vi behövs! Ett bra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete förbättrar folkhälsan och leder till att hälso- och sjukvårdens resurser används mer effektivt samt till minskade kostnader för samhället.

YLVA WENDLE SUNDBOM
Redaktionskommittén

Annons

Sverige – Europa – Världen

Antibiotika? Ja tack, men bara när det behövs!

Antibiotika är våra viktigaste vapen för att kunna behandla svåra bakterieinfektioner. Antibiotika räddar miljontals liv. MEN antibiotika är en global resurs som håller på att ta slut och vi måste alla hjälpas åt att hushålla med dem för att livslängden ska bli så lång som möjligt. Användningen av antibiotika har också en stark koppling till utvecklingen av resistenta bakterier, och konsekvenserna av resistensutvecklingen är idag kännbara både avseende sjuklighet och dödlighet. Sverige har i ett globalt perspektiv fortfarande en gynnsam situation, men vi är en del av världen och världen är en del av oss. Bakterier respekterar inga gränser och det krävs en global ansträngning för att lyckas.

På barnavårdscentralerna (BVC) i Halland startade 2009 en utbildning inom ramen för BVC:s föräldrautbildningsprogram – ”Barn, infektioner och antibiotika”. Initiativet togs av Strama Halland där Birgitta Jönsson, smittskyddssjuksköterska och Lisa Ernstson, barnsjuksköterska på BVC, höll i projektet. Utbildningsprogrammet producerades, implementerades och utvärderades med projektmedel från nationella Strama (Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens).

Utbildningspaketet består av tre hörnstenar

1. Ett bildspel (Powerpoint) med 20 bilder (inklusive hjälptext).
2. En manual för BVC-sjuksköterskan som handledare.
3. En broschyr att lämna till föräldrarna efter genomgången utbildning.

En allmän del inleder utbildningen som tar upp vad som är ”normalt” avseende infektioner hos barn, bakterier, virus, antibiotika och resistens. Efter det följer falldiskussioner som bygger på konkreta exempel av vanliga infektioner hos barn som förkylning, hosta, snuva, feber, öroninflammation och ögoninfektion. Utbildningen tar också upp förskolevistelse och vad som rekommenderas avseende frånvaro eller närvaro vid infektioner. Hela programmet finns tillgängligt för nedladdning på Strama Hallands hemsida; www.regionhalland.se/strama. Där finns också mer information och praktiska tips.

En utvärdering på BVC i Halland 2010 visade att mer än tre fjärdedelar av Hallands BVC använde programmet regelbundet i sin föräldrautbildning. Materialet upplevdes tydligt och enkelt att använda. Responsen från föräldrarna var mycket positiv och medförde en bättre kunskap och trygghet kring barns vanliga infektioner och en ökad förståelse för rationell antibiotikaanvändning. Utbildningen används numera också på BVC i flera andra landsting/regioner i Sverige.

En allmänläkare från Island visade redan under 2010 intresse för vårt material och ville ha vår tillåtelse att anpassa och använda materialet inom den isländska barnhälsovården.

Med detta som bakgrund vågade vi oss på utmaningen att ansöka om medverkan på en internationell kongress. Även om vårt program bygger på en unik svensk BVC-struktur och svenska riktlinjer har själva budskapet om klok antibiotikaanvändning och minskad resistens inga landsgränser. Programmet går enkelt att anpassa till andra länders sjukvårdsstrukturer, där man i andra former möter barn och deras föräldrar. Vi fick professionell assistans och översatte materialet till engelska för att kunna presentera det i ett internationellt sammanhang och skickade in en ansökan och abstract till *European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID)* som hölls under fyra dagar i Milano den 7-10 maj i år

I hård konkurrens blev vi glädjande nog antagna. Tio-tusen deltagare från 107 olika länder var representerade. Det vetenskapliga programmet bestod av 244 föreläsningar och 1730 postrar, varav vår var en; ”*How to improve parental knowledge and awareness about antibiotics? A unique Swedish Strama educational programme in Child Health Centres.*”

Det var en fantastisk upplevelse att delta och medverka. Dels att få representera Sverige och presentera vårt projekt, dels att få ta del av så mycket samlad kunskap inom infektions- och antibiotikaområdet i ett internationellt perspektiv. Det blev många spännande möten. Den svenska modellen med Barnavårdscentraler som navet i det hälsofrämjande arbete för barn väckte intresse och beundran från många länder.



Framför Postern på ECCMID i Milano.

Från vänster: Birgitta Jönsson, smittskyddsjuksköterska, Smittskydd Halland,

Mats Erntell, smittskyddsläkare och ordf. Strama Halland,

Lisa Ernstson, barnsjuksköterska, BVC Humlan, Amadeuskliniken, Halmstad.



Postersession under ECCMID av vårt bidrag med "Barn, infektioner och antibiotika". Budskapet "förpackning" och den svenska BVC-modellen intresserade många.

Tålmodigt måste vi gemensamt fortsätta kampen för en klok antibiotikaanvändning och minskad spridning av resistent bakterier. Det krävs insatser på flera plan. ETT redskap är "Barn, infektioner och antibiotika" som kontinuerligt återkommer inom BVC:s föräldrautbildning och bidrar till att budskapet når ut – om och om igen. BVC-sjuksköterskan som budbärare inger förtroende. Nya grupper och nya föräldrar tillkommer – som i sin tur delar budskapet med andra i sin omgivning

BIRGITTA ÖHMAN
Distriktssköterska Laurentiuskliniken Falkenberg
Ledamot i styrelsen Halland

Annons

Omvårdnad till kvinnor som utsatts för våld

En kort tid efter att jag började mitt nya arbete som distriktsköterska träffade jag en kvinna, kallar henne Marianne. Hon var i 65-årsåldern och jag fick ”ärva” henne som diabetesansvarig distriktsköterska. Redan första gången jag träffade Marianne märkte jag att hon verkade bära på en tung börda, hennes gång var långsam och huvudet nerböjt. Hon satt med axlar och armar nersjunkna. Hon sa inte så mycket. Diabetes hade hon haft i många år men aldrig fått blodsockret i bra balans. Det yttrade sig nu som bl.a. högt blodtryck vilket hon kontrollerade hos mig när jag träffade henne första gången. Jag kände en stor oro för henne, funderade på vad som kunde tynga henne så. I journalen märkte jag att hon haft någon form av kontakt med vårdcentralen var femte dag de senaste tre åren. År ut och år in hade det konstaterats att hennes blodsockervärden inte var bra, att levervärdena tydde på alkoholmissbruk och uppseendeväckande stort antal recept med lugnande läkemedel hade skrivits ut.

Andra gången Marianne kom till mig för blodtryckskontroll var trycket fortfarande högt. Jag erbjöd henne att vila en stund, gav henne en filt och att frågade om hon ville lyssna på musik med fågelsång. Efter att ha kontrollerat blodtrycket igen satte sig Marianne upp på britsen och jag kände att nu var det tillfälle att fråga henne om hennes liv och hemförhållanden. Jag visste inte riktigt hur jag skulle ställa frågan så jag inledde med att berätta att jag hade uppfattat att hon inte verkade må riktigt bra, att hon verkade ledsen. Hon höll med om att så var fallet, jag frågade ”Hur har du det därhemma?” Hon svarade tvekanfullt att det inte var så bra och jag fortsatte med att fråga henne om hennes man gjorde henne illa... detta ledde till att Marianne berättade om



ett 30-årigt äktenskap fyllt av fysiskt och psykiskt våld, alkohol, slagsmål och ett ekonomiskt beroende av mannen... bakom en snygg villafasad med en av de nyaste bilmodellerna på uppfarten hade detta pågått. Nu förstod jag att varför hennes självkänsla var knäckt och inga krafter fanns över för att ta tag i sina levnadsvanor.

Som distriktsköterska kan Du göra stor skillnad i en våldsutsatt kvinnas liv. Alla kvinnor bör tillfrågas om de utsatts för någon form av våld. Du behöver inte vara rädd för att fråga fel, det viktigaste är att frågan ställs på ett empatiskt sätt där du visar att du har ett äkta intresse av att hjälpa kvinnan.

Det kan kännas bra både för dig och den du frågar om du inleder med att konstatera att våld är vanligt och kan drabba vem som helst. Om ni på din arbetsplats har som rutin att fråga alla så kan du även säga detta. Den här inledningen normaliserar ”frågandet” så att hon inte känner sig utpekad och förbereder både dig och patienten på

att tala om det hon upplevt. Därefter kan du ställa en direkt fråga, tex: ”har du blivit slagen”, ”har någon tvingat dig till sex mot din vilja?” Andra frågor som också kan passa att ställa är att fråga om kvinnan känner sig ensam och isolerad eller är rädd för sin partner. Om en kvinna verkar nedstämd, har smärta eller visar andra tecken på stress så kan du också tala om hur kropp och själ hänger ihop för att komma in på frågan om det finns något som oroar eller stressar henne i livet. Det går också bra att fråga ”Hur har du det därhemma?” Eller ”hur ser ditt liv ut för övrigt?”, frågorna inbjuder patienten att berätta.

En våldsutsatt kvinna bestämmer själv när hon väljer att berätta om det våld hon utsatts för. Det kan vara mycket svårt för henne då hon kanske skäms och tror att hon är ganska ensam om att vara utsatt och tror att våldet är hennes fel. Många faktorer som rädsla för förövaren, brist på tid både hos henne och hos dig, att hon är rädd för att någon ska höra vad ni talar om osv kan vara

faktorer som hindrar. Så länge du visar medkänsla behöver du inte vara rädd för att göra felbedömningar. Genom att ställa frågan visar du ditt intresse och om det finns informationsmaterial tillgängligt för patienterna så vet kvinnor att de kan återkomma eller ta upp frågan vid nästa besök.

Om en kvinna berättar för dig att hon utsatts för våld bör du visa att du tror på det hon berättar. Du behöver inte ta ställning till rättsliga synpunkter. Det hon upplevt är en verklighet för henne, bekräfta att du lyssnar och tror på det hon säger. Våldsutsatta kvinnor skuldbelägger oftast sig själva och behöver få höra från någon annan att det de upplevt inte är normalt utan ett brott och att ingen har rätt att göra som de gjort mot henne.

Vad kan du sedan göra? Även om det händer att en kvinna söker vård då hon är akut skadad p.g.a. våld så hör det inte till vanligheterna på en distriktsköterskemottagning eller vårdcentral. Naturligtvis måste varje arbetsplats oavsett om det är inom hemsjukvården eller barnvårdscentralen ha en

nedskriven rutin och beredskap att ge god omvårdnad i en sådan situation. Det våld distriktsköterskan möter har ofta pågått under lång tid, så lång tid att besöksorsaken kan vara p.g.a. högt blodtryck, sömnsvårighet, astma, smärta. De kan också komma till barnvårdscentralen på extra besök p.g.a. att barnet inte går upp i vikt, kissar på sig eller inte fungerar i gruppen på dagis. Varje mottagning behöver ha en skriftlig rutin för hur personalen ska agera när kvinnor berättar att de utsatts för våld. I den bör det finnas information om vart kvinnan kan vända sig för att få stöd och skydd om hon önskar det. Hon bör erbjudas kontakt med läkare, kurator eller psykolog. Om minderåriga barn finns i familjen ska en anmälan till socialtjänsten göras omgående. Besöket ska dokumenteras och återbesökstid erbjudas även om det inte är nödvändigt av vårdmässiga skäl. Hon måste också få veta att hon kan ringa till dig.

Hur gick det för Marianne? Hon fortsatte att komma på regelbundna besök hos mig, jag tror att både hon och jag

såg fram emot besöken. Jag kände att jag fått ta del av det mest personliga och svåraste i hennes liv. Vid varje besök berättade hon om hur läget var där hemma och hon hade en plan om att flytta tillbaka till den del av landet där hon var uppväxt. Jag hoppas att hon lyckades genomföra detta.

Note: För ytterligare information och tips om skriftlig rutin se www.viss.nu (klicka på patientgruppen Kvinnor). Du kan även kontakta författaren till artikeln.



EVA SUNDBORG
Vårdutvecklingslärare,
våld mot kvinnor
eva.sundborg@sll.se

Hemsjukvård i Österbotten

När jag var på semester i Kannus, en liten stad i Österbotten i Finland, med ca 6000 invånare, gjorde jag en intervju med en finsktalande kollega Reetta Hjelm. Hon är chef för både hemsjukvård, hemtjänst och boendeplacering i sju kommuner (totalt ca 27 000 invånare). Lagen som kom år 2008 från Social- och Hälsovårdsministeriet innebar en sammanslagning av kommunernas hälso- och sjukvårdsorganisation. I Finland ansvarar kommunen till största del för både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det finns inget landsting som organisation i Finland.

I hemsjukvårdens personalgrupp ingår distriktssköterska, undersköterska, sjuksköterska och distriktsläkare. På distriktsskötersketjänster i hemsjukvården anställer man ofta idag sjuksköterskor eftersom det saknas distriktssköterskor.

På vårdcentralen arbetar även andra specialsjuksköterskor som demenssjuksköterska, diabetessjuksköterska, astmasjuksköterska, reumatologisjuksköterska, celiakisjuksköterska och hjärta-och kärlsjuksköterska.

Utbildningen till sjuksköterska är 3½ år, till distriktssköterska 4 år och till undersköterska 3 år. Alla som jobbar inom hemsjukvård och hemtjänst har minst motsvarande undersköterskeutbildning.

Inga delegeringar behövs för läkemedel, all personal är behörig att ge patienten läkemedel.

Distriktssköterskorna har områdesansvar i hemsjukvården. Patienten betalar för hembesök som grundar sig på antal hembesök och inkomst. Besök på vårdcentralen är kostnadsfria.

Lönen för distriktssköterskor varierar mellan 2200–2400 €(euro) i månaden. Undersköterskor får gå utbildning ca 3 dagar/år, för distriktssköterskor är det några flera dagar/år.



Reetta Hjelm framför kommunalhuset i Kannus, där hon har sitt kontor.

Den 1 maj 2011 kom en ny hälso- och sjukvårdslag. En viktig del i lagen är förebyggande hälso- arbete med rådgivning för äldre personer från 65 år och uppåt. När man gått i pension tillhör man inte längre företagshälsovården. Det innebär att alla över 65 år kan söka sig till enheten för äldre personer på vårdcentralen, besöket är kostnadsfritt för patienten. Man har riktade hälsokontroller både för 70- och 75-åringar. I hälsokontrollen ingår rådgivning som en mycket viktig del. Med rådgivning vill man påverka människornas attityder och livsvanor. En viktig målsättning är att få människorna bli intresserade av sin fysiska och psykiska hälsa och ta mer eget ansvar om sin egen hälsa. Målet är att få människorna att bibehålla sin hälsa och förebygga sjukdomar.

Vårdcentralerna erbjuder alla 70-åringar en hälsokontroll med blodprover, intervjuer och råd om hälsa. Fotstatus gör man också på alla. För 75-åringar erbjuder man ett hembesök om förebyggande hälsovård. Den motsvarar hälsosamtal för 75-åringar i Sverige.

I Finland kallas hälsosamtal för "Hyvinvointia edistävät kotikäynnit" (HEHKOt). Fritt översatt på svenska betyder det "Hembesöken för att främja välbefinnandet". Syftet med hembesöket är bl.a. att stödja äldre personer för att kunna bo kvar hemma så länge som möjligt. Distriktssköterskan informerar bl.a. vad kommunen, pensionärsföreningar och församlingen har att erbjuda äldre personer. Man kartlägger personens förmåga att klara sig självständigt och gör en bedömning om personen är i behov av stöd och hjälp antingen nu eller senare. Information om olika hjälpmedel samt bostadsanpassning ingår också i hembesöket. Förutom hälsotillståndet diskuterar de också ekonomi, att patienten har möjlighet söka ekonomiskt stöd. Till slut gör distriktssköterskan en sammanfattning och gör en vårdplan tillsammans med patienten.

LEILA HAAPANIEMI,
Redaktionskommittén

Annons

Sambandet mellan nickelallergi och uppkomst av handeksem är överskattat

Den 17 december 2010 försvarade Anna Josefson sin avhandling "Nickel allergy and hand eczema – epidemiological aspects" vid Örebro Universitet.

Nickelallergi är den vanligaste formen av kontaktallergi i befolkningen. Vissa personer med nickelallergi utvecklar ett allergiskt kontakteksem och nickelallergins betydelse för uppkomst av handeksem har tidigare diskuterats. Det finns dock endast ett fåtal publicerade studier där personer ur normalbefolkningen har lapptestats för nickel. Det övergripande syftet med denna avhandling var att ytterligare undersöka sambandet mellan nickelallergi och handeksem. Ytterligare ett syfte med avhandlingen var att utvärdera epidemiologiska metoder för att följa förekomsten av nickelallergi.



Anna Josefson

Förekomsten av nickelallergi är högre hos kvinnor än hos män. Befolkningsstudier i Skandinavien har visat att prevalensen nickelallergi är 15–25% hos kvinnor och cirka 3% hos män¹. Könskillnaden beror sannolikt på en större exponering för nickel hos kvinnor. De senaste tiotal åren har piercing varit en betydande faktor för uppkomst av nickelallergi^{2,3}. För att begränsa uppkomsten av nickelallergi och för att minska symtom hos dem som redan har nickelallergi infördes i början av 2000-talet ett EU-direktiv som begränsar nickelinnehållet i klockor, smycken, metallknappar etc⁴. Direktivet inkluderar dock inte nickelnehåll i verktyg, nycklar och mynt.

Handeksem är en av de vanligaste förekommande hudsjukdomarna och har ofta flera olika kombinerade orsaker. Handeksem är vanligare hos kvin-

nor än hos män och den högsta prevalensen finner man hos kvinnor under 40 år⁵. Både endogena faktorer, till exempel atopisk benägenhet och exogena faktorer, så som våtkontakt, irriterande ämnen och kontaktallergier bidrar till utvecklingen av ett handeksem. Dess komplexa etiologi kan vara en av orsakerna till att handeksem ofta är kroniskt återkommande och svårbehandlat^{6,7}. Upprepade populationsbaserade studier visar att den mest betydande orsaken för uppkomst av handeksem är förekomst av eksem i barndomen, atopiskt eksem⁸⁻¹⁰.

Sambandet mellan nickelallergi och uppkomst av handeksem har tidigare studerats. Vissa studier i normalbefolkning anger att 30–45% av alla individer med nickelallergi får handeksem. I dessa studier har man dock använt sig av självrapporterad nickelallergi^{11,12}.

Endast ett fåtal populationsbaserade studier som undersöker detta samband och där personerna också är lapptestade för nickel finns publicerade^{2,13,14}. Resultaten är varierande och sambandet mellan nickelallergi och uppkomst av handeksem behöver studeras ytterligare.

1982-1983 lapptestades 958 skolflickor i Örebro län för att undersöka förekomsten av nickelallergi hos flickor i normalbefolkningen. De var då 8, 11 och 15 år gamla och prevalensen nickelallergi var 9%¹⁵. Avhandlingens första studie är en uppföljningsstudie och 2003, efter tjugo år, skickades en enkät till dessa kvinnor. Enkäten bestod av 35 frågor gällande förekomst av handeksem, atopiskt eksem, nickelallergi, yrke och våtexponering. Svarsfrekvensen var hög (81%). Förekomsten av självrapporterat handeksem efter 15 års ålder var 17.6%. Det förelåg ingen signifikant skillnad i förekomst av handeksem mellan de kvinnor som var nickelallergiska som barn jämfört med dem som inte var nickelallergiska (Tabell 1). Slutsatsen blev att nickelallergi i barndomen inte förefaller öka risken för handeksem i vuxen ålder.

År 2006 utfördes ytterligare en studie, som inkluderade de kvinnor som fortfarande bodde i Örebro län, n=478. Kvinnorna var nu mellan 30–40 år och 369 kvinnor deltog i studien (77,2%) Studien omfattade en klinisk undersökning av händerna samt ett lapptest. Kvinnorna fick dessutom svara på 21 av de tidigare enkätfrågorna innan under-

Tabell 1. Självrapporterad förekomst av handeksem i relation till tidigare lapptest för nickel.

Nickeltest 1982-1983	Handeksem efter 15 års ålder (%)	Handeksem de senaste 12 månaderna (%)
Positiv (n=62)	16.1	14.3
Negativ (n=636)	17.5	12.3
p-värde	0.576	0.559

*tveksamma reaktioner exkluderade

Tabell 2. Sambandet mellan handeksem och nickelallergi, barneksem samt våtexponering. Resultatet redovisas som prevalens handeksem samt prevalenskvoter.

				Handeksem efter 15 års ålder	
				(Unadjusted)	(Adjusted)
				Prevalenskvot	Prevalenskvot
				(95% CI)	(95% CI)
		%			
Nickeltest 2006–2007	Negativ (n=244)	23.0		Ref	ref
	Positiv (n=111)	25.2		1.10 (0.74-1.63)	1.03 (0.71-1.50)
Barneksem	Nej (n=234)	12.4		Ref	ref
	Ja (n=130)	44.3		3.57 (2.42-5.28)	3.68 (2.45-5.54)
"Hög våtexponering"	Nej (n=219)	22.7		Ref	ref
	Ja (n=147)	25.2		1.11 (0.76-1.60)	1.01 (0.71-1.43)

sökningen. Vid lapptestet var 30 % av kvinnorna positiva för nickel. Det förelåg ingen signifikant skillnad i förekomst av handeksem mellan de som var positiva för nickel och de som var negativa (Tabell 2). För övriga handeksem-mått (ettårsprevalens och nuvarande handeksem) var resultatet detsamma.

Vid separat analys av en de kvinnor som angav tidigare barneksem jämfört med dem som aldrig hade haft barneksem visade det sig att risken för handeksem var dubbelt så stor hos nickelallergiker i den gruppen som aldrig hade haft barneksem. Handeksem-prevalensen i den gruppen var dock mycket lägre. Båda studierna visade att barneksem var den största riskfaktorn för att få handeksem som vuxen, med en 3–4 gånger ökad risk. Slutsatsen blev att nickelallergins betydelse för uppkomst av handeksem tidigare har överskattats.

De flesta personer med nickelallergi i befolkningen har inga eller milda symtom av sin allergi. Resultatet från den tredje studien visade att 56 % av kvinnorna med nickelallergi aldrig hade några symtom. Således kan man inte dra några slutsatser om eventuell nickelallergi genom att fråga efter hudbesvär.

Det finns ett intresse av att följa förekomsten av nickelallergi över tid, speciellt sedan EU's nickeldirektiv infördes i början av 2000-talet. Den tredje studien var en validering av själv-

rapporterad nickelallergi. Frågorna som validerades var; "Är du känslig/överkänslig/ allergisk mot nickel?" och "Får du utslag från metallknappar, smycken eller andra metallföremål som kommer i direkt kontakt med din hud?" Överensstämmelsen var låg mellan enkätfrågor gällande nickelallergi och lapptestverifierad nickelallergi. Av dem som själva bedömde sig vara nickelallergiska var endast 59 % positiva enligt lapptest. Slutsatsen blev att självrapporterad nickelallergi överskattade sann allergi och dessa frågor går således inte att använda i befolkningsstudier. För att följa förekomsten av nickelallergi i befolkningen behövs därför andra metoder. I den fjärde studien utvärderades ett självtest för nickelallergi. 191 patienter från tre olika hudkliniker i Sverige deltog i studien. Validiteten för metoden självtest var tillfredsställande, sensitiviteten var 72 % och graden av överensstämmelse var 86 %. Alla tillgängliga metoder för att följa förekomst av nickelallergi har begränsningar och det är viktigt att ta hänsyn till dessa i befolkningsstudier. Den bästa metoden är lapptest med två avläsningar, men den är kostsam och medför praktiska problem. I de flesta befolkningsstudier där man använt sig av lapptest görs endast en avläsning, vilket innebär att man missar 10–15 % av de positiva reaktionerna för nickel¹⁶, vilket även visades i det fjärde arbetet.

ANNA JOSEFSON

Referenser

- 1 Thyssen JP, Linneberg A, Menne T, Johansen JD. The epidemiology of contact allergy in the general population—prevalence and main findings. *Contact Dermatitis* 2007; 57:287-99.
- 2 Mortz CG, Lauritsen JM, Bindslev-Jensen C, Andersen KE. Nickel sensitization in adolescents and association with ear piercing, use of dental braces and hand eczema. The Odense Adolescence Cohort Study on Atopic Diseases and Dermatitis (TOACS). *Acta Dermato-Venerologica* 2002; 82:359-64.
- 3 Nakada T, Iijima M, Nakayama H, Maibach HI. Role of ear piercing in metal allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 1997; 36:233-6.
- 4 European Parliament and Council Directive 94/27 EC of 30 June 1994. In. Official Journal of the European Communities; 22 juli 1994.
- 5 Meding B, Jarvholm B. Hand eczema in Swedish adults - changes in prevalence between 1983 and 1996. *Journal of Investigative Dermatology* 2002; 118:719-23.
- 6 Diepgen TL, Agner T, Aberer W et al. Management of chronic hand eczema. *Contact Dermatitis* 2007; 57:203-10.
- 7 English J, Aldridge R, Gawkrödger DJ et al. Consensus statement on the management of chronic hand eczema. *Clinical and Experimental Dermatology* 2009; 34:761-9.
- 8 Bryld LE, Hindsberger C, Kyvik KO et al. Risk factors influencing the development of hand eczema in a population-based twin sample. *British Journal of Dermatology* 2003; 149:1214-20.
- 9 Coenraads PJ, Diepgen TL. Risk for hand eczema in employees with past or present atopic dermatitis. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 1998; 71:7-13.
- 10 Mortz CG, Lauritsen JM, Bindslev-Jensen C, Andersen KE. Prevalence of atopic dermatitis, asthma, allergic rhinitis, and hand and contact dermatitis in adolescents. The Odense Adolescence Cohort Study on Atopic Diseases and Dermatitis. *British Journal of Dermatology* 2001; 144:523-32.
- 11 Meding B, Liden C, Berglind N. Self-diagnosed dermatitis in adults. Results from a population survey in Stockholm. *Contact Dermatitis* 2001; 45:341-5.
- 12 Menne T, Borgan O, Green A. Nickel allergy and hand dermatitis in a stratified sample of the Danish female population: an epidemiological study including a statistic appendix. *Acta Dermato-Venerologica* 1982; 62:35-41.
- 13 Nielsen NH, Linneberg A, Menne T et al. The association between contact allergy and hand eczema in 2 cross-sectional surveys 8 years apart. *Contact Dermatitis* 2002; 47:71-7.
- 14 Thyssen JP, Linneberg A, Menne T et al. The association between hand eczema and nickel allergy has weakened among young women in the general population following the Danish nickel regulation: results from two cross-sectional studies. *Contact Dermatitis* 2009; 61:342-8.
- 15 Larsson-Stymne B, Widstrom L. Ear piercing—a cause of nickel allergy in schoolgirls? *Contact Dermatitis* 1985; 13:289-93.
- 16 Lindberg M, Edman B, Fischer T, Stenberg B. Time trends in Swedish patch test data from 1992 to 2000. A multi-centre study based on age- and sex-adjusted results of the Swedish standard series. *Contact Dermatitis* 2007; 56:205-10.

Ordet är fritt!

Udda ärende i hemtjänsten

Det var en kväll i slutet av juli i år som jag var på väg hem från mitt kvällsskift inom hemtjänsten. I vanliga fall brukar jag gena över Stora torget men eftersom det var Yranveckan var torget avstängt på grund av uppbyggnad av en av scenerna, som skulle användas under Storsjöyran. Jag gick ner en gränd längre bort och fick plötsligt se en andunge ligga hoptryckt mot en husvägg.

”Men lilla vän”, sa jag, ”inte ska du väl ligga här, du måste gå ner till vattnet.” ”Pää”, svarade ungen som låg där så stilla mot väggen.



Då kom ett par gående med var sin hund i koppel. Mannan lämnade sin hund till kvinnan och kom fram till mig och andungen. Plötsligt reste sig andungen, skakade på sig och bajsade lite. ”Ja, den är i alla fall inte skadad”, sa mannen. Jag frågade honom om man måste bära ner den till vattnet. ”Nej, det behövs inte, de hittar alltid tillbaka till vatten själva”, sa mannen, och så gick de.

Andungen började trippa iväg mot badhusparken. Jag svängde in på Storgatan för att gå hem till mig när jag plötsligt hör ett ynkligt ”Pää” och andungen kom springande mot mig. Jag sa till andungen; ”men nu måste du tillbaka till badhusparken”. ”Pää”, svarade den. Jag följde med andungen en bit och den fortsatte så ner mot vattnet.

Skönt, tänkte jag, nu går den äntligen. Jag vände igen och fortsatte mot mitt håll när jag återigen hörde ett ynkligt ”Pää” bakom mig och andungen kom springande, ja nästan flygande mot mig.

Återigen följde jag med den och tänkte att nu är det lika bra att jag följer den ända ner till Badhusparken. Jag kände mig ganska fänig där jag gick bakom andungen, för det var mycket folk i rörelse. Andungen vände sig om gång på gång för att se om jag följde efter. Jag tänkte att det är inte var dag man är följeslagare åt en andunge.

Till slut kom vi i alla fall fram till Badhusparken och andungen fick syn på de andra änderna. ”Pää”, pep den och de andra änderna svarade den lilla. Andungen skyndade sig fram till dem och jag kunde smyga mig därifrån. Kanske den lilla andungen inte vågade gå över järnvägen själv, vad vet jag.

Nåväl, slutet gott, allting gott och jag kunde gå hem och sova några timmar innan nästa pass som började tidigt nästa morgon.

Boel, uska i Hemvård Norr Östersund.

Vikten av vikten

I mitt arbete som distriktssköterska möter jag dagligen patienter med övervikt/fetma. De flesta söker inte p.g.a. övervikten utan för andra symtom som diabetes, högt blodtryck, höga blodfetter. Sjukdomar som kan vara symtom på övervikten. Det kan vara svårt att diskutera en patients vikt men ett bra sätt är att fråga: Är det okej att jag tar några minuter av din tid och talar om din vikt? Ställer man den frågan till överviktiga är min erfarenhet att 100 procent ja.

Att ändra sin livsstil handlar om att hitta sätt som fungera över tid. Små förändringar stegvis gör sannolikt att det är lättare att hålla fast vid en ny livsstil. Det ska bli en vana som är lätt att vidmakthålla. Det ska gå lika lätt som att borsta tänderna och kräva lika lite energi för att göra det. Livsstilsförändringen ska vara något som patienten inte ens behöver fundera på.

Som distriktssköterska är det otroligt givande att se hur patienter hittar styrka och möjligheter att förändra sina liv.

Målet med mitt arbete med överviktiga patienter är att de ska gå ned fem till tio procent av sin vikt, som är enligt WHO:s rekommendationer. Det minskar riskerna för följsjukdomar. Men beroende av omständigheter och ålder kan målet ibland vara att patienten inte ska gå upp mer i vikt. Det är viktigt att komma ihåg att vi jobbar för hälsa och inte skönhet. Jag brukar säga till patienterna att om de känner sig snyggare när det gått ner i vikt så är det en biverkan av deras ökade möjligheter till en bättre hälsa. Övervikt/fetma är en sjukdom och klassas av Folkhälsoinstitutet som ett funktionshinder. Forskning visar att så mycket som 50 procent av orsaken till övervikten kan bero på genetiken. Det innebär inte att dessa patienter måste vara överviktiga, men de får kämpa så oerhört mycket mer för att först gå ned i vikt och sedan behålla viktnedskningen. Vårdpersonalens attityder är viktiga för patienterna.



Många har fördomar mot överviktiga - att det är äckligt, att de har sig själva att skylla, att de är dumma. Fundera över hur du som personal ser på den överviktiga patienten. Att "bara äta mindre och röra sig mer" är lättare sagt än gjort. Var medveten om att det kräver mycket hårt arbete från patienten.

Vilken attityd patienten har till sig själv är också viktig. Ofta är patienten för hårda, de "nedmuntrar" sig själva när de egentligen borde uppmuntra och ge sig själva en klapp på axeln.

Poängen med mitt arbete är att alla måste hitta sin väg att gå ner i vikt. Jag tror inte på en specifik diet, utan att varje patient ska hitta sin väg. Det vill säga behandlingen måste vara anpassad

till individen. Patienten "äger" själv lösningen och med hjälp av motiverande samtal hjälper jag patienten hitta den.

Jag lämnar beslutet om att gå ned i vikt eller inte till patienten. Mitt jobb är att informera om riskerna med övervikten. Men beslutet om vad som ska göras åt den är upp till individen. Mitt mål är att ta bort skuldbeläggningen, samtidigt som jag lägger ansvaret på dem. Som distriktssköterska ska jag vara ett stöd på patientens väg. Men patienten väljer riktning.

Till skillnad från vad många tycks tro tar det inte mycket tid att jobba med den här frågan. Första gången patienten kommer till mig tar mötet ca 30–40 minuter. Sedan tar de uppföljande samtalen 5–10 minuter.

Under det första samtalet sätter patienten upp mål, det kan handla om antal kilon eller minskat midjemått. När det inte handlar om kilon kan det exempelvis vara mål som: Jag ska kunna ha min vigselring på min födelsedag, jag ska kunna gå på den vanliga klädavdelningen och köpa kläder eller jag ska orka spela fotboll med min dotter. Det här vill jag klara av till ett visst bestämt datum.

Målet måste vara realistiskt. Viktminskningen bör inte vara mer än ½ kg per vecka, om man ska prata kilo. Viktminskningen ska bero på livsstilsförändring som görs i etapper, så patienten får välja en till två saker han/hon ska arbeta på i taget.

En utmaning är att många överviktiga äter oregelbundet och att de inte äter frukost. Det snedvrider sedan hela dagen för dem. Nummer ett är därför att få till måltidsordningen dvs äta frukost, lunch och middag samt två till tre mellanmål.

I början kommer de mer intensivt, varannan vecka, sen glesar besöken ut till en gång i månaden. Vid besöken ställer jag frågor som: Vad hade du för mål tills idag? Är du nöjd med det som har hänt sen sist? När patienten säger att ”denna förändring är en del av min vardag nu”, bestämmer vi tillsammans vad nästa mål ska bli.

Gemensamt för alla andra bantningsmetoder de prövat genom åren är att det framgår vad de ska göra, men inte hur det ska gå till. Dessutom ska de göra så många förändringar på en gång att det blir omöjligt. Studier visar att alla dieter fungerar men att de flesta patienter inte orkar följa dem under en längre tid.

När vi har gått igenom hur man ska äta, d.v.s. måltidsordningen, så får patienterna skriva matdagbok. De skriver ned allt de äter under två vardagar och två helgdagar. Sedan analyserar vi det tillsammans.

Självklart uppstår problem som: ”jag mår illa på morgonen, jag har så svårt att äta” Då använder jag två frågor som jag kallar för de gyllene frågorna: Hur tänker du då? Praktiskt – hur ska du göra? På något sätt måste de komma fram till hur de ska kunna få i sig sin frukost.

Tips till patienten:

- 1) Utgå från din egen personlighet och livssituation.
- 2) Ändra lite i taget i stället för att ta i så du storknar. Då ökar chansen för att du ska orka hålla dina föresatser.
- 3) Var snäll mot dig själv. Straffa dig inte om du råkar falla tillbaka i ditt gamla livsmönster, utan ta nya tag.
- 4) När du äter – var närvarande. Tänk på vad du äter – och njut av det. Ät inte av bara farten.
- 5) Fatta ett medvetet beslut innan du stoppar något i munnen: Äter du för att du verkligen vill, eller för att du känner dig orolig, stressad eller uttråkad?
- 6) Där hungern går in går vettet ut sägs det – tänk förebyggande. När på dagen är ditt sug som störst? Ta en frukt eller en smörgås. Låt det inte gå mer än tre, fyra timmar mellan måltiderna.
- 7) Ät från mindre tallrikar.
- 8) Rör på dig mer – alltså mer än vad du gjorde i går.
- 9) Gör din livsstilsförändring ett litet steg i taget.

Att tänka på för distriktssköterskan

För att patienten ska få en viktnedgång som varar krävs att både kropp och själ hänger med. Nästan alla överviktiga har kunskap om hur man ska äta för att gå ned i vikt. Men om man inte förändrar sin insida, tänkandet, kan man inte lyckas. En negativ självbild och självbedrägeri är stora hinder på vägen.

Patienterna måste lära sig att acceptera sig själv, att de är okej oavsett hur de ser ut. De ska inte gå ned i vikt för någon annans skull utan för sin egen.

Regelbundna måltider är viktigt. Det bör inte gå mer än tre, fyra timmar mellan måltiderna. Där får man utgå från sin egen livssituation. Börjar man arbeta tidigt på morgonen behövs förmodligen ett mellanmål relativt tidigt på förmiddagen.

Behandling

Vid första mötet med patienten presenterar jag alltid olika varianter av behandling.

1. Enskilt eller i grupp.
2. Fysisk aktivitet på recept, FaR – följsamheten blir större om patienten får ett recept än om vi bara säger: rör dig mer.
3. Kirurgiskt ingrepp

När patienten lagar mat: Börja med att skära upp lite frukt och grönsaker att tugga på innan maten är färdig.

Ofta äter patienten av bara farten, utan att tänka efter. Det innebär också att de faktiskt inte riktigt njuter. Njutning är viktig! Choklad är till exempel absolut tillåtet – så länge man inte trycker i sig den av bara farten. Huvudsaken är att patienten är helt närvarande när de äter.

Hjälp patienten att komma under-

fund om när suget sätter in. Lär patienten att fundera en liten stund på vad suget står för. Ställ frågor som: Är du ledsen eller stressad över något? Hungrig? Eller är du helt enkelt bara vansinnigt chokladsugen? Det är okej, så länge du fattar ett medvetet beslut. Och att du sedan är helt närvarande när du äter det du längtar efter.

Vårt stillasittande liv bidrar stort till överviktsproblemen. Men det är inte smart att gå från noll till hundra direkt. Har man inte rört sig på flera år är det dömt att misslyckas om man plötsligt bestämmer sig för att springa en mil varannan dag. Hjälp patienten att känna att bli mindre stillasittande är första steget på vägen till ett mer aktivt liv.

Varje patient måste utgå från sin egen situation.

Det är lätt att starta en diet, men det



är meningen att du ska uppnå en bestående livsstilsförändring. Var beredd på att det ibland kommer att vara svårt och när suget efter sött, fett och salt sätter in är det viktigt att kunna hantera det – exempelvis genom att ha frukt i handväskan.

Välj rätt tid. Om du har det turbulenta i livet, exempelvis är mitt i en skilsmässa, är det kanske inte rätt tidpunkt att försöka gå ned i vikt.

Är du motiverad? Du kan välja att vara överviktig, det är okej. Men se då till att det är ditt eget medvetna val och att du känner dig nöjd med det.

Utgå från dig själv. Vad kan du förändra, vad vill du förändra och vilka resurser har du för att göra det?

Se över måltidsordningen. Äter du regelbundet?

Lär dig skilja på hunger och sug. Sug är ofta en längtan efter något specifikt, är man riktigt hungrig kan man tänka sig att äta i stort sett vad som helst.

Ta en frukt. Se till att du alltid har frukt tillgängligt, hemma, i bilen och på jobbet.

Handla aldrig hungrig. Gör en inköpslista i förväg. Och kom ihåg att den mat du köper hem kommer du att äta. Handla inte godis eller bullar under förevändningen att de är till någon annan. Om matinköp fortfarande är problematiskt, låt någon annan sköta det, exempelvis din partner.

Ta en paus! Om du blir sugen på något kaloririkt, som choklad eller

chips, stanna upp en stund innan du stoppar det i munnen. Vad betyder suget? Kanske är du egentligen ledsen, stressad eller arg? Försök avleda tankarna – ring en vän, ta en promenad eller gör något annat som du mår bra av.

Försvåra att ta ytterligare en portion. Låt maten stå kvar på spisen eller diskbänken när du äter, låt bara grönsakerna stå framme på bordet. Det gör det motigare att ta om.

Köp mindre tallrikar. Med mindre tallrikar äter du automatiskt mindre. Man äter med ögonen också!

Förbjud dig inget. Förbud gör ofta att man blir jättesugen på det man inte får äta. Du får äta allt – men välj när du gör det.

Skynda långsamt. Inför maximalt tre förändringar åt gången och börja inte med nya förrän de första "satt sig".

FAKTA

Drygt 50 procent av männen är överviktiga, och knappt 40 procent av kvinnorna i Sverige/stockholms län/de som besöker vårdcentralerna. De flesta har sökt för andra åkommor, många orsakade av övervikten. Numera lider fler människor av övervikt än det är människor som svälter.

En studie från väntrum visar att 75 procent av patienterna hade för högt midjemått. Midjemåttet säger mer än BMI om risken för följsjukdomar.

När patienterna kommer till vårdcentralen pratar personalen om smärtan i knäet, diabetes eller det höga blodtrycket. De försöker bota symtomen, men talar inte om det som kan vara själva orsaken till problemen, dvs övervikten.

90 procent av patienterna vill att vi ska prata om livsstilsfaktorer som vikt, men bara 30 procent av patienterna uppger att de blir tillfrågade.

Se på foton. Använd fotografier på dig själv för att motivera dig själv i viktnedskningen. Försök att se på dig själv med helt neutrala ögon.

Skaffa dig ett ställföreträdande hopp. Alla tappar gnistan ibland. En stödperson som kan stå för tro och hopp när du själv sviktar hjälper.

I Stockholms läns landsting finns ett handlingsprogram, vårdprogram för övervikt och fetma. Det ger information om primärvårdens ansvar för behandling och vad vi ska tänka på. Liselotte jobbar med vårdutveckling på Centrum för allmänmedicin och kan komma till din vårdcentral och berätta mer om det och ge stöd i ditt arbete med överviktiga patienter. Kontakta henne på liselotte.kuehn@sll.se

LISELOTTE KURHN



STOCKHOLM

Distriktssköterskeföreningen i Stockholm hälsar välkommen till

HÖSTMÖTE

i Citykyrkan Adolf Fredriks Kyrkogata 10, den 27/10.

Vi startar kl.18.00 med mingel, då även utställare medverkar.

Något kommer att serveras ditt sinne och senare även din gom.

Avslutning 21 – 21.30

Anmälan, och information, på vår lokala hemsida, senast 2011-10-20

www.distriktssköterskeföreningen.com

Annons



GÖTEBORG

Distriktssköterskor!!! Välkomna till Höstmöte 2011

NÄR: Onsdag den 26:e oktober 2011, kl. 17.30

VAR: SCA Hygiene Products AB

Adress: Bäckstensgatan 5, Mölndal

Parkering finns, buss 751 och 771 stannar utanför.

PROGRAM

17.30 Registrering

18.00 Samling, information från styrelsen

18.30 Senaste nytt från Tena

18:50 Forskning, utveckling teori och arbetsätt

19.15 Besök i laboratorium

Ca 20.00 Vi avslutar med gemensam middag

ANMÄLAN: Maila till christina.hammenfors@gmail.com

Ange på anmälan vegetarian, allergi eller annan specialkost!

Anmäl er senast Fredag 15 oktober!

Kan du inte komma **Måste** du avboka via sms till:

Christina Hammenfors 0733-703 564



VÄLKOMNA! Distriktssköterskeföreningen i Göteborg

Vi frågar barnen



Varför tar man
vaccin?



"För att man inte ska bli sjuk
i den sjukdomen som finns i
sprutan."

Ella 8 år



"Det vet inte jag."

Malva 6 år



"För att man inte ska bli sjuk,
så klart."

Otto 6 år



SKÅNE

Distriktsköterskeförbundet i Skåne hälsar välkommen till

HÖSTMÖTE

onsdagen den 26 oktober 2011 klockan 18.00
på Hotell Stensson i Eslöv.

Kvällen börjar med en bit mat mellan klockan 18.00 och 19.00

Distriktsköterskans profession igår, idag och imorgon

Lektor **Annkristin Jansson** talar om hur distriktsköterskans profession har sett ut och vårdutvecklare **Margareta Berglund**, Kunskapscentrum för Barnhälsovården i Region Skåne, fortsätter att beskriva hur synen är idag. Studenterna **Anna Kylberg** och **Kristina Roos** berättar om hur de ser på sin kommande yrkesroll och vilka visioner de har. Kvällen avslutas med en gemensam diskussion med föredragshållarna i panelen.

Kvällen beräknas vara avslutad vid ca kl. 21.00.

Ni medlemmar får som vanligt betala kvällens arrangemang dvs. 100 kronor, betalas vid ankomst till mötet. Icke medlemmar/kollegor är välkomna till ett pris av 150 kr. Inbetalas till postgiro 632412-3 före höstmötet.

Anmälan är bindande.

Anmälan senast måndagen den 17 oktober 2011 till dsk Bodil Jönsson, anna-bodil.jonsson@skane.se eller fax: 0415/251339.

Var vänlig och respektera anmälningsdatumen.

HJÄRTLIGT VÄLKOMNA!
/Styrelsen

Anmälan senast den 17 oktober 2011.

Namn: _____

Arbetsplats: _____ Tfn: _____

Förslag på diskussionsfråga: _____

Annons

Mitt nya liv!

Lördagen den 3 september springer 30 000 tjejer tjejmilen, löpartrenden märks tydligt ibland mina vänner och överallt i media. Det går inte många meter på promenad i staden innan jag möts av en (löp)sedel om det bästa sättet att komma igång med de senaste löpskorna och pulsmätarna! Stressen över att jag borde nog också försöka slår mot mig dagligen.

Jag sitter en söndag och funderar över hur jag borde förbättra min ork och kanske lägga till några extra år till mitt liv, det känns som att jag borde i alla fall försöka hitta någon form av aktivitet som kan kännas meningsfull. Jag beslutar mig för att ta en litet titt på internetdjungelns sidor om hälsa. Efter en stunds flitigt läsande och funderande upptäcker jag följande:

Ett universitet i Toronto har upptäckt att nötter, havre, sojaprodukter och margarin berikat med växtsteroler har enligt en ny studie visat sig kunna sänka ”det onda kolesterolet”, LDL, effektivare än traditionell fettsnål kost. Jag bestämmer mig direkt för att övergå till havregrynsgröt till frukost, kanske slänger jag i en nöt eller två? Det börjar ganska bra tycker jag, det här med att bli mer hälsosam. Jag läser lite till.

I Ohio har man kommit fram till att kvinnor ökar ofta i vikt när de gifter sig, medan männen mår bättre och är mer hälsosamma i äktenskapet än vi en skilsmässa. Oj då, hur ska jag göra med denna information? Behöver jag skilja mig nu? Om jag skulle göra något så drastiskt blir konsekvensen bland annat att min man förlorar sin hälsa och barnen hamnar i kläm, och då får jag leva med det på mitt samvete, nej, jag beslutar mig för att hoppa över detta råd.

Enligt en stor taiwanesisk studie, där man följt 400 000 vuxna under åtta år, är nivån på vår fysiska aktivitet nära sammankopplad med vår hälsa. Enligt forskarna kunde man se hälsoeffekter redan vid 15 minuters måttlig fysisk aktivitet per dag. Den relativa risken att dö under uppföljningstiden minskade med 14 procent och cancerrisken var 10 procent lägre, jämfört med de fysiskt inaktiva. För varje ökning av fysisk aktivitet med 15 minuter minskade den relativa risken att dö under uppföljningstiden med ytterligare 4 procent. Ja! Nu hittade jag något som skulle kunna vara lätt att fixa, 15 minuter kan jag väl hitta varje dag för lite aktivitet, jag hoppar på detta förslag. Sedan läser jag plötsligt att otrevliga arbetskamrater kan öka risken att dö i förtid enligt en ny studie vid Tel Avivs universitet. Okej, hur gör jag nu då? Kan jag på något sätt undvika de otrevliga, eller skall jag inbilla mig att de alla är trevliga för att inte dö i förtid, jag tror att det kan gå, jag skall försöka.

Forskningen om sömn säger att de som i medelåldern sover cirka sju timmar per natt har störst chans att bli friska åldringar. Både för mycket och för lite sömn kan ge ohälsa. Här blev det lite svårare igen, om jag nu skall både hinna aktivera mig mer och få mina otrevliga arbetskamrater att bli trevliga kan det ibland vara svårt att hinna med all sömn, men man behöver ha ett konkret mål, jag ställer in mig på detta också.

Efter en stund med all information som jag hittar börjar jag känna en lätt yrsel och trötthet, jag börjar tvivla på att jag ska hinna med alla förändringar och grunnar på hur tiden att räcka till, jag beslutar mig för att ta en fika när jag hittar nästa artikel: Kvinnor som äter mycket sockerrika livsmedel får oftare livmodercancer än de som sällan äter den typen av produkter, visar ny studie! Det innebär att kanelbullen som var tänkt, får jag helt enkelt avstå.

Det börjar nästan bli lite för mycket information, jag börjar tro att joggingskor kan vara en lösning? Kanske mitt enda hopp? Jag beslutar mig för att ta en sista rundvandring på internet och söker fram några bloggar, det är ju kanske lättare att se hur andra har gjort? Visste ni att det finns 25 696 stycken svenska bloggar bara om hälsa! Nyckeln tycks vara att skriva sig hälsosam konstaterar jag efter att ha läst ett axplock av dessa bloggar. Skriva, kanske inte så dumt? Jag funderar lite till när jag snubblar över en artikel om en ny avhandling av Cecilia Melder vid Uppsala Universitet med titeln *Vilsenhetens epidemiologi – en religionspsykologisk studie i existentiell folkhälsa* (2011). Hon frågar sig varför vi inte mår bättre än vi gör när vi samtidigt är så friska? Varför ökar ohälsa såsom depressioner, uppgivenhet, smärttillstånd i Sverige? Hon kommer i studien fram till att det finns ett samband mellan hälsa i vid mening och det faktum att allt fler människor saknar en existentiell grund i sina liv, och att människors existentiella hälsa kan med enkla medel stärkas och på så sätt bidra till bättre hälsa.

Antonovskys känsla av sammanhang (KASAM) har vi alla distriktsköterskor mer eller mindre läst och tagit till oss, och här finns nu med denna avhandling ännu ett bevis för att en känsla av mening faktiskt påverkar hälsan. Det gäller bara att komma fram till vad som är viktigt när det gäller hälsa för just mig? eller dig?

Jag andas ut, tar med mig min olästa sommarbok, en kopp te, kanelbullen och tänker att min stund på jorden är så kort att det inte är lönt att springa fortare.

Lotta Lundberg

DSFs Styrelse 2011

Kristina Hesselund



Ordförande
Göteborg
0702-14 78 99

kristina.hesselund@distriktsskoterska.se

Annika Wall



Vice Ordförande,
Klubbmästare
Stockholm
0739-01 51 79

annika.wall@distriktsskoterska.se

Lisbeth Andersson



Kassör
Falköping
070-343 28 38

lisbeth.andersson@distriktsskoterska.se

Birgitta Forsén



Sekreterare, Webmaster
Tierp
070-263 45 35

birgitta.forsen@distriktsskoterska.se

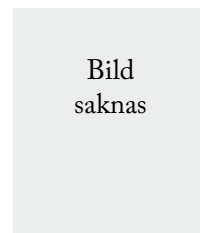
Eva Gunnarsson



Klubbmästare
Uppsala
0709-73 23 00

eva.gunnarsson@distriktsskoterska.se

Leena Granström



Ledamot
Piteå
0706-33 14 78

leena.granstrom@distriktsskoterska.se

Katarina Persson



Ledamot
Östersund
0703-04 34 80

katarina.persson@distriktsskoterska.se

Chatrin Persson



Ledamot
Umeå
0702-60 47 45

chatrin.persson@distriktsskoterska.se

Kristina Rendahl-Laage



Ledamot
Säffle

kristina.rendahl-laage@distriktsskoterska.se

Redaktionskommittén 2011

Leila Haapaniemi, distriktssköterska,
vårdutvecklingsledare CeFAM
E-post: leila.haapaniemi@distriktsskoterska.se

Farideh Jam, distriktssköterska,
E-post: farideh.jam@distriktsskoterska.se

Lotta Lundberg, distriktssköterska,
ordförande i Stockholms lokalförening
E-post: Lotta.Lundberg@distriktsskoterska.se

Ylva Wendle Sundbom, distriktssköterska
E-post: ylva.sundbom@distriktsskoterska.se

Redaktionskommittén tar tacksamt emot manus.
Nästa manusstopp: 24 oktober 2011