

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 8 » 19. APRIL 2008 » 108. ÅRGANG

FAG

Kroniske respiratorbrugere og deres hjælpere på sygehus

Videnskab & Sygepleje

Hvad fejler skoleelever, når de er syge, og hvor ofte vasker de hænder i skoletiden?

KORT NYT

Mangel på håndvaske i skolerne gør børn syge

Mistanke om kemoallergi skal undersøges

316 patienter undgik døden



Hvordan har dine fødder det?

- Den hårde hud sladrer
- Find din fodtype
- 5 hurtige fodøvelser

STREJKEN ER I GANG

HOLD DIG OPDATERET PÅ WWW.DSR.DK • SE SIDE 6



ARTIKLER

22 Mit holdepunkt – Nysgerrighed er vigtigt i mødet med andre mennesker

Barbara Dyrmosé udskiftede jobbet som udviklings- sygeplejerske med en lederstilling på et døgnoptræningscenter.

24 De begrænser komplikationer hos respiratorpatienter

Det har været en øjenåbner for sygeplejerskerne på intensiv afdeling på Næstved Sygehus at arbejde systematisk med respiratorpatienters sikkerhed.

26 Ulvetimen er aflyst

En ekstra medarbejder i ulvetimen, når eftermiddagen er ved at blive til aften, har gjort underværker for stemningen på et københavnsk plejehjem.

OK 08 SIDE 30-33

30 Storstrejke i Danmark

Det seneste møde i Forligsinstitutionen førte ikke til enighed mellem Sundhedskartellet og arbejdsgiverne. Derfor er storstrejken nu i gang.

31 Svenske sygeplejersker styrer mod konflikt

De svenske sygeplejerskers organisation er klar til at sende 3.500 medlemmer i konflikt efter et nej til et mæglingsforslag.

31 Kan arbejdsmarkedsforskerne overhovedet regne?

32 Mange arbejdspladser kan ikke stille med et nødberedskab

På grund af personalemangel kan mange sygeplejersker på landets sygehuse og i kommunerne ikke gå i konflikt.

33 Udbetaling af din løn under konflikten – en vejledning





TEMA – SUNDE FØDDER SIDE 16-20

16 **Hjælp dine fødder**

Sygeplejersker, som går og står hele dagen, skal have fodtøj, som både støtter og støddæmper. Ellers bliver de mere trætte, end de behøver.

18 **To klassikere og en landeplage**

Engelske sygeplejersker går i solide snøresko, danske sygeplejersker vælger træsko, sandaler og Crocs.

19 **Tre slags fødder**

Se på højden af din svang. Den afgør, hvilken slags fod du har.

20 **Fem hurtige fodøvelser**

VIDENSKAB & SYGEPLEJE

49 **Hvad fejler skoleelever, når de melder sig syge, og hvor ofte vasker de hænder i skoletiden?**

Der findes ikke data om årsager til skoleelevers sygefravær over en længere periode, og hvor ofte de er syge. Derfor er formålet med undersøgelsen at fremskaffe og benytte disse data til et kommende interventionsforsøg om håndhygiejne i skoleregion. Konklusionen viser bl.a., at luftvejsinfektioner er den hyppigste årsag til skoleelevers sygefravær, og at en elev i gennemsnit har 0,66 sygeperiode pr. måned. Håndhygiejne er den bedst dokumenterede enkeltstående handling til forebyggelse af smittespredning ved kontaktsmitte mellem mennesker og miljøet, og der er efterfølgende behov for at undersøge, om obligatorisk håndvask i skoletiden kan nedsætte skoleelevers sygefravær.

FAG

42 **Kroniske respiratorbrugere og deres hjælpere på sygehus**

Sygeplejersken skal observere og pleje den kroniske respiratorpatient som enhver anden patient i forhold til det, han er indlagt for. Et samarbejde mellem patienten, hjælperen og afdelingens sygeplejepersonale er vigtigt, og det er nødvendigt at kende hjælperens ansvar og kompetencer. Når respiratorbrugeren bliver patient, må sygeplejersken informere patient og hjælper om de praktiske forhold i afdelingen, så patienten hurtigst muligt kan blive selvhjulpne med sin hjælper.

I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 7 Kort nyt
- 34 Dansk Sygeplejeråd mener
- 35 Debat
- 40 Fagtanker
- 40 Resuméer
- 41 Testen
- 58 Agenda
- 60 Anmeldelser
- 62 5 faglige minutter
- 63 Stillingsannoncer
- 71 Kurser/Møder/Meddelelser

Konflikten, Sygeplejersken og lidt om fødder

Kære læser

Når du sidder med denne udgave af *Sygeplejersken* i hænderne, har der været strejke blandt sygeplejerskerne i flere dage. Som du kan læse mere om på denne side og OK 08-siderne 30-33 i denne udgave af *Sygeplejersken*, betød et sammenbrud i forhandlingerne i Forligsinstitutionen, at strejken brød ud ved døgnets begyndelse den 16. april 2008.

Vi ville hellere end gerne have kunnet bringe billeder og reportager fra de første dage af strejken i dette blad. Heriblandt selvfølgelig fra demonstrationen den 17. april foran Christiansborg og fra alle de andre arrangementer, som allerede har fundet sted i hele landet. Og selvfølgelig bringer vi historierne, men først i det næste nummer af *Sygeplejersken*.

Sagen er nemlig den, at redaktionens deadline allerede var om fredagen den 11. april – den samme dag, de sidste forhandlinger fandt sted i Forligsinstitutionen.

Sådan er det at lave fagblad. Det tager tid at trykke bladet og få det bragt ud. Til gengæld brugte vi lidt tid op til det sidste møde i Forligsinstitutionen på at lave et særnummer om konflikten, som du gerne skulle have modtaget den 14. april. I særnummeret kan du bl.a. læse mere om, hvad der sker i kredsene, og finde en masse praktiske ting vedrørende konflikten. Du kan også finde særnummeret og holde dig opdateret med de seneste nyheder om konflikten på din kreds' hjemmeside og på www.dsr.dk

Og så til temaet i denne udgave af *Sygeplejersken*.

Fødder skal passes og plejes, og det er bestemt ikke ligegyldigt, hvilket fodtøj vi vælger at putte dem i. Det fremgår tydeligt af vores tema om sunde fødder.

Ikke mindst for mange sygeplejersker, der får gået og stået rigtig meget på arbejdet hver eneste dag. Nogle sygeplejersker sværger til træsko, andre sandaler – f.eks. Crocs. Det afgørende er, at de er gode for fødderne. Når vi nu skal bruge dem, og vi bruger dem meget.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dsr.dk



Strejken er i gang

Efter mange og lange forhandlinger endte det med sammenbrud fredag aften den 11. april 2008 i Forligsinstitutionen. Arbejdsgiverne ville ikke imødekomme Sundhedskartelletts krav om lønforbedringer på 15 pct. over tre år. Derfor er konflikten nu i gang fra den 16. april 2008.

"Vi vil have ligeløn. I dag tjener en sygeplejerske kun 73 kr., hver gang en privatan-sat på samme uddannelsesniveaue tjener 100 kr. Det er vigtigt, at vi ved hver eneste overenskomststrunde kommer tættere på ligeløn. Derfor skal vi have en lønstigning på 15 pct. denne gang," siger *Connie Kruckow*, formand for Dansk Sygeplejeråd. Hun mener, at den manglende ligeløn for sygeplejersker er et massivt samfundsproblem, der bl.a. betyder, at det er svært at rekruttere nye og fastholde erfarne medarbejdere.

"Derfor er det også nødvendigt, at Folketinget nedsætter en ligelønskommission," siger *Connie Kruckow*.

Alle sygeplejersker på det kommunale og regionale område er udtaget til konflikt, dog arbejder en del af dem i nødberedskab.

Kredsene og tillidsrepræsentanter har de seneste uger forhandlet nødberedskaber over hele landet, så borgere med akutte livstruende sygdomme vil ikke blive ramt af strejken.

"Naturligvis ikke. Vi har intet ønske om at tage patienterne som gidsler," udtaler *Connie Kruckow*.

"Til gengæld vil arbejdsgiverne blive ramt hårdt på pengepungen. Ikke mindst på grund af den stramme behandlingsgaranti, så flere nu vil blive behandlet på privathospitaler. De penge kunne med fordel have været brugt på vores lønninger," siger *Connie Kruckow*.

(snp)

Læs mere om OK 08-konflikten på siderne 30-33 og hold dig opdateret om det seneste nye om konflikten på www.dsr.dk og din kreds' hjemmeside.

REDAKTIONEN)))

Chefredaktør
Ansvarlig efter
medieansvarsloven
Sigurd Nissen-Petersen (DJ)
snp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4193



Journalist
Kirsten Bjørnsson (DJ)
kbj@dsr.dk
Tlf.: 4695 4188



Journalist
Lotte Havemann (DJ)
lha@dsr.dk
Tlf.: 4695 4179
(Barsel)



Journalist
Sine Madsen
sma@dsr.dk
Tlf.: 4695 4206



Redaktionssekretær
Henrik Boesen (DJ)
hbo@dsr.dk
Tlf.: 4695 4189



Journalist
Katrine Birkedal Christensen (DJ)
kbc@dsr.dk
Tlf.: 4695 4194



Journalist
Susanne Bloch Kjeldsen (DJ)
sbk@dsr.dk
Tlf.: 4695 4178



Redaktør
Søren Palsbo (DJ)
sp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4185



Mangel på håndvaske i skolerne gør børn syge



AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

Atju. Skoleelever og deres forældre kan spare mange sygedage om året, hvis eleverne vasker hænder. Problemet er mangel på håndvaske.

Snot og opkast sender gennemsnitligt skoleelever ned under dynen i otte sygdomsperioder om året, ofte flere dage ad gangen. Elevernes sygdom rammer også forældrene, som må blive hjemme fra arbejde. Noget så simpelt som håndvask, flydende sæbe og papirhåndklæder vil kunne nedbringe sygdomsperioderne markant, mener sundhedsplejerske i Fredensborg Kommune Inge Nandrup-Bus, der er i gang med at foretage den første danske undersøgelse af betydningen af håndvask blandt skoleelever.

Hun har netop gennemført en interventionsundersøgelse på to skoler i Fredensborg Kommune, hvor eleverne har skullet vaske hænder obligatorisk i skoletiden. Resultaterne foreligger endnu ikke, men Inge Nandrup-Bus kan se, at der har været flere fraværssedler på kontrolskolen end på interventionsskolen. Tilbagemeldinger fra forældre antyder, at børnene vasker grundigere hænder nu.

"Alle elever har fået to timers undervisning i korrekt håndvask, og jeg har stået ved siden af dem alle og set, at hvert enkelt barn har forstået, hvordan det skal gøres, hvorefter de har fået et diplom. Eleverne vil gerne lære at vaske hænder," siger Inge Nandrup-Bus.



ARKIVFOTO: SCANPIX

Noget så simpelt som håndvask, flydende sæbe og papirhåndklæder vil kunne nedbringe sygdomsperioderne blandt skolebørn markant, mener sundhedsplejerske i Fredensborg Kommune Inge Nandrup-Bus. Hun er i gang med at foretage den første danske undersøgelse af betydningen af håndvask blandt skoleelever.

En forudsætning for forsøget har været, at skolerne benyttede flydende sæbe og engangshåndklæder, og at lærerne var indforståede med, at eleverne skulle bruge tid til håndvask.

"Forholdene er langt fra optimale, nogle klasser må deles om en håndvask, andre må en tur udenfor for at kunne vaske hænder. Den obligatoriske håndvask har kunnet lade sig gøre takket være lærernes og

forældrenes velvilje under forsøget. I praksis vil systemet brase sammen, hvis eleverne skal stå i kø på gangen i et kvarter for at vaske hænder samtidigt," siger Inge Nandrup-Bus.

Hun kritiserer, at der ikke findes standarder for antal toiletter og håndvaske, som gælder for steder, hvor skoleelever opholder sig. En anden årsag til dårlig håndhygiejne er voksnes manglende forståelse af vigtigheden.

"Før antibiotikaen havde vi respekt for håndhygiejne, fordi man kunne dø af infektioner, men nu ved vi, at vi kan tage noget medicin og blive raske. Der er brug for mere fokus på hygiejne, hvis vi vil begrænse sygdomsperioderne og undgå de resistente bakterier," siger hun.

Sundhedsplejerskerne i Fredensborg Kommune har med stor succes undervist børn i daginstitutioner og skoler på baggrund af et undervisningsmateriale, der stammer fra den engelske hygiejneorganisation ICNA, men materialet er videreudviklet på dansk.

"Eleverne er vilde med at lære at vaske hænder rigtigt, det havde jeg aldrig drømt om," siger Inge Nandrup-Bus.

Læs Inge Nandrup-Bus' videnskabelige sygeplejefaglige artikel "Hvad fejler skoleelever, når de melder sig syge, og hvor ofte vasker de hænder i skoletiden?" på side 50, som beskriver forundersøgelsen til ovennævnte igangværende forsøg.

Læs om undervisningsmaterialet, som sundhedsplejerskerne i Fredensborg Kommune bruger på www.abena.dk

Journalist
Christina Sommer (DJ)
cso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4264



Fagredaktør
Jette Bagh
jb@dsr.dk
Tlf.: 4695 4187



Sekretær
Helle Refsgaard Amstrup
hra@dsr.dk
Tlf.: 4695 4035



Sekretær
Anette Olsen
ao@dsr.dk
Tlf.: 4695 4183



Journalist
Britta Søndergaard (DJ)
bso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4261



Fagredaktør
Evy Ravn
er@dsr.dk
Tlf.: 4695 4256



Sekretær
Birgit Nielsen
bn@dsr.dk
Tlf.: 4695 4186



Webkoordinator
Sabina Ringqvist
sr@dsr.dk
Tlf.: 4695 4191



PRODUKTINFORMATION FOR ANNOUNCE SIDE 3

**Forkortet Produktresumé**

Gardasil® Human Papillomavirusvaccine [type 6, 11, 16, 18] (rekombinant, adsorberet). Gardasil er en quadrivalent vaccine, der består af højtrensedede viruslignende partikler (VLP'er) af kapsidprotein L1 fra HPV typerne 6, 11, 16 og 18. VLP'erne indeholder ikke virus-DNA. De kan ikke inficere celler, reproducere sig eller forårsage sygdom. De fire typer indeholdt i vaccinen er 6 (20 mikrogram), 11 (40 mikrogram), 16 (40 mikrogram) og 18 (20 mikrogram).

Indikation: Gardasil er en vaccine til forebyggelse af high-grade cervical dysplasi (CIN 2/3), cancer i livmoderhalsen, highgrade dysplastiske læsioner i vulva (VIN 2/3) og udvendige kønsvorter (condyloma acuminata), der er kausalt relateret til human papillomavirus af typerne 6, 11, 16 og 18. Indikationen er baseret på påvisningen af effect hos voksne kvinder i alderen fra 16 til 26 år og på påvisningen af Gardasil immunogenicitet hos 9 til 15-årige børn og unge. Gardasil anbefales ikke til børn under 9 år.

Dosering og indgivelsesmåde: Den primære vaccinationsserie består af 3 separate 0,5 ml doser, der bliver indgivet i henhold til følgende plan: 0, 2, 6 måneder. Hvis det ikke er muligt at følge den givne tidsplan, skal den anden dosis indgives mindst en måned efter den først dosis, og den tredje dosis skal indgives mindst 3 måneder efter den anden dosis. Alle tre doser skal gives inden for en periode på 1 år. Vaccinen skal gives som intramuskulær injektion.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller de anvendte hjælpestoffer. Indgivelse af Gardasil skal udsættes hos personer, der lider af akut sygdom med feber.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen: Som med alle injicerbare vacciner skal relevant medicinsk behandling være umiddelbart tilgængelig for det tilfælde, at der opstår anafylaktiske reaktioner efter indgivelse af vaccinen. Gardasil bør gives med forsigtighed til personer med thrombocytopenia eller koagulationsforstyrrelser, da der kan opstå blødning efter intramuskulær administration. Der findes ikke data vedrørende brug af Gardasil hos personer med svækket immunforsvar. Som med andre vacciner vil vaccination med Gardasil ikke nødvendigvis yde beskyttelse til alle vaccinemottagere.

Graviditet og amning: Der er ikke tilstrækkeligt med data til at anbefale brug af Gardasil under graviditet. Vaccination bør derfor udsættes til graviditeten er afsluttet. Gardasil kan gives til ammende mødre.

Bivirkninger: Meget almindelige: pyreksi, og på injektionsstedet: erythem, smerte, hævelse. Almindelige: blødning og kløe på injektionsstedet.

Pakning og pris (ESP) 26. 03 2008: 1 dosis pakning indeholdende 0,5 ml suspension i en forfyldt sprøjte og to kanyler. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 098722) kr. 1.141,10. Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. Udlevering A.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Lautruphøj 1-3, DK-2750 Ballerup eller på nedenstående internetadresse. August 2007. www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm

Mistanke om kemoallergi skal undersøges

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Overblik. Dansk Sygeplejeråd vil nu vide, hvor mange sygeplejersker fra landets kræftafdelinger der er ramt af kemoallergi.

Efter *Sygeplejersken* i sidste nummer fortalte om en kræftsygeplejerske, der har fået konstateret luftvejsallergi over for kemoterapi, vil Dansk Sygeplejeråd nu undersøge, om andre sygeplejersker lider af samme bivirkning.

"Jeg er rystet over, at der er medlemmer, der giver udtryk for, at de har haft lignende symptomer, uden at der bliver taget hånd om det på arbejdspladsen," siger 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen.

Derfor opfordrer hun nu sygeplejersker til at tage bladet fra munden og tale åbent om symptomer på kemoallergi.

Symptomerne kan ifølge afdelingslæge på Arbejdsmedicinsk klinik på Hillerød Hospital, Harald Meyer, være kløe i øjne og næse, åndenød og astmatiske symptomer.

Sikkerhedsrepræsentant eller kreds

"Hvis man er i tvivl om, hvorvidt man har symptomer på kemoallergi eller i øvrigt er betænkelig ved afdelingens forholdsregler, så vil jeg gerne opfordre de onkologiske sygeplejersker til at kontakte deres sikkerhedsrepræsentant eller den lokale kreds i Dansk Sygeplejeråd," siger Grete Christensen.

Dansk Sygeplejeråd håber, at opfordringen kan medvirke til at skabe et overblik



ARKIFOTO: JOHAN GUNSEIS

Efter *Sygeplejersken* i nr. 7/2008 fortalte om en kræftsygeplejerske, der har fået konstateret luftvejsallergi overfor kemoterapi, vil Dansk Sygeplejeråd nu undersøge, om andre sygeplejersker lider af samme bivirkning. "Jeg er rystet over, at der er medlemmer, der giver udtryk for at de har haft lignende symptomer uden at der bliver taget hånd om det på arbejdspladsen," siger 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen.

over forholdene på de onkologiske afdelinger og samtidig hjælpe de medlemmer, som oplever gener ved arbejdet.

Læs hele temaet om kemoallergi bragt i nr. 7/2008 på www.sygeplejersken.dk

Medaljens pris

En medalje er dybest set et tegn på, at nogen sætter pris på det arbejde, man udfører, f.eks. som udsendt sygeplejerske til krigs- eller katastrofeområder rundt om i verden. Og medaljemottagere er der mange af blandt danske og udenlandske sygeplejersker.

Om dem og medaljerne har Dansk Sygeplejehistorisk Museum i Kolding netop åbnet en særudstilling med flere end 900 dekorationer og mere end 2.000 emblemer, uniformer mv. fra hele verden. Udstillingen sætter fokus på modtagerne af Røde Kors-medaljerne, især på de 26 danske sygeplejersker, som siden 1920 har modtaget den prestigefyldte Florence Nightingale-medalje. 15 af disse medaljer vises på udstillingen, og det er første gang nogensinde, at så mange er samlet på ét sted. Udstillingens titel "Medaljens Pris" antyder, at medaljen har mindst to sider – nogen sætter pris på ens indsats, andre betaler en personlig pris som forudsætning for at modtage medaljen. Udstillingen varer helt frem til årets slutning, og i løbet af perioden holdes en række foredrag. Bl.a. fortæller fem sygeplejersker, som har modtaget Florence Nightingale-medaljen, om deres indsats for at få den.

(hbo)

Yderligere oplysninger om udstillingen findes på www.sygeplejemuseum.dk

PANIK FØR LUKKETID

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

◀◀◀ TILBAGEBLIK

Arbejdskraft. Med et underskud på nu 2.400 sygeplejersker sætter arbejdsgiverne nu alle kræfter ind for at skaffe østeuropæisk personale til landet. Men de er for sent ude, mener formanden for Danske Regioner.

Mange kender sikkert følelsen af at komme sidst til mølle. F.eks. når man et par dage efter, at nytårsaftens tømmermænd har lagt sig, bevæger sig gennem Strøget for at shoppe januarudsalg og opdager, at butikkerne er halvtomme og hylderne ribbet for de bedste slagtilbud. Man går tomhændet hjem og må efter et opgivende kig ind i det trøstesløse rædselskabinet af dårlige indkøb i tøjskabet konstatere, at man var for sent ude.

De danske hospitaler har på samme vis misset de seneste års udsalg af velvillige østeuropæiske sundhedsansatte, der drømte

om en fremtid med arbejde på vesteuropæiske hospitaler. Mens Irland og England for længst har hentet tusindvis af dygtige læger og sygeplejersker til de britiske øer, har de danske arbejdsgivere forsømt chancen for at tiltrække samme ressourcer. Det mener i hvert fald Bent Hansen (S), formand for Danske Regioner.

Til Ugebrevet A4 siger han: "Det er ikke så let, som det har været. Jeg tror, at overskuddet af arbejdskraft i Østeuropa er mindre, end det har været. Og det er, som om at Irland og England virker som mere attraktive lande, end vi gør."

Andre brancher har været hurtigere til at indse behovet for udenlandsk arbejdskraft, men sygehusene er først nu begyndt at afsøge mulighederne i Østeuropa. Således viser en kortlægning, som Ugebrevet A4 har foretaget af samtlige arbejdstilladelser, der er udstedt til østeuropæere siden EU's udvidelse i 2004, at kun en forsvindende lille gruppe har fået foden indenfor i den danske velfærdssektor.

I alt er der siden maj 2004 blevet udstedt 896 arbejdstilladelser til østeuropæere, der fik job på danske hospitaler, daginstitutioner eller i ældreplejen. Til sammenligning har eksempelvis landbrug og gartnerier hentet næsten 10.000 østeuropæere i samme periode.

Selvom de danske sygehuse muligvis er kommet sidst til mølle i kampen om de østeuropæiske sygeplejersker, klør de nu alligevel på.

Erkendelsen af, at der er mangel på sygeplejersker, gør nok, at vi nu går mere systematisk til værks end tidligere.

Men det har krævet et langt tilløb, fordi det ikke bare er et spørgsmål om at beslutte det.

Der skal forberedes meget, inden man kan slippe dem løs. Der er både bureaukratiske, sproglige og faglige barrierer, der skal overvindes," siger Birgitte Saugmann-Jensen, HR-chef på Gentofte Hospital til Ugebrevet A4.

"Vi må konstatere, at Roskilde Kommune er den eneste af kommunerne her i regionen, hvor der på flere områder ikke kan stilles et nødberedskab. Årsagerne er primært mangel på sygeplejersker, eller at der simpelthen er for få ansat til at klare blot de vigtigste opgaver. Den daglige bemanning er faktisk dårligere end det, der er nødvendigt i et nødberedskab."

Kreds næstformand i Dansk Sygeplejeråd Nils Håkansson i Roskilde Avis den 8. april 2008.



Patienten ønsker din undskyldning

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST

Anerkendelse. Ordet undskyld styrker patientens tillid, når der sker fejl i sundhedsvæsenet. Dansk Selskab for Patientsikkerhed vil lære læger og sygeplejersker at vise større åbenhed og ærlighed om de utilsigtede hændelser.

Sig undskyld. Sådan lyder opfordringen i en ny kampagne fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed, som bliver præsenteret på selskabets årsmøde den 21. april 2008. Kampagnen bygger på guidelines udviklet af patientambassadørerne i Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

"I USA har man reduceret de private søgsmål markant ved at sørge for at forklare de utilsigtede hændelser og sige undskyld på vegne af sundhedsvæsenet. Det amerikanske sundhedsvæsen er meget anderledes

skruet sammen end det danske, men det siger noget om, hvad det er, patienterne trigger på. De er ikke ude på at hævne sig, men de vil sikre sig, at hændelserne ikke sker igen," siger projektleder i Dansk Selskab for Patientsikkerhed Vinnie Andersen.

Dansk Sygeplejeråd har påpeget, at det er vigtigt, at undskyldningen tager afsæt i patientens behov. Det er naturligt, at det er den person, som patienten har mest tillid til, der tager den svære samtale, men undskyldningen skal gives på vegne af sundhedsvæsenet og ikke på vegne af den involverede sundhedsperson.

"Det vigtige er, at vi giver patienten en vis form for sikkerhed for, at den samme hændelse ikke sker for andre f.eks. ved at love at lave en kerneårsagsanalyse af hændelsen. På den måde kan vi være med til at skabe

mening i meningsløsheden. Jeg tror, at en undskyldning kan styrke tilliden og samarbejdet mellem patient og personale," siger konsulent i Dansk Sygeplejeråd Susanne Richter.

"Vi forsøger at skabe de rette rammer og redskaber efter utilsigtede hændelser, og i den forbindelse er omsorg for patienter, pårørende og personale en standard i Den Danske Kvalitetsmodel (fra Sundhedsstyrelsen, red.). Vi vil gerne være proaktive også i forhold til kommende lovgivning, der vil gøre det muligt for patienter og pårørende at indberette fejl," siger kvalitetskoordinator på Sygehus Himmerland, cand.scient.adm. Anja Viegh Jørgensen.

Læs mere om den danske kampagne "Sig undskyld" på www.patientsikkerhed.dk

RETTELSE

I artiklen "Fra kontrol til frihed" i *Sygeplejersken* nr. 7/2008, side 47, Boks 2, afsnittet om "Behandling i basal-bolus-regime", er følgende formulering af sidste afsnit mere korrekt end det angivne: "Basinsulinen er doseret korrekt, når blodsukkeret holder sig stabilt uden for måltidene, og bolusinsulinen er doseret korrekt, når blodsukkeret før og 1,5-2 timer efter måltidet (præ- og postprandialt blodsukker) er ens."

Redaktionen

Vidste du at ...

... lave kvinder lever længere? Det har vist sig, at et af de gener, der kan forbindes med langt liv, også kan forbindes med lav højde.

Kilde: The Proceedings of the National Academy of Science/Dagens Medicin.

Vidste du at ...

... flere og flere østeuropæiske læger flyver til Storbritannien for at tage week-endvagter i det britiske sundhedsvæsen? På en enkelt weekend kan lægerne tjene, hvad der svarer til en hel månedsløn som læge i eksempelvis Polen. Lægerne bliver af den britiske nyhedsstation BBC kaldt "de flyvende polske læger".

Kilde: BBC, den 16. januar 2008.

Vidste du at ...

... fødevarerindustrien er den branche, hvor kvinder har størst risiko for at få slidte knæ? Hvis man sætter alle erhvervsaktive kvinders risiko til 100, ligger risikoen for kvinder i mejerivirksomheder på 146, og kvinder på slagterier følger lige efter. Kvindelige medarbejdere på sygehuse og i hjemmeplejen har en risiko på 116.

Kilde: www.arbejdsmiljoforskning.dk

316 patienter undgik døden

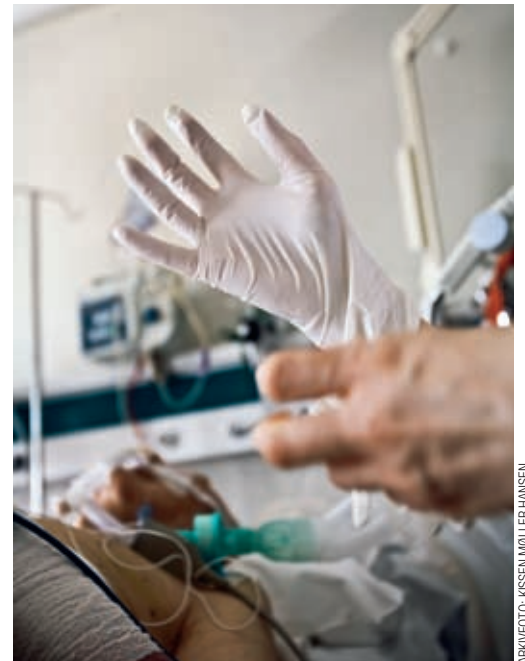
AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

Operation Life. 3.000 patienter skal redde livet i løbet af 18 måneder, bekendtgjorde kampagnen *Operation Life* i april 2007. På de første ni måneder har 316 patienter reddet livet.

Fra april til december 2007 døde 316 patienter færre end forventet i forhold til 2006-niveauet – det svarer til godt én patient hver dag. Det viser nye såkaldte HSMR-tal, som er en mortalitetsrate, der viser et indeks for dødelighed af de 76 diagnoser, der er årsag til fire ud af fem dødsfald i Danmark. *Beth Lilja Pedersen*, der er læge og sekretariatsleder i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, er tilfreds med udviklingen i HSMR-tallene i forhold til *Operation Life*-kampagnens mål om at spare 3.000 liv i løbet af 18 måneder frem til oktober 2008. Målet skal nås ved at indføre seks enkle tiltag.

"Vores kurve går som forventet, og sammenligner vi med den amerikanske *Operation Life*-kampagne, går kurven på samme måde. Stigningen kommer til sidst," siger *Beth Lilja Pedersen*, som regner med at nå målet.

Metoden i *Operation Life* er at skabe et gennembrud ved at øge patientsikkerheden på enkelte afdelinger og derefter håbe, at de gode resultater spredes sig til andre afdelinger og sygehuse. Alle sygehuse i Danmark er tilmeldt kampagnen, men der er stor forskel på entusiasmen i de enkelte regioner og på de enkelte sygehuse. Region Sjælland har været en af de mest aktive regioner. Det er samtidig den region i Danmark, der har højst dødelighed blandt sygehuspatienter. Intensiv afdeling på Næstved Sygehus har testet flere tiltag i *Operation Life* og kan i dag dokumentere, at alle respiratorpatienter får tilbudt den bedste praksis. De arbejder også med forebyggelse af infektioner ved anlæggelse af centrale venekatetre og med forebyggelse for patienter med blodforgiftning. Afdelingssygeplejerske *Lillian Wulff* erkender, at det er en kæmpe mundfuld at arbejde systematisk med patientsikkerhed. Både når det gælder implementering og fastholdelse af praksis.



ARKIFOTO: KISSEN MØLLERHANSEN

Intensiv afdeling på Næstved Sygehus har afprøvet flere af tiltagene i *Operation Life* og kan dokumentere, at tæt på alle respiratorpatienter har fået tilbudt den bedste praksis.

"Det har betydet, at vi har måttet sætte andre ting i bero, mens vi har implementeret de nye tiltag. Men det er noget, vi kan bruge, og rutinerne skal vi alligevel have på plads i forbindelse med akkreditering," siger *Lillian Wulff*.

Operation Lifes strategi med at lade de gode resultater brede sig har virket. Intensiv afdeling har haft mange studiebesøg fra andre intensivafdelinger i regionen, fra andre regioner og fra Malmø.

Læs om, hvordan intensiv afdeling på Næstved Sygehus arbejder med patientsikkerhed, i arbejdspladsreportagen "De begrænser komplikationer for respiratorpatienter" på side 42.

Læs om *Operation Life* på www.operationlife.dk

]]] FOR TIDLIGT AT TALE OM EN NY TREND I DØDELIGHED

Hvert år dør i omegnen af 26.000 patienter på sygehuse i Danmark, men nye tal indikerer, at dødeligheden er faldet lidt fra 2006 til 2007. Dansk Selskab for Patientsikkerhed måler dødeligheden ved hjælp af et såkaldt HSMR-tal (HospitalsStandardiseret MortalitätsRatio), som er beregnet af klinisk epidemiologisk afdeling ved Aarhus Universitet på baggrund af tal fra Landspatientregisteret. Hvis man sætter HSMR-tallet til 100 i 2006, er tallet 98 for de første tre kvartaler af 2007. Omregnet til antal hoveder svarer det til, at 316 patienter færre har mistet livet i 2007. Tallene er omgærdet af statistisk usikkerhed, og udviklingen i dødeligheden er ikke statistisk signifikant. Man kan endnu ikke tale om en trend i retning af faldende dødelighed på sygehuse. En region eller et hospital kan have et godt eller et dårligt HSMR-tal i forhold til landsgennemsnittet, som sættes til tallet 100. Region Hovedstaden har det bedste tal på 93. Region Sjælland har det højeste tal på 110, men har forbedret sig i forhold til året før, hvor det var 112. Hvert tredje sygehus har oplevet en højere dødelighed i 2007 i forhold til 2006, mens to tredjedele har haft lavere dødelighed.

Kilde: www.operationlife.dk

Mange kongresforslag om DSRs struktur

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: LARS HORN

Lokale forberedelser. Dansk Sygeplejeråds kredse fremsætter mange forslag vedrørende Dansk Sygeplejeråds egen struktur til den kommende kongres. Nordjylland har været mest beskeden med bare ét forslag.

En væsentlig del af forberedelserne til den ordinære kongres er de lokale kredses behandling af forslag til kongressen. Såvel egne forslag som forslag fra de øvrige kredse. Ved den første behandling af forslagene i hovedbestyrelsen var antallet af forslag denne gang 42. Det er flere end sædvanligt og afspejler, at det er gjort lettere for kongressens medlemmer at fremsætte forslag til behandling på kongressen.

Langt hovedparten af forslagene vedrører ændringer i Dansk Sygeplejeråds love, i første række valgkredsstrukturen, valg af kreds-næstformænd og kredsbestyrelse



Kongressens mange forslag behandles i to omgange i de lokale kredse. Medlem af kredsbestyrelsen i Nordjylland, Ida Pedersen, markerer for at få ordet.

samt vilkår for tillidsrepræsentanter og sikkerhedsrepræsentanter. Fra to kredse er fremsat forslag vedrørende ændret fordeling af kontingentkroner mellem Dansk Sygeplejeråds kredse og Dansk Sygeplejeråd centralt. Alt sam-

men emner, der tidligere har været genstand for langvarige kongresdebatter.

Dansk Sygeplejeråds Kreds Nordjylland havde som de øvrige kredse første behandling af de mange kongresforslag ved mø-

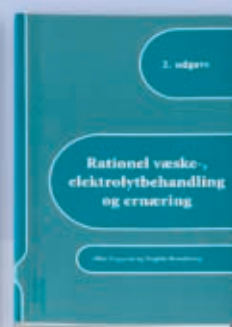
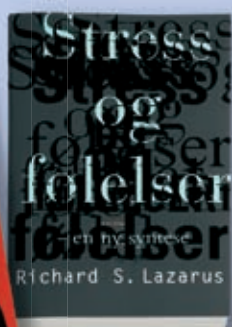
det umiddelbart før det ordinære hovedbestyrelsesmøde i april.

Kreds Nordjylland har været aller mest "beskeden" med kun ét kongresforslag, der i øvrigt vedrører valg af kreds-næstformænd og er på linje med fem andre forslag med samme indhold fra andre DSR-kredse.

Allerede ved den første behandling af kongresforslagene blev antallet reduceret fra 42 til 41, men tallet forventes at blive reduceret yderligere ved den videre behandling i kredsene, når kredse med næsten identiske forslag enes om at trække et eller flere forslag til fordel for et andet. Når kongresforslagene har været behandlet ved hovedbestyrelsens sidste ordinære møde (6.-7. maj) inden kongressen, vil de kunne læses på den særlige kongreshjemmeside på www.dsr.dk

Få 2 bøger for kun 29 kr. pr. stk.

+ 39 kr. i porto og eksp.



Få ny inspiration til dit arbejde og bogklubbøger som ofte er 45% billigere end du kan købe dem til andre steder.

Vind en rejse til Paris!

sundhedsprof.dk



FOTO: JOHNNY WICHMANN

Tankeloft. Onsdag den 9. april klokken 10.29. Dorthe Kjærsgaard Christensen og hendes søn Emil på otte år under den nye dekoration, der hænger fra loftet på børnehospitalets afsnit H7 på Odense Universitetshospital. Små mini-verdener hænger fra loftet på tre af afdelingens stuer. Godt at få en snak om, når personalet har behov for at aflede de mindste patienters opmærksomhed, lyder det. (snp)

Det patientsikre sygehus

Støj, afbrydelser og trange lokaler har skylden for mange af de fejl, der sker i sundhedsvæsenet. Patienter, der falder og brækker hofter og ben, ordinationer, der bliver opfattet forkert, forbytning af medicin, forkerte pårørende, der bliver underrettet. Nu vil Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Trygfonden komme med anbefalinger til, hvordan fremtidens patientsikre sygehus skal indrettes, f.eks. det gode baderum, det gode medicinrum, den patientsikre sengestue og vagtstuen, som sikrer arbejdsro. Projektleder er sygeplejerske *Elisabeth Brøgger Jensen*.

Projektet, der skal løbe over de næste to år, blev præsenteret på Danske Regioners konference 11. marts om Fremtidens Sygehusbyggeri. De næste 10-15 år skal regionerne investere 100 mia. kr. i nybyggeri og ombygninger af sygehuse landet over.

(sbk)

Læs mere om projektet "Patientsikkerhed og sygehusbyggeri" på www.patientsikkerhed.dk

Deltidsansatte har også ret til fuld erstatning

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

Gennembrud. Dansk Sygeplejeråd har vundet en retssag for en sygeplejerske, som kan få stor betydning for alle lønmodtagere, der får en arbejdsskade, mens de er på deltid.

Fuld erstatning til folk, der rammes af en arbejdsskade i en periode af arbejdslivet, hvor man har valgt at gå på deltid. Det kan blive konsekvensen af en retssag, som Dansk Sygeplejeråd netop har vundet for en sygeplejerske i Byretten i Glostrup.

En 47-årig sygeplejerske fik 17. april 2001 en arbejdsskade i forbindelse med forflytning af en borger i hjemmeplejen. I 2004 fik hun erstatning for sit erhvervsevnetab på 50 pct., men erstatningsbeløbet blev udregnet på baggrund af hendes deltidsløn på skadestidspunktet.

Dansk Sygeplejeråd og sygeplejersken argumenterede for, at erstatningen skulle beregnes ud fra en fuldtidsløn, fordi sygeplejersken tidligere havde arbejdet på fuld tid, men midlertidigt var gået ned i tid i nogle år for at kunne tage sig af sine små børn. Det var tilfældigt, at arbejdsskaden ramte netop i den periode, men den økonomiske konsekvens blev, at erstatningen for et helt livs tabt indkomst blev sat efter den midlertidige deltidsløn. Arbejdsskadestyrelsen mente på den anden side, at der manglede dokumentation for, at sygeplejersken ville være begyndt at arbejde på fuld tid igen, når børnene var blevet store. Sagen handlede derfor om at sandsynliggøre, hvad der ville være sket, hvis skaden ikke var indtruffet, og her

vandt sygeplejersken sagen med hjælp fra Dansk Sygeplejeråds advokat Brian Malmros fra Elmer & Partnere.

"Dommeren har lagt vægt på, hvordan sygeplejersken arbejdede, før skaden skete, og de konkrete omstændigheder, der var årsag til, at hun var på nedsat tid, samt tillagt det betydning, at hun udførte et arbejde i hjemmet, som har lige så stor værdi som erhvervsarbejde. Mange mennesker går på nedsat tid i kortere eller længere tid, og hvis der uheldigvis sker en skade, mens man er på nedsat tid, kan de tilfældige forhold betyde, at man ikke får fuld erstatning. Sagen er principiel vigtig, fordi erstatningen skal dække den arbejdsskadede frem til pensionen," siger Brian Malmros.

Sagen har også betydning i et ligestillingsperspektiv, da det oftest er kvinder, der går på deltid i en periode for at passe børn. Ifølge 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, *Grete Christensen* har sagen stor principiel betydning.

"Mange af vores medlemmer arbejder i en periode af deres arbejdsliv på nedsat tid, men vender senere tilbage på fuld tid. Det er en vigtig afgørelse også for andre i samme situation," siger hun.

Den 47-årige sygeplejerske skal nu have udbetalt omkring 350.000 kr. ekstra i erstatning. Arbejdsskadestyrelsen kan dog vælge at anke sagen inden 29. april, som det for nylig er sket i en lignende sag vundet af fagforeningen FOA. Hvis Dansk Sygeplejeråds sag ankes, skal den prøves i landsretten.

Ingen sure tæer, tak!

Fine fusser. Sandaler, træsko eller Crocs. Komforten er i højsædet, når sygeplejerskerne vælger fodtøj, der skal bære dem godt, behageligt og ikke mindst lugtfrit gennem en arbejdsdag.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

Lene Møller Berntsen, sygeplejerske på akut medicinsk modtageafsnit og intensivt afsnit N1, Regionshospitalet Silkeborg. Fodtøj: Crocs.

Hvorfor har du de sko på, du har?

"Jeg havde hørt meget godt om dem, bl.a. at man går godt i dem, og det gør jeg. Jeg kan godt lide, man kan få dem i mange forskellige friske farver, de bliver ikke sure, og man kan smide dem i vaskemaskinen. Det er behageligt, at der er små dupper inde på sålen, og det er også rart, at remmen kan sættes både bag hælen og foran."

Har du nogensinde haft problemer med fødder, ben eller ryg, som kan skyldes, du går og står meget?

"Nej, faktisk ikke. Jeg er nok lidt fodformet og har altid sørget for at have godt fodtøj. Og jeg tror også, fødderne vænner sig til det, i dag kan jeg f.eks. ikke holde ud at have et par "pæne" damesko på en hel aften. Derudover får jeg en fodbehandling en gang imellem, og jeg smører også mine fødder med god creme med jævne mellemrum."

Ifølge en fodfysioterapeut er Crocs' svaghed bl.a., at remmen ikke kan justeres, så de sidder godt fast på foden. Hvad mener du?

"Det problem har jeg ikke, jeg synes, de passer fint til mine fødder og sidder godt fast."



Esben Stræde, sygeplejerske på akut medicinsk modtageafsnit og intensivt afsnit N1, Regionshospitalet Silkeborg. Fodtøj: Sandaler, "Matas de billigste."

Hvorfor har du de sko på, du har?

"Jeg vil gerne have luft til tæerne, og det får jeg i sådan her nogle sundhedssandaler. Men det er generelt svært for mig at finde gode sandaler. Jeg vil gerne gå uden sokker, især om sommeren, men så bliver sandalerne hurtigt sure."

Har du nogensinde haft problemer med fødder, ben eller ryg, som kan skyldes dit job?

"Egentlig ikke, men jeg er også meget aktiv i min fritid og benytter mig bl.a. af det træningstilbud, vi har her på sygehuset."

Gør du noget særligt for at passe og pleje dine fødder?

"Ikke specielt, men når jeg vælger fodtøj, lægger jeg stor vægt på, at komforten er i orden. De skal være luftige og ikke mindst sidde ordentligt fast på foden."



Mette Heiselberg Hoff, sygeplejerske på intensivafsnit NI, Regionshospitalet Silkeborg. Fodtøj: Sandal af mærket MBT.

Hvorfor har du de sko på, du har?

"Det har jeg først og fremmest, fordi man ikke står helt fast, når man står stille. Den buede sål tvinger mig til at arbejde med min holdning, og jeg kan mærke, mine mavemuskler og lænd er blevet stærkere, efter jeg skiftede til de her sandaler. De aflaster min ryg og lænd, og man får en speciel gang i dem, der gør, at man får fat i nogle andre muskelgrupper. Før jeg fik MBT-sandaler, kunne jeg godt være træet i lænden og øm i mine hæle efter en lang arbejdsdag, det har jeg ikke været siden."

Hvad er vigtigt for dig, når du vælger fodtøj?

"Jeg vælger sko efter, om de er funktionelle. De skal være støddabsorberende, sidde godt fast, og jeg skal kunne gå godt

i dem. Jeg har sokker på, fordi jeg er kuldsvær."

Gør du noget særligt for at passe og pleje dine fødder?

"Ikke andet end jeg rasper hæle og tager fodbad efter behov."



Jane Lassen, sygeplejerske på anæstesiaafsnit NA, Regionshospitalet Silkeborg. Fodtøj: Træsko uden hælklappe.

Hvorfor har du de sko på, du har?

"Jeg fik dem og en anden model at vælge imellem, da jeg blev ansat, og så valgte jeg de her, da de er mest behagelige at have på. De har en let og blød sål, og det er vigtigt, da jeg skal kunne holde ud at have dem på i 24 timer, uden jeg bliver øm i ben eller

lænden."

Har du nogensinde haft problemer med fødder, ben eller ryg, som kan skyldes dit job?

"Det har jeg, især ømhed i lænden, og jeg har lagt mærke til, at det typisk sker under en lang vagt, hvor jeg har haft træsko på med for hård sål."

Gør du noget specielt for at passe og pleje dine fødder?

"Nej, det må jeg indrømme, at jeg faktisk ikke tænker over."

Ifølge en fodfysioterapeut er åbne træskos svaghed bl.a., at føddernes muskler skal arbejde meget for at holde dem fast. Hvad mener du?

"Jeg synes, de sidder godt fast, og har ingen problemer med, at de hverken har rem eller hælklappe."

Læs også temaet om sunde fødder på side 16.



Kilometervis. Sygeplejersker, som går og står hele dagen, skal have fodtøj, som både støtter og støddæmper. Ellers bliver de mere trætte, end de behøver.

HJÆLP DINE

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Det ser faktisk ret fornuftigt ud, det fodtøj sundhedspersonale går med, synes fodfysioterapeut *Marianne Christensen*, Aalborg Sygehus.

”Rigtig mange forsøger at finde fodtøj, der kan holde til, at de går meget. Fodtøj, der både er luftigt og støtter godt,” siger hun.

”Den fejl, man oftest ser, er træsko og sandaler uden hælkappe eller en rem, der sidder fast om hælen.”

En hel arbejdsdag i for løst fodtøj kan gøre én mere træt, end man behøver at være.

”Men det er ikke sikkert, man tænker over, om fodtøjet kan være en del af forklaringen. For man er jo træt, når man har gået langt. Så det er en skjult træthed,” siger Marianne Christensen.

Sko, sandaler og alt andet fodtøj skal støtte foden og have en god støddabsorption. Det er de helt grundlæggende krav til det, man skal gå og stå i.

”Mange vælger åbne sandaler, fordi de får varme fødder i lukket fodtøj. Men sandaler skal stadig sidde godt fast og støtte foden.

Hvis den ikke gør det, skal foden arbejde for at få sandalen eller skoen med sig. Det kan føre til overbelastning af musklerne og forkerte fodstillinger.”

Fødderne er bygget, så de kan dæmpe det stød, man får, når man sætter hælen i jorden. Hvis man altså går rigtigt på fødderne, og det forudsætter igen, at fodens bevægelser ikke bliver forhindret af fodtøj, der er for stift, og at man ikke skal bruge kræfter på en sko, der sidder for løst.

Men i et eller andet omfang forplanter stød sig stadig op gennem kroppen til f.eks. knæ og hofter. Derfor skal sko og sandaler også have en støddabsorberende funktion, når man er på benene hele dagen.

”Dvs. at sålen skal være af gummi eller et andet blødere materiale,” siger Marianne Christensen.

”Det kan dog være svært at gennemskue kvaliteten. Nogle gange hænger pris og kvalitet sammen, men det kan godt lade sig gøre at finde gode billige sandaler.”

Uanset om de er billige eller dyre, så er det en god idé at skifte sko og sandaler ud, før de er slidt helt op, tilføjer Marianne Christensen.

”Man plejer at sige, at der er 1.000 kilometer i et par løbesko, og på samme måde er det med arbejdssko: De mister efterhånden spændstigheden. Så tjek dem mindst én gang om året.”

Godt fodtøj til arbejdsbrug skal:

- sidde godt fast på foden
- være så smidigt, at foden kan bevæge sig
- have en støddabsorberende sål
- have 1-2 cm hæl, det giver en bedre gang
- skiftes ud, før det er helt slidt op.



FØDDER

Vidste du at ...

... problemer i knæ, hofter og ryg kan skyldes, at du står og går forkert på dine fødder?

Kilde: Sunde Fødder.

>>> FORKÆL DINE FØDDER

- Tag et lunkent fodbad et par gange om ugen.
- Massér fødderne ind i fugtighedscreme efter badet.
- Klip neglene lige over og ikke ned i siderne.
- Fjern hård hud med en fodfil.
- Skift fodtøj flere gange om dagen, også på arbejde.
- Lav fodgymnastik.

>>> FIND DIT FODPROBLEM PÅ NETTET

Hælsmerter, hammertå eller knyst ved storetåen – på hjemmesiden www.foddoktor.dk kan du læse om din fodlidelse, og hvad der kan gøres ved den.

I pjecen Sunde Fødder kan du læse om de mest almindelige fodproblemer, og hvad du kan gøre for at forebygge dem. Pjecen kan downloades fra www.fysio.dk > service > pjecer

>>> Husk også hygiejnen

Fodtøj til brug på et sygehus er kun til arbejdsbrug og må ikke bruges andre steder. Operationspersonale får udleveret fodtøj til brug på operationsgangen.

Fodtøjet skal kunne vaskes eller pletdesinficeres, hvis der f.eks. kommer stænk af opkast eller blod. Dvs. at sko eller sandaler af stof ikke er egnede.

Crocs kan gå i vaskemaskinen. Det skal træsko og sandaler ikke nødvendigvis kunne, men de skal kunne vaskes med vand og sæbe eller desinficeres med sprit på en klud.

Kilde: Statens Serum Institut, Den Centrale Afdeling for Sygehushygiejne.

TO KLASSIKERE OG EN LANDEPLAGE

Mens engelske sygeplejersker går i solide snøresko, også på sygehuset, vælger danske sygeplejersker træsko, sandaler og Crocs. Sygeplejersken har bedt fodfysioterapeut *Marianne Christensen* kommentere de tre foretrukne former for fodtøj.



Træsko

Godt: Moderne træsko af stødabsorberende materialer er velegnede til at gå og stå i.

Skidt: Hvis man vælger en type, der er åben bagtil, skal fodens muskler arbejde for meget. De gammeldags træsko er ikke stødabsorberende, og de er så stive, at foden ikke kan bevæge sig, som den skal. Derfor sker bevægelsen andre steder, som ikke er beregnet på det, f.eks. ankelled og knæ. Hvis foden ikke kan bevæge sig, bruger man heller ikke fodens egen stødabsorption. Stød forplanter sig altså til knæ og hofter. Og så er de gammeldags træsko tunge, så man skal arbejde bare for at løfte foden. Man bliver træt og får et hårdt nedsæt.



Sandaler

Godt: Man kan sagtens finde sandaler med god støtte til foden og god stødabsorption. Der skal være en rem om hælen, og det er en god idé at se efter remme, der kan justeres med spænde eller velcro. Der må også gerne være lidt støtte i svangen, så foden ikke falder indad.

Skidt: Sandaler uden hælrem, som man bruger kræfter på at løfte. Stive sandaler uden god stødabsorption. Hvis foden ikke kan bevæge sig i en stiv sandal og samtidig sidder for løst, får foden ikke støtte nok til at gå de mange skridt om dagen.



Crocs

Godt: De er lette og bløde. Kan bruges som skiftesko eller hurtige af-og-på-sko.

Skidt: De støtter ikke foden tilstrækkeligt, hvis man skal gå en hel dag, og bør ikke bruges af dem, der har brug for støtte i svangen. De kan ikke justeres, så de sidder godt fast på foden.

>>> ÅREKNUDER – EN ERHVERVSRISIKO

Operationssygeplejersker og andre, der skal stå stille i mange timer, har brug for fodtøj med særlig god stødabsorption.

Man kan forebygge kredsløbsproblemer ved at skifte stilling og gå lidt rundt, når man kan komme til det. Allerbødest, hvis man er begyndt at få problemer, er, hvis man kan komme til at lægge sig ned og lave venepumpøvelser en gang imellem.

))) VRIKKER DU OM PÅ FODEN?

Hvis du tit vrikker om på foden og har tendens til forstuvninger, skal du have sko eller sandaler, der sidder godt fast på foden. Pas på med træsko.

Det kan du gøre: Du kan træne dig til bedre stabilitet i fodledet ved at lave stående balanceøvelser eller øvelser på vippebræt.

Se forslag på www.gomotion.dk > Skader > Øvelser

TRE SLAGS FØDDER

Se på højden af din svang. Den afgør, hvilken type fod du har. Du kan også teste din fodtype på denne måde: Læg et stykke papir på badeværelsegulvet og tag et skridt på det med våde fødder. Aftrykket afslører din fodtype.



Lav svang

Også kaldet platfod. Foden er meget fleksibel og har brug for støtte. De fleste med lav svang træder for meget ned på indersiden af foden.

Risiko: Uden tilstrækkelig støtte og stabilitet risikerer man ømhed og smerter, fordi fodstillingen bliver forkert. Det giver belastninger i selve foden, men også videre op i kroppen.

Du skal vælge: Fodtøj med fast hælkappe. Hvis du vælger en sandal med hælrem, hjælper det, hvis sandalen har støtte i svangen, dvs. at sålen er let hævet her.



Neutral svang

Fødder med neutral svang kræver ingen specielle hensyn.



Høj svang

Også kaldet hulfoot. Vristen er høj, og der kan være hård hud oven på foden. Selve foden er ret stram i det.

Risiko: Fodens naturlige støddæmpning er reduceret, og man risikerer overbelastning af fodens muskler og sener, f.eks. akillesenen. Når støddæmpningen er reduceret, kan belastningen også forplante sig til ankler, knæ og hofter.

Du skal vælge: Fodtøj med ekstra god støddabsorption.

ILLUSTRATION: KRISTOF BIEN

Vidste du at ...

... højhælede sko øger belastningen på dine knæ med 23 pct.?

Kilde: Lancet/www.foddoktor.dk

Vidste du at ...

... en person, som vejer 70 kg, belaster hver fod med ca. 100 tons for hver løbet kilometer?

Kilde: Sundhedsvidenskab

))) SPIDSE SKO OG SKÆVE TÆER

Nogle få er født med tendens til skæv storetå, men den helt overvejende årsag er spidse sko, og høje hæle gør ikke problemet bedre. Så selv om dine spidse støvler er helt vildt smarte – brug dem kun, når du går i byen.

En lille test kan vise, om problemet er blevet permanent, eller om du kan afhjælpe det med træning:

Stå med samlede fødder. Se, om storetæerne rører ved hinanden. Hvis ikke, så se, om du kan få dem presset sammen. Kan du ikke det, kan skaden på dine storetæer være permanent og måske kræve en operation.

Risiko: Storetåen har en vigtig funktion for det korrekte gangmønster. Hvis skaden er permanent, kan det give smerter fra knyst eller storetå.

Det kan du gøre: Lav fodøvelser, hvor du bevæger storetæerne væk fra de andre. Vælg sandaler med remme, der ligger bag storetåknysten, så de ikke trækker tæerne ind.

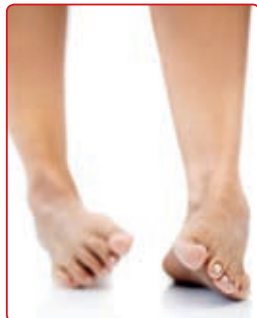
FEM HURTIGE FODØVELSER



Lav kraftige knyttebevægelser med tæerne.



Saml ting op med tæerne, f.eks. kugler.



Gå med krummede tæer på den udvendige fodrand.



Hold balancen på ét ben ad gangen, start med 10 sekunder hver.



Spred og saml tæerne så hårdt som muligt.

>>> Skæve støvlehæle og hård hud sladrer om problemer

Når man kigger på sine skosåler og ser, at hælene er slidt mere på ydersiden end indersiden, er det, som det skal være. Fodens naturlige støddæmpning består bl.a. i, at foden rammer jorden med ydersiden af hælen først, derefter flytter belastningen sig til indersiden af foden.

Hvis dine hæle derimod er slidt på indersiden, er det et tegn på overbelastning. Slid på indersiden ses ofte hos mennesker med lav svang.

Hård hud kan også sladre om fodproblemer. Hård hud i kanten af hælen er normal, men hvis du har partier med hård hud andre steder, kan det afsløre problemer.

På oversiden af foden kan det vidne om høj svang med dertil hørende dårlig støddæmpning. På ydersiden af storetå eller lilletå om for snævre sko. Under forfoden kan hård hud være tegn på forfodsnedensænkning.

Fodmassage er også med til at holde fødderne friske

Gnid alle steder på foden med begge hænder.

Tryk hele svangen og fodsålen igennem.



>>> HER ER DER HJÆLP AT FÅ

Knyster og nedgroede negle: Gå til fodterapeuten. Find den nærmeste på www.lasf.dk

Smerter: Gå til din læge.

Specialindlæg og træningsprogrammer: Hvis du har brug for udredning af fodproblemer, har mange fysioterapeuter fødder som speciale. De kan hjælpe med udredning, træningsprogrammer og specialindlæg. Find den nærmeste på www.krop-fysik.dk > Klinikguiden.

>>> KILDER TIL TEMAET

Fysioterapeut *Marianne Christensen*, Foden (pjece, udgivet af Ortopædkirurgien, Region Nordjylland), Sunde Fødder (pjece udgivet af Krop & Fysik/Danske Fysioterapeuter).

TING, SOM ER VIGTIGE FOR MIG

1. Filosofen *Uffe Juul Jensen* har været jordskreds betydende for, hvad jeg tænker om tilgangen til mit fag og mødet med det enkelte menneske. Han har et borende, gennemskuende blik på det danske sundhedsvæsen, og han kan i den grad bringe logikken frem.
2. Jeg er dårlig til at lave vagtplan, det er hele tiden noget, jeg skubber foran mig. Min vision er, at vores afdeling skal vokse sig dobbelt så stor, så vi kan ansætte en planlægger, der kan supplere mig.
3. Man kan ikke have fire børn, uden de kan få fat i far eller mor. Jeg kan godt lide altid at være tilgængelig også for mine medarbejdere, som er her om aftenen. Det bliver aldrig misbrugt.
4. Koen er faktisk lidt grim. Jeg fik den af en studerende med den begrundelse, at hun syntes, den lignede mig. Det var positivt ment – koen er farverig, og den ser glad ud. Her på afdelingen har vi et stort flow af studerende, og det er fantastisk berigende.
5. Jeg læser meget faglitteratur om ledelse og pædagogik eller diagnosespecifikke bøger om f.eks. geriatri og Parkinson. Mine medarbejdere kan sjældent komme ud af mit kontor, uden de lige har fået en lille bog med, som de kan læse i.
6. Der er ikke noget, jeg påskønner mere end at have god tid til at lave mad og have gæster. Det må gerne være spicy. Jeg kan godt lide at rejse og komme ud og smage maden.



Nysgerrighed er vigtigt i mødet med andre mennesker

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Med fire små børn var der mange år, hvor tanken om at søge et lederjob ikke var oplagt. Da chancen endelig kom, føltes det som det helt rigtige. Det er 10 måneder siden, *Barbara Dyrmosé* sprang fra et job som udviklingssygeplejerske på medicinsk afdeling på Regionshospitalet i Horsens – et job hun var rigtig glad for – til en lederstilling på døgn-genoptræningscentret i Horsens Kommune. Afdelingen har speciale i genoptræning af mennesker med Parkinsons sygdom, men brugerne af afdelingen er også mennesker med nye og gamle hjerne-skader eller andre kroniske lidelser. *Barbara Dyrmosé* er 40 år og uddannet i 1995 på Århus Sygeplejeskole.

Familie: Bor i Stensballe uden for Horsens med sin mand *Sten* og sine fire børn: *Oskar*, 6, *Peter*, 8, *Amalie*, 10, og *Josefine*, 13.

Min funktion

På afdelingen arbejder en neurolog, terapeuter, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og socialrådgivere. Jeg er leder for plejepersonalet, 14 mennesker. Jeg kom ind i en afdeling, der allerede fungerede godt, hvor folk holder af at arbejde, og hvor borgerne kan lide at komme.

Det er fantastisk at være leder her. Jeg er helt vild med mine medarbejdere og det potentiale, vi har her. De er rigtig dygtige til at få en udvikling i gang hos de mennesker, der bliver henvist til os. Vi prøver

at være meget nysgerrige, når vi møder folk. Det kan godt være, at man kan sætte ord på diagnosen, men hvad den betyder for den enkelte, og hvordan den enkelte håndterer sin sygdom, er simpelthen så forskelligt.

Lige nu

Lige nu er udfordringen i mit job bl.a. at sørge for et godt samarbejde mellem vores afdeling og myndighedsafdelingen i den sammenlagte kommune. Som noget nyt skal borgerne visiteres til vores afdeling af en central visitator. Jeg forsøger at netværke for at lære vores nye interesserter at kende. Det er et politisk system, som man skal lære at agere i.

Jeg kan godt lide at forsøge at regne ud, hvordan man får indflydelse. Det er spændende at få lov til at italesætte, hvem vi er, før vi er defineret. Jeg agiterer for at få os omdøbt til en rehabiliteringsafdeling, fordi det er mere bredt og dækkende for det, vi laver.

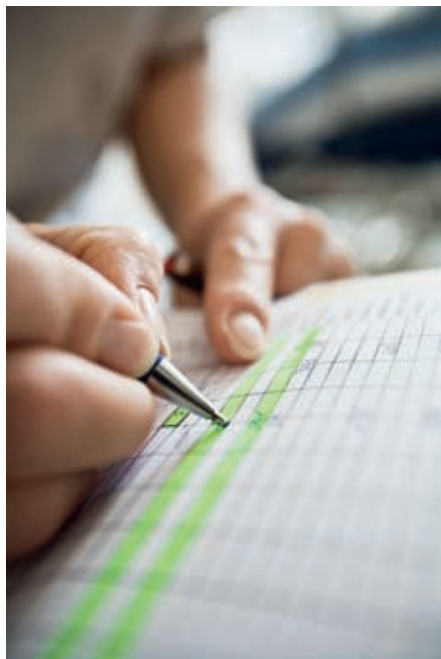
Om fem år

Jeg er lige startet på en diplomlederuddannelse, det er min første lederuddannelse, men det bliver ikke den sidste. Om fem år er jeg helt sikkert stadig i en lederstilling. Jeg har meget at lære, og jeg skal lære mig selv at kende som leder.



Wake-up call. Det har været en øjenåbner for sygeplejerskerne på intensiv afdeling på Næstved Sygehus at arbejde systematisk med respiratorpatienters sikkerhed i kampagnen Operation Life.

Afkrydsning på tjeklisten som dokumentation for, at respiratorpatienten har fået den bedste praksis som anbefalet i Operation Life. Derefter skal data indrapporteres til en landsdækkende database.



Intensiv afdeling arbejder med flere elementer i Operation Lifes kampagne: forebyggelse af infektioner ved CVK og forebyggelse i forhold til sepsispatienter.



Akut eller stabilt. Hektisk eller roligt. Arbejdet skifter fra time til time på intensiv afdeling. Marianne Skrubbeltrang Hansen hjælper sin kollega Anja Hegnelt med en respiratorpatient, som lige er kommet retur fra CT-undersøgelse.



DE BEGRÆNSER KOMPLIKATIONER HOS

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

Intensiv afdeling på Næstved Sygehus er en af landets sikreste at være intensiv patient på. På gangen hænger en fin kurve, der viser, at næsten 100 pct. af respiratorpatienterne i dag får tilbudt den bedste praksis og dermed har mindre risiko for komplikationer under indlæggelsen. Intensiv afdeling har været med i den landsdækkende kampagne Operation Life fra start i foråret 2007. Målet er at redde 3.000 liv på landsplan i løbet af 18 måneder ved hjælp af seks konkrete tiltag. Et af dem er at forhindre

dødsfald pga. pneumoni og dyb venetrombose som følge af respiratorbehandling.

En simpel ting, som kan have afgørende betydning for patientens chance for at overleve, er hældningen på sengens hovedgærde. Den skal være mellem 30 og 45 grader. Afdelingens Operation Life-team, der består af medlemmer af afdelingsledelsen, fik specialfremstillet en vinkelmåler, som blev præsenteret for personalet den morgen, hvor den rette elevation af sengene skulle gennemføres.

”Vi troede alle sammen, at vi i forvejen vidste, hvordan vi skulle elevare hovedgærdet på den rigtige måde. Men da vi afprøvede det, viste det sig, at der var forskel på vores opfattelse af, hvornår vinklen var mindst 30 grader,” siger sygeplejerske *Marianne Skrubbeltrang Hansen*.

Rutinen med at indstille sengenes hovedgærder korrekt blev indført hurtigt og effektivt.

”Nye plejeopgaver tager ofte lang tid at indføre, men i løbet af 14 dage var alle konsekvent begyndt at bruge vinkelmåleren,” siger Marianne Skrubbeltrang Hansen.

Daglig sedationsscoring og vurdering af patientens sedationsniveau havde intensiv afdeling tilsyneladende styr på, inden kampagnen gik i gang. Alligevel oplever Marianne Skrubbeltrang Hansen, at patienterne i dag kommer hurtigere gennem indlæggelsen, og at kvaliteten er blevet bedre.

”Vi er blevet mere opmærksomme på, at

))) HVAD ER DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN PATIENT FOR NYLIG?

”Det var en aften, hvor vi havde pænt travlt, og der blev meldt en meget dårlig hjertepatient, som hurtigt blev kørt ind på afdelingen fulgt af narkoselæge og -sygeplejerske og en medicinsk læge. Han var vågen og havde respirationsbesvær. Vi arbejdede hektisk med at intuere ham, og vi beroligede ham, mens sedationsmedicinen blev gjort klar. Da han var stabil, gik jeg ind til de pårørende for at samle op på, hvad der var sket. Jeg gik fra afdelingen med en god fornemmelse. Vi havde reddet hans liv.”



Den specialfremstillede vinkelmåler viser den hældning, der bedst forebygger lungebetændelse hos respiratorpatienter. Et kvikt hoved på afdelingen fandt dog hurtigt ud af en nemmere måde at tjekke vinklen på. Under sengene sidder en hvid plastikdums, og når den er hævet over den nederste tremme i sengehesten, er vinklen rigtig.



Patienten er nødt til at være sederet til at sove, da han har svært ved at acceptere, at han er intuberet og tilkoblet respirator. Derfor må sygeplejerskerne opgive at lave den daglige såkaldte "wake-up call". Hver dag skal patienterne så vidt muligt vækkes.

RESPIRATORPATIENTER

patienterne ikke skal sove så tungt, og at lægerne skal huske at skrive præcist i journalen, hvilket sedationsniveau de ordinerer medicin til. Set i bakspejlet er det min fornemmelse, at nogle patienter tidligere sov tungere end nødvendigt, og at det kan have været med til at komplicere deres forløb," siger Marianne Skrubbeltrang Hansen.

Intensiv afdeling kan ikke dokumentere, at de har reddet liv eller har nedbragt hverken indlæggelsestid eller respiratortid for patienterne. Patienternes tilstand og diagnoser er for forskellige til, at man kan sammenligne før og efter, afdelingen gik i gang med Operation Life. Afdelingen kan til gengæld dokumentere, at respiratorpatienterne får tilbudt den bedste praksis under deres indlæggelse. Til oktober 2008 slutter den landsdækkende kampagne, og til den tid vil det vise sig, om der er reddet 3.000 liv på landsplan.



Denne formiddag er hektisk, fordi der mangler to sygeplejersker ud af otte, som er normeringen i dagvagt til seks patienter. Marianne Skrubbeltrang Hansen dokumenterer sammen med sin kollega Kristine Olsen.

Anne Larsen har hyggevagten på 2. sal på Kirsebærhavens plejehjem et par gange om ugen. "Lille sommerfugl" og gamle revyviser er altid et hit, når hun finder sanghæftet frem og synger med beboerne, her Grethe Sørensen og Emil Jepsen.

Sene eftermiddage. En ekstra medarbejder i ulvetimen, når eftermiddagen er ved at blive til aften, har gjort underværker for stemningen på et københavnsk plejehjem.

ULVETIMEN ER AFLYST

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: ANNE-LI ENGSTRÖM

Et plejehjem i København har med få og enkle midler givet indhold til de sene eftermiddagstimer, hvor de fleste af dagens praktiske gøremål er overstået, og fællesarealerne let kommer til at ligge øde hen.

"Det er en ulvetime, hvor specielt beboere med demens let kan blive urolige," siger sous-chef *Eva Algreen-Petersen*, Kirsebærhavens Plejehjem i Valby.

"De kan mærke det, når mange medarbejdere går hjem kl. 15, og der ikke kommer så mange nye. De to medarbejdere, der er på arbejde i hver afdeling, er som regel optaget i plejeboligerne, og når der ikke er synligt personale på fællesarealerne, føler beboerne sig efterladt."

Nogle reagerer med at søge mod dørene,

andre begynder at råbe. Og plejepersonalet har svært ved at koncentrere sig om opgaverne i plejeboligerne, når de hele tiden skal have et øre på, hvad der sker i fællesarealerne.

"Det giver utilstrækkelighedsfølelser, når personalet skal være flere steder på én gang og hele tiden kan mærke, at der er nogle, der ikke har det godt," tilføjer Eva Algreen-Petersen.

Ønske fra aftenvagter

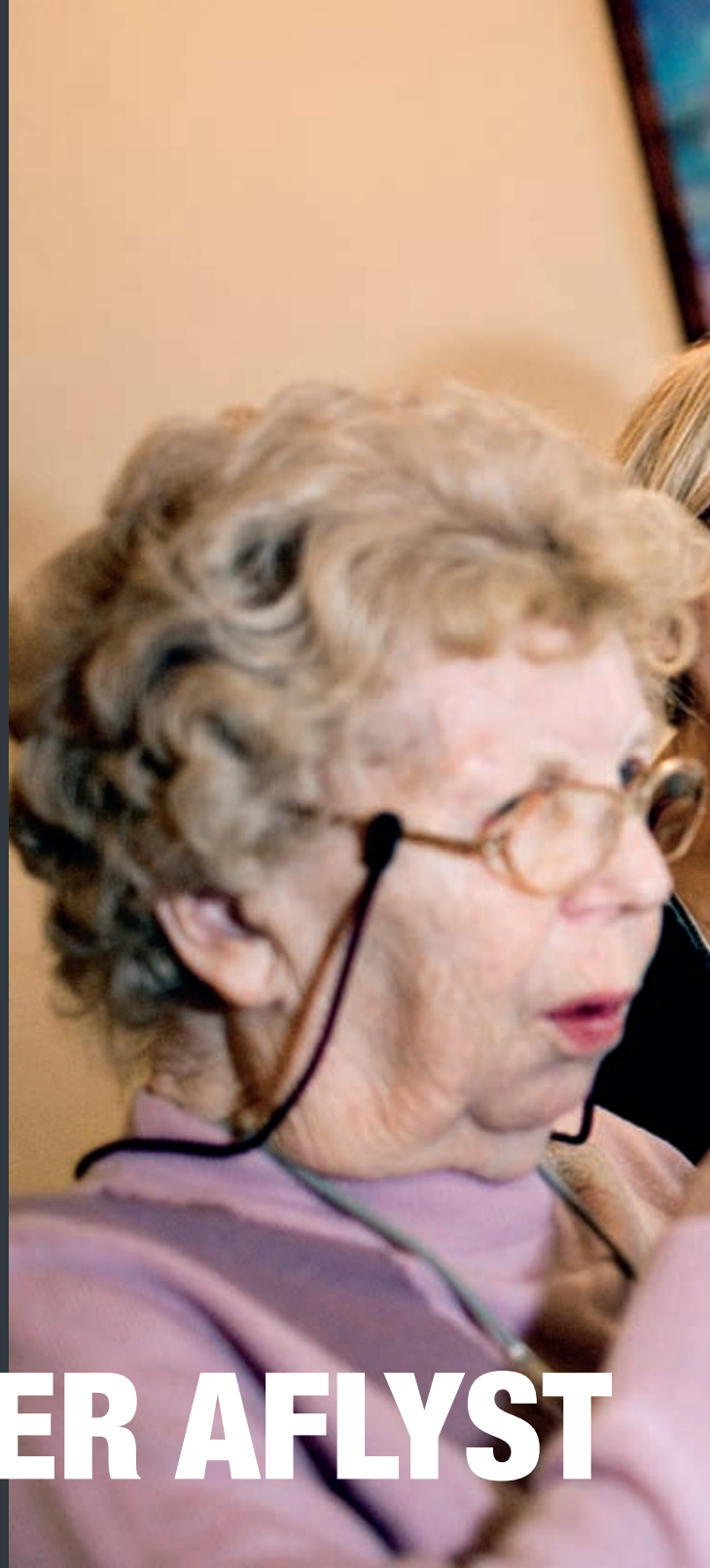
Mere nærvær, mere samvær, ikke mindst i de tyndt besatte eftermiddags- og aftentimer, er et tilbagevendende ønske fra plejhjemsbeboere og deres pårørende. Det viser f.eks. den seneste tilfredshedsundersøgelse fra Københavns Kommunes plejehjem (se næste artikel).

Men faktisk stammer idéen om en hyggevagt ikke fra undersøgelsen, men fra Kirsebærhavens faste aftenpersonale, fortæller Eva Algreen-Petersen.

Og da plejhjemmet ikke selv havde penge i budgettet til de ekstra timer, søgte ledelsen Socialministeriet om puljemidler og fik penge til at ansætte et ekstra styk plejepersonale fra kl. 15-19 et par gange om ugen i hver af de tre afdelinger.

Hyggemedarbejdere

Hyggemedarbejderen bestemmer selv, hvad der skal foregå, der er ingen særlige krav. Nogle bager kager, synger eller læser højt, men at være hyggemedarbejder kan også bare bestå i





at sidde i fællesarealerne sammen med beboerne, holde samtalen i gang og afværge optræk til konflikter.

På 2. sal er det ofte *Anne Larsen*, der har hyggevagten. Hun synger med beboerne, læser højt eller går en tur på biblioteket med de raskeste. Når aftensmaden bliver serveret klokken fem, sidder hun med ved bordet og kan skabe ro og samtale:

”De to faste aftenvagter deltager også i aftensmaden, men når der bliver ringet fra boligerne, er de nødt til at løbe,” forklarer hun.

”Det giver uro, og det er synd, for mange kommer netop fra deres egne boliger for at spise med. Så giver det lidt ro, at jeg kan blive siddende.”

Efter aftensmaden går hun med i opholdsstuen.

”Vi taler sammen, eller måske er der en demant, der er bange og har brug for at holde i hånden. Det handler meget om bare nærvær.”

Husker noget rart

Eva Algreen-Petersen betragter projektet som en stor succes. Det faste personale har fået ro til de opgaver, de udfører i boligerne, og aftensmåltiderne fungerer bedre.

Beboerne sidder længere ved bordet, de småtspisende har bedre appetit, og beboerne er begyndt at drikke aftenkaffe sammen i forlængelse af aftensmaden.

”Men for mig er den bedste dokumentation,

hvad dagpersonalet kan fortælle dagen efter,” siger Eva Algreen-Petersen.

”I morgenplejen med beboerne er det meget tit personalet, der skal holde samtalen i gang og fortælle, hvad de har oplevet siden i går, for der sker ikke rigtig noget for beboerne.

Men med hyggevagterne får beboerne en oplevelse, de kan fortælle om. De kan ikke altid huske, hvad der foregik, men de kan huske, at der var noget, der var rart.”

kbj@dssr.dk

Læs også artiklen ”Beboere og pårørende efterlyser nærvær” på næste side.

BEBØERE OG PÅRØRENDE EFTERLYSER NÆRVÆR

Plejhjemstilfredshed. Det er ikke så ligetil at lave tilfredshedsundersøgelser på plejehjem. Til gengæld får man klare meldinger at styre efter.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: ANNE-LI ENGSTRÖM

I 2006 spurgte Københavns Kommune beboerne på samtlige 48 plejehjem ud om deres tilfredshed. De var gennemgående rigtig tilfredse, og det var selvfølgelig et godt resultat set fra politikernes og forvaltningens synsvinkel.

Men rapporten var ikke kun beregnet på at dokumentere kvaliteten. Da forvaltningen skulle forberede 2008-budgettet, gik et af forslagene ud på at bevilge mere personale til plejhjemmene i de sene eftermiddagstimer, tidlig aften og i weekenden.

”For undersøgelsen gav klare signaler om, at man gerne ville have styrket omsorgsdelen,” siger specialkonsulent *Birgitte Dissing Kierch*, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

I det endelige budget for 2008 blev der ikke penge til en opnormering på plejhjemmene, men sundheds- og omsorgsborgmester *Mogens Lønborg* (K) vil gøre, hvad han kan, når 2009-budgettet skal vedtages.

”For en af de ting, der stod med flammeskrift i plejhjemsundersøgelsen, var, at natten ikke må starte klokken tre om eftermiddagen. Og når vi får så klar en melding om et problem, så skal vi gøre noget ved det,” siger *Mogens Lønborg*.

”Forstanderne gør, hvad de kan, og nogle har f.eks. forsøgt at flytte timer, så en medarbejder møder senere og på den måde kan blive hen over eftermiddagen. Men grundlæggende får vi ikke løst problemet, for vi får flere timer.”

Feedback til hvert plejehjem

Tilfredshedsundersøgelsen præsenterede ikke kun resultaterne samlet, de blev også meldt ud til de enkelte lokalområder og enkelte plejehjem, så man kunne sætte ind, hvor der lokalt var behov.

I Valby ældreområde gav resultaterne anledning til opkvalificering af plejepersonalet bl.a. med kurser i kommunikation og demens.

”Da lederrådet så på, hvad beboerne vurderede som det vigtigste for deres tilfredshed, trådte to ting frem: personalets evne til at optræde venligt og lyttende og den samlede vurdering af personalet,” oplyser ældrechef *Signe Grauslund*.

”Og de to ting, som de pårørende vurderede som vigtigst, var den menneskelige kontakt og stabilt og synligt personale.”

De 48 plejehjem, der medvirkede i undersøgelsen, fik hver for sig en tilbagemelding om egne resultater. De var gjort op spørgsmål for spørgsmål, og for hvert spørgsmål kunne plejehjemmet sammenligne sit eget resultat med gennemsnittet for hele kommunen.

”På de fleste punkter lå vi fint, men vi kunne se, at der var noget under spørgsmålene kost og måltidet,” fortæller f.eks. forstander *Kiirsten Alvang*, plejehjemmet *Vigerslevhus* i Valby.

”Tilfredshed med personalet lå på 4,63, hvor det højeste var 5, personalets imødekommenhed var vurderet til 4,75 osv. Men den samlede vurdering af kosten lå på 4,27, og stemningen ved måltiderne var vurderet til 3,57.”

I forvejen havde plejehjemmet arbejdet med, hvad et måltid skal indeholde, at der skal være dug på bordet, lys i den mørke tid osv. Men resultaterne gav anledning til nye overvejelser, og bl.a. blev det varme måltid midt på dagen udskudt lidt, så beboerne fik bedre mulighed for at sove længe, uden at det resulterer i, at middagsmaden kommer lige oven i deres morgenmad.

”Vi lå jo egentlig flot. Men vi ved også, at noget af det vigtigste for beboerne er maden. Så derfor besluttede vi at kigge på det endnu en gang,” siger *Kiirsten Alvang*.

Det er ikke uden metodiske problemer at gennemføre tilfredshedsundersøgelser blandt de ofte meget svage og dårlige plejhjemsbeboere. Telefoninterviews duer ikke som metode, og det kræver stadig visse ressourcer at svare på spørgsmål fra et spørgeskema.

Derfor har Københavns Kommune valgt at lade forstanderne på de enkelte plejehjem vurdere, hvem der var i stand til at deltage. Det vurderede de, at ca. halvdelen af beboerne kunne, men også i denne gruppe var der et vist frafald.

Derfor har Københavns Kommune suppleret med fokusgruppinterviews med pårørende til beboere, der ikke kunne deltage, fortæller *Birgitte Dissing Kierch*.



Kirsebærhavens Plejehjem, hvor Marie Hallengreen bor, er et af 48 plejehjem, der har medvirket i Københavns Kommunes tilfredshedsundersøgelse.

”Så der er mange hurdle,” tilføjer hun. ”Men vi kan bruge resultaterne på mange niveauer. Og vi ved, at krav om dokumentation er på vej til os udefra.”

kbj@dsr.dk

Se rapporter om hhv. brugernes og de pårørendes tilfredshed på www.kk.dk Søg på Plejeboliger. Resultaterne for de enkelte plejehjem ligger også på kommunens hjemmeside. Søg på Boligkataloget og se resultaterne under omtalen af det enkelte plejehjem.

Storstrejke i Danmark

Stå fast. Det seneste møde i Forligsinstitutionen førte ikke til enighed mellem Sundhedskartellet og arbejdsgiverne. Sundhedskartellet stod fast på kravet om lønforbedringer på 15 pct., men fik kun tilbudt 12,8. Derfor er storstrejken nu i gang.

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR

Den hidtil mest omfattende strejke blandt sygeplejersker i Danmark har været i gang siden midnat natten mellem den 15. og 16. april 2008. Strejken omfatter også medlemmer af de øvrige 10 fagorganisationer i Sundhedskartellet, ligesom medlemmer af FOA er i strejke.

Modsat med pædagogerne (BUPL) lykkedes det ikke forligsmand Mette Christensen at få Sundhedskartellets forhandlere og arbejdsgiverne i regioner og kommuner til at finde en løsning på det store udestående problem: den økonomiske ramme, da parterne mødtes i Forligsinstitutionen den 11. april 2008.

Sundhedskartellet fastholdt kravet om en ramme på 15 pct. for de næste tre år. Følgelig erklærede forligsmanden forhandlingerne for afsluttet, og parterne kunne derfor umiddelbart efter meddele, at konflikten ville være en realitet fra midnat natten mellem den 15. og 16. april 2008.

Allerede dagen efter konflikten begyndelse samledes medlemmer af Sundhedskartellet fra hele landet til en stort anlagt demonstration foran Christiansborg. Demonstrationen fandt sted tre dage efter redaktionens deadline, og vi bringer en reportage i næste nummer af *Sygeplejersken*. Centralt og lokalt planlagte aktiviteter under det videre konfliktforløb er blevet omtalt i konflikt-særnummeret af *Sygeplejersken*, men der planlægges løbende nye aktiviteter og arrangementer.

Seneste nyt kan læses på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside på adressen www.dsr.dk og på kredsens hjemmesider under menuen "kredse".

Sundhedskartellets formand, *Connie Kruckow*, mener, at konflikten var uundgåelig, når arbejdsgiverne ikke vil imødekomme Sundhedskartellets krav om lønforbedringer på 15 pct.

"Den manglende ligeløn for vores medlemmer er et samfundsproblem og vil indebære, at det fremover bliver langt sværere at rekruttere nye og fastholde erfarne medarbejdere," siger formanden, som samtidig gentager opfordringen til Folketinget om at nedsætte en ligelønskommission, der kan belyse baggrunden for uligelønnen, som det er sket i Norge.

Behandlingsgarantier betyder, at konflikten bliver kostbar for arbejdsgiverne, påpeger Sundhedskartellets formand. "Pengene, som privathospitalerne tjener på den konto, kunne med fordel være brugt på vores lønninger," siger hun.

sp@dsr.dk

Hold dig opdateret med det seneste nye om konflikten på: www.dsr.dk

Klar til kamp. Fredag den 11. april, Sankt Annæ Plads, København, kort før Sundhedskartellet for foreløbig sidste gang skulle ind til Forligsinstitutionen kl. 18.30. På billedet ses Sundhedskartellets formand og formand for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*, omgivet af aktionerende medlemmer foran Forligsinstitutionen. Mødet i Forligsinstitutionen skulle vise sig at ende i sammenbrud, fordi arbejdsgiverne ikke vil imødekomme Sundhedskartellets krav om lønforbedringer på 15 pct. Derfor kunne *Connie Kruckow* efter mødet meddele, at strejken nu var en realitet.

(snp)



FOTO: HENRIK FRYDKJÆR

Svenske sygeplejersker styrer mod konflikt

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

De svenske sygeplejerskers organisation, Vårdförbundet, er klar til at sende 3.500 sygeplejersker, jordemødre og bioanalytikere i konflikt.

Den 30. marts 2008 sagde en ekstraordinær kongres nej til et mæglingforslag, og et par dage senere sendte Vårdförbundet strejkevarsler til arbejdsgiverne. Strejken bliver en realitet den 21. april 2008, hvis ikke Vårdförbundet og arbejdsgiverne har nået et bedre resultat inden da.

”Vi skal have flyttet hele vores gruppe, lønmæssigt, og i forhold til det var mæglingforslaget helt utilstrækkeligt,” siger Vårdförbundets formand *Anna-Karin Eklund*.

I mange år har forbundet satset på at løfte niveauet gennem lokale lønforhandlinger, men efterhånden er troen på de lokale arbejdsgivers vilje blevet meget lille, tilføjer hun.

”Derfor har vi brug for nogle år med højere centrale forbedringer. Vi har krævet en forhøjelse på 1.700 kr. om måneden i både 2008 og 2009, det er det mindste, vi kan nøjes med, for at komme i gang med det løft, vi skal have.”

Vårdförbundet har også stillet krav om en mindsteløn på 22.000 kr., fordi nogle nyuddannede sygeplejersker i dag bliver ansat til en løn på niveau med underskøterskorna (de svenske social- og sundhedsassistenter, red.) med lønninger helt ned til 18.000 kr.

”Det er over 20 år siden, vi har haft mindsteløn i vores overenskomster, men i de seneste år har vi set en endnu dårligere lønudvikling på startlønnen end i øvrigt. Nogle steder har man ligefrem sænket startlønnen,” forklarer *Anna-Karin Eklund*.

Vårdförbundet har i første omgang varslet strejke for 3.500 medlemmer. Dels i områder som Stockholm, Skåne og Gøteborg, hvor der er store sygehuse og mange medlemmer. Dels i områder, hvor arbejdsgiverne har været særlig træge i de lokale forhandlinger, og resultatet er lønninger langt under landsgennemsnittet.

kbj@dsr.dk

På grund af redaktionens deadline til dette nummer beskriver artiklen kun situationen, som den så ud den 9. april 2008.

Kan arbejdsmarkedsforskerne overhovedet regne?

Jeg var ved at få kaffen galt i halsen i sidste uge, da jeg åbnede Dagens Medicin.

Her sagde *Flemming Ibsen*, der er arbejdsmarkedsforsker på Aalborg Universitet, at sygeplejerskerne ikke kan påstå, at vi er lavtlønnede i forhold til det private arbejdsmarked, og at vores argument om lønefterslæb ikke holder.

Han toppede op med at konstatere, at vi skal tilbyde modydelser som f.eks. villighed til overarbejde og øget vagtbelastning, hvis arbejdsgiverne skal gøres interesserede i at give sygeplejerskerne et ekstraordinært lønloft.

For nu tage det med lønefterslæbet først: Tal fra Danmarks Statistik dokumenterer, at en sygeplejerske kun tjener 73 kr., hver gang en privatansat med samme uddannelsesniveau tjener 100 kr. Med min lommeregner giver det et lønefterslæb på 27 pct.

Jeg skal ikke gøre mig klog på, hvordan en arbejdsmarkedsforsker regner. Men jeg synes, det er oprørende, når såkaldte eksperter sår tvivl om de veldokumenterede beregninger, Dansk Sygeplejeråd har foretaget. Man kan kun gætte på, hvilke motiver der ligger bag.

Så er der det med modydelserne. Hvilken planet lever den arbejdsmarkedsforsker på? Analyser viser, at sygeplejerskerne i forvejen er den gruppe af offentligt ansatte, der har mest overarbejde. Og større fleksibilitet ...

Jeg synes, *Flemming Ibsen* skulle tage sig tid til at komme ud i virkeligheden og følge en sygeplejerskes hverdag. Efter det vil jeg gerne høre, om han stadig har konkrete forslag til, hvordan sygeplejerskerne kan være mere fleksible end i dag.

Tilbage er der vist kun at konstatere, at hvis arbejdsmarkedsforskerne skal bevare deres troværdighed, må man som minimum forvente, at de sætter sig ind i fakta, inden de udtaler sig.



Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand for Dansk Sygeplejeråd

Mange arbejdspladser kan ikke stille med nødberedskab

Nul-beredskab. På grund af personalemangel kan mange sygeplejersker på landets sygehuse og i kommunerne ikke gå i konflikt. På landets somatiske afdelinger er 7.900 sygeplejersker på 448 afdelinger undtaget fra konflikten, og de fem kredse melder især om problemer på de medicinske afdelinger.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Dansk Sygeplejeråds konfliktvarsel omfatter ca. 38.000 sygeplejersker i basisstillinger i landets regioner og kommuner, men efter at nødberedskaberne er blevet forhandlet på plads, står det klart, at langt færre sygeplejersker er blevet udtaget til konflikt.

En ny analyse fra Dansk Sygeplejeråds analyseafdeling DSR ANALYSE viser, at næsten hver tredje sygeplejerske på landets somatiske afdelinger er undtaget fra konflikten, og det skyldes primært personalemangel (se tabel 1).

Mange steder har sygehusafdelingerne, men også de kommunale arbejdspladser nemlig så stor mangel på sygeplejersker, at de for at få dagligdagen til at fungere bliver nødt til at benytte sig af vikarbureauer, inddrage fridage eller frivilligt ekstraarbejde. Det er ikke muligt under en konflikt. Derved kan de pågældende arbejdspladser ikke stille med et nødberedskab, og derfor undtages de konflikten.

Analysen af de somatiske sygehusafdelinger viser, at især medicinske og akutte afde-

linger er hårdt ramt, men det samme gælder en række kirurgiske og intensivafdelinger (se tabel 2). Det kan man især nikke genkende til i Kredet Nordjylland, hvor analysen viser, at 41 pct. af kredsens medlemmer ansat på somatiske afdelinger er undtaget konflikten, mens tallet for Kredet Midtjylland er 29 pct. I Kredet Syddanmark er tallet 30 pct., hvilket dækker over, at forhandlingerne om nødberedskabet har afsløret så stor personalemangel på de medicinske afdelinger, at ca.

OK TABEL 1. OMFANGET AF MEDLEMMER UNDTAGET FRA KONFLIKT

	Antal afdelinger/afsnit	Antal medlemmer
Antal afdelinger og medlemmer i hele landet	1.989	27.404
Antal afdelinger og medlemmer undtaget konflikt	448	7.902
Antal afdelinger og medlemmer undtaget konflikt	23 pct.	29 pct.

Data er eksklusiv ledere og tjenestemænd og omfatter alene somatiske afdelinger. Afdelinger og medlemmer er opgjort ud fra DSR-medlemmer i beskæftigelse.
Kilde: DSR ANALYSE.

OK TABEL 2. ANDEL MEDLEMMER (I BASISSTILLINGER) ANSAT PÅ SOMATISKE AFDELINGER

Afdelingstype	Andel medlemmer i hele landet	Andel undtagne afdelinger	Andel undtagne medlemmer	Over/underrepræsentation
Kirurgiske afdelinger	17 pct.	16 pct.	13 pct.	0,76
Medicinske afdelinger inkl. blandede afdelinger	24 pct.	48 pct.	41 pct.	1,71
Behandling og operation (intensiv, anæstesi, opvågning, operation)	26 pct.	14 pct.	22 pct.	0,85
Ambulatorium o.lign.	19 pct.	< 1 pct.	< 1 pct.	
Børneafdeling	7 pct.	6 pct.	9 pct.	1,29
Akutte afdelinger (skadestuer og modtagelse)	7 pct.	15 pct.	16 pct.	2,29
I alt	100 pct.	100 pct.	100 pct.	1

Udtræk fra SATH-undersøgelsen 2007 angiver antallet af basissygeplejersker fordelt på ansættelsessted.

Kilde: DSR ANALYSE.

Løn under konflikt



halvdelen af afdelingerne er undtaget konflikten, men det er en række intensivafdelinger, røntgenafdelinger, kommunale arbejdspladser og afdelinger i psykiatrien også, fortæller 2.-kreds næstformand og konfliktkoordinator *John Christiansen*.

”Vi ser det også steder, hvor sygeplejerskerne udfører specialfunktioner, som typisk er besat med meget få personer, hvor det ikke er muligt at finde andre, f.eks. et udgående palliativt team,” siger han.

I Kreds Sjælland kan omkring 20 pct. af de somatiske afdelinger ikke stille nødberedskab. Det svarer til 29 pct. af de ansatte, og i psykiatrien er næsten hvert tredje afsnit eller afdeling undtaget konflikten pga. mangel på sygeplejersker, men også af sikkerhedsmæssige hensyn. Også i Kreds Hovedstaden er sygeplejerskemanglen langt større end hidtil antaget, hvor analysen viser, at 23 pct. af sygeplejerskerne, der er ansat på somatiske afdelinger, er undtaget fra konflikten. Kredsformand *Vibeke Westh* uddyber:

”Som andre steder i landet må vi jo konkludere, at vi ikke kan stille nødberedskab flere steder, især på de medicinske afdelinger, men f.eks. heller ikke på kræftafdelinger, akutte modtageafdelinger og i nogle kommuner,” siger *Vibeke Westh*.

Nødberedskabsforhandlingerne har altså afsløret en langt større personalemangel end forventet, hvilket også er konklusionen i en ny undersøgelse fra DSR ANALYSE, der viser, at der i dag mangler 2.405 sygeplejersker i Danmark. Det har fået Dansk Sygeplejeråd til at argumentere for bedre arbejdsmiljø, seniorpolitikker, mere i løn samt en landsdækkende kampagne for uddannelsen, og også lokalt er der initiativer på vej, fortæller bl.a. kredsformand i Kreds Syddanmark, *Anni Pilgaard*.

”Vi vil lave vores egen version af blinkende lygter. For at få fokus på personale manglen og politikerne i tale vil vi på et kort markere de steder, der ikke kan stille med nødberedskab, med blinkende lygter. Og dem vil vi først slukke, når problemerne er løst,” siger hun og bakkes op af bl.a. *Vibeke Westh*.

”Vi har længe vidst, at personalesituationen i hovedstaden så skidt ud, men først nu har vi fået afdækket, hvor slemt det er, og det er værre, end vi troede. Det kan vi ikke acceptere, og det er helt sikkert noget, vi skal arbejde med sideløbende med konflikten.”

cso@dsr.dk

Konflikten er nu en realitet. Hvis du er undtaget til konflikt, skal du derfor være opmærksom på, at der gælder særlige forhold for udbetaling af din løn i konfliktperioden. Her vil du modtage konfliktunderstøttelse fra Dansk Sygeplejeråds strejkefond.

Hvis din arbejdsplads er i konflikt

Er du på en arbejdsplads, der er udtaget til konflikt, ophører lønudbetalingen fra din arbejdsgiver den dag, konflikten starter. Du vil modtage konfliktunderstøttelse fra Dansk Sygeplejeråd for den periode, hvor du er i konflikt.

Du skal være opmærksom på, at udbetalingen af konfliktunderstøttelse sker i henhold til din indberetning til Dansk Sygeplejeråd, som du skal foretage ad to omgange – henholdsvis før og efter konflikten. I første omgang for at du får udbetalt aconto-konfliktunderstøttelse. I anden omgang for at sikre, at du får udbetalt konfliktunderstøttelse, som svarer til din sædvanlige løn.

For at Dansk Sygeplejeråd kan nå at udbetale din konfliktunderstøttelse, skal du fra den 16. april 2008 registrere dine oplysninger på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside. For at være sikker på, at du kan have et acontobeløb til rådighed den 30. april 2008, skal du indtaste dine personlige data og arbejdsplan på www.dsr.dk/MitDSR senest tirsdag den 22. april 2008.

Du finder vejledningen ”Vejledning om udbetaling af aconto konfliktunderstøttelse” på www.dsr.dk hvor det er beskrevet,

hvordan du ansøger om konfliktunderstøttelse.

Husk efter konflikten

Når konflikten er afsluttet, skal du lave en endelig indberetning til Dansk Sygeplejeråd af det arbejde, du har udført under konflikten, og af den samlede løn, du har fået i konfliktmåneden. Det sikrer, at du får den sædvanlige løn samt indbetaling til pension og feriekort.

Hvis du er på en arbejdsplads, der ikke er i konflikt

Hvis din arbejdsplads ikke er udtaget til konflikt, og arbejdet fortsætter som vanligt, vil du modtage sædvanlig løn fra din arbejdsgiver, og du skal ikke foretage dig noget aktivt.

Særlig feriegodtgørelse

Den særlige feriegodtgørelse, som sædvanligvis bliver udbetalt med lønnen for april, vil blive udbetalt med lønnen for maj måned, idet arbejdsgiverne har meddelt, at de ikke vil kunne udbetale den særlige feriegodtgørelse i forbindelse med konflikten.

Hvis du har spørgsmål

Du kan kontakte din lokale tillidsrepræsentant eller din lokale kreds, som kan hjælpe dig med spørgsmål vedrørende din konfliktunderstøttelse.

Fra og med onsdag den 16. april 2008 kan du også ringe til Dansk Sygeplejeråds konflikt hotline på 4695 4301.



FOTO: HENRIK FRYDKJÆR

På visit hos Villy. Søndag den 13. april kl. 9.30 på SF's Landsmøde i Falconercentret, København. Sundhedskartellets formand, Connie Kruckow, i samtale med SF's formand, Villy Søvn-dal. Sammen med formændene fra FOA og BUPL var Connie Kruckow inviteret til at komme med et oplæg og deltage i en efterfølgende paneldebat.

(snp)

Sygeplejerskerne strejker for ligeløn

Sygeplejerskerne er gået i strejke. Det er nu, vi vil vise arbejdsgiverne, Folketinget og befolkningen, at vi mener vores krav om ligeløn helt bogstaveligt:

Vi strejker, fordi den enkelte sygeplejerske skal have mere i løn. Men vi strejker også for et større og mere langsigtet mål, nemlig ligeløn. I dag har sygeplejerskerne et lønefterslæb på 27 procent i forhold til de privatansatte på samme uddannelsesniveau. Det er helt urimeligt, og derfor sætter vi nu magt bag vores ord.

En effektiv konflikt kræver, at så mange sygeplejersker som muligt aktionerer på forskellig vis, så borgerne og politikerne får øjnene op for vores sag. En effektiv konflikt kræver også, at mange sygeplejersker er tilbage på afdelingerne for at få nødberedskabet til at fungere optimalt, så patienterne kommer helskindet gennem. Begge dele er vigtige.

Vi har et stærkt udgangspunkt for konflikten. For en stor del af befolkningen bakker både op om vores lønkrav og vores strejke. Vi har organiseret en omfattende og virksomhedsfuld konflikt. Og så har vi ikke mindst en rigtig god sag:

I et moderne velfærdssamfund skal det ganske enkel kunne betale sig for den enkelte, at han eller hun tager en mellemlang uddannelse, der retter sig mod sundhedsvæsenet. Det kan det ikke i dag, fordi der er en markant uligeløn. Derfor befinder sundhedsvæsenet sig i en skæbnetime præget af meget alvorlige rekrutterings- og fastholdelsesproblemer.

Selvom vi har et stærkt udgangspunkt, vil vi i den kommende tid blive udsat for et pres fra mange forskellige sider. Arbejdsgiverne vil slå ud med armene og kalde vores krav urealistiske. Nogle politikere på Christiansborg vil hæve en bekymret røst om strejkens langsigtede effekter, bl.a. på ventetidsgarantierne. Og diverse "uafhængige" eksperter vil gøre sig kloge på, hvor længe sygeplejerskernes og patienternes opbakning til strejken mon holder.

Derfor gælder det om, at alle sygeplejersker kaster sig ind i kampen om ligeløn og har argumenterne klar:

Vi vil have ligeløn i forhold til privatansatte med samme uddannelsesniveau som sygeplejersker. Hverken mere eller mindre. Derfor skal Folketinget gøre to ting: Afsætte penge til, at vi får en lønstigning på 15 pct. over de næste tre år, og nedsætte en Ligelønskommission, der kan bane vej for en egentlig ligelønsreform.

Vi er klar til at kæmpe hårdt og længe for vores krav. Og vi vil have lov til at konflikte, til vi opnår målet. Mottoet for konflikten er "Ligeløn – det handler om vilje!" Der er ingen tvivl om, at sygeplejerskerne har viljen. Nu er det op til Folketinget at vise, at der også er vilje til ligeløn på Christiansborg, og at løftet om et offentligt sundhedsvæsen i verdensklasse ikke bare er tomme ord.

"Vi er klar til at kæmpe hårdt og længe for vores krav. Og vi vil have lov til at konflikte, til vi opnår målet."



Connie Kruckow, formand



Nej tak til tilsøring af enhver art

Af Rachel Adelberg Johansen, sygeplejerske

Kommentar til næstformand Dorte Steenbergs svar på debatindlægget "Religiøs kønsuniform" i Sygeplejersken nr. 5/2008.

I 2.-næstformand Dorte Steenberg (DS) svarer på mit debatindlæg "Religiøs kønsuniform" i Sygeplejersken nr. 5/2008. Det kan ikke stå uimodsagt, eftersom DS belejligt forsøger at skubbe sagens kerne om et misforstået religiøst særhensyn ind under tolerancebegrebet. Det holder ikke. Sygeplejersker i verdslige, ikke-religiøse institutioner skal af indlysende årsager ikke kunne agere omværende reklamesøjler for en bestemt religion eller politisk ideologi. Naturligvis ikke. Det er en hån mod sygeplejefaget og et svigt i forhold til vort neutrale udgangspunkt. Det er at tage patienterne som gidsler, når DS på denne måde bøjer sig i misforstået tolerance for visse sygeplejerskers særkrav om islamisk kønsuniform. Der skal være plads til alle sygeplejersker, javist, det er en selvfølgelighed. Men ikke til alle symboler. Det er et faktum, at hijab er det mest udbredte religionspolitiske symbol i verden (Hege Storhaug i bogen: "Tilsøret. Avslørt"). De forskellige

kulturelle varianter af islamisk slør tager udgangspunkt i suraversene 24:32 og 33:60 i Koranen. Hijaben symboliserer et forkvaklet kvindesyn. Derfor er det pinligt og helt ude af proportioner, at DS nedtoner og fordrejer hijaben til blot at være et "kulturelt udtryk". Det er naturligvis den enkelte sygeplejerske, som skal acceptere den neutrale uniform, som stilles til rådighed af arbejdspladsen. Det er da helt uheldigt og uanstændigt at forlange særrettigheder og stille særkrav om en "tillægsuniform" af religiøse/kulturelle årsager. Det hører simpelthen ikke hjemme i ikke-religiøse institutioner. Sygeplejersker, der insisterer på den form for særbehandling, ekskluderer sig selv ved ikke at ville tilpasse sig den neutrale sygeplejeuniform. Vi skal ikke i sygeplejefaget – i misforstået hensyntagen/af uvidenhed/i naivitet – tolerere brug af slør som hijaben, der materialiserer en skarp adskillelse mellem mænd og kvinder. Det står i knivskarp kontrast til vore kerneværdier om ligestilling og ligeværd mellem kønnene. Så nej tak til religiøs/kulturel eller politisk tilsøring af sygeplejersker, når de er på arbejde!

Rachel Adelberg Johansen er ansat på
Plastikkirurgisk Afdeling,
Odense Universitetshospital.

Til gavn for patienterne

Af Charlotte Larsen, sygeplejerske

Kommentar til artiklen "Redderne blæser til kamp mod sygeplejerskerne" i Sygeplejersken nr. 5/2008.

I artiklen udtaler 2.-næstformand Dorte Steenberg, at der er brug for både sygeplejersker og reddere i akutberedskabet. Jeg savner en definition fra Dorte Steenberg på bl.a. akutberedskabet og på den præhospitalt indsats samt typer af sygeplejersker, som kan fungere præhospitalt. Arbejdet præhospitalt har en helt anden tilgang til patienterne end arbejdet på hospitalet. Præhospitalt står ambulancebehandlerne ofte og skal tage en hurtig beslutning under dårlige lys- og arbejdsforhold. Præhospitalt er der ikke en knap, der kan trykkes på, når der er behov for et helt team af medarbejdere ved hjer-testop eller traume. Akuttjenesten er man ikke selv kvalificeret til ved at have en uddannelse som sygeplejerske. Funktionerne og den viden, der ligger til grund for behandlingen af patienterne præhospitalt, lærer vi ikke på sygeplejerskolerne. Jeg har haft god gavn af min uddannelse som sygeplejerske og bruger min uddannelse til at kunne forstå hele patientens problemstilling. Men Kari Martinsens sygeplejeteorier kan jeg ikke bruge til noget, når jeg står med en patient, der ikke kan få luft. Vi er lige så specialiserede i det præhospitalt, som man er inden for f.eks. psykiatrien kontra kardiologiske afsnit. Med paramedicineruddannelsen, der er kommet, kan ambulancebehandleren nu yde en helt anden behandling til

patienterne. Ved hjer-testop giver paramedicinerne den samme behandling, som der gives på sygehusene. Uddannelsen til paramediciner i dag er længere end uddannelsen til sygeplejerske, når de mange år i praksis tages med. Og dette værende specifikt på det ene område som akutbehandler. En større velvilje politisk til at uddanne alle ambulancebehandlere til paramediciner og evt. med flere beføjelser på de primære ambulancer vil gavne patienterne. Ved at bruge en kombination af de større medicinske kompetencer, akuterfaringen og det muskelmæssige mener jeg nu, at patienterne er bedre stillet med en erfaren ambulancebehandler. Den nye uddannelse inden for ambulancetjenesten er af meget høj kvalitet, og de nye ambulanceassistenter, der kommer ud i ambulancetjenesten, er rigtig dygtige.

Charlotte Larsen er sygeplejerske
og ambulancebehandler.

PRODUKTINFORMATION FOR ANNOUNCE SIDE 36

Symbicort Turbuhaler (160 mikrg budesonid + 4,5 mikrg formoterol pr. dosis), **Symbicort Mite Turbuhaler (80 mikrg budesonid + 4,5 mikrg formoterol pr. dosis)** og **Symbicort Forte Turbuhaler (320 mikrg budesonid + 9 mikrg formoterol pr. dosis)**. **Indikationer:** Astma: Til behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende beta-agonist) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationskortikosteroider og kort-tidsvirkende beta2-agonister ved behov, eller hos patienter, der allerede er vel kontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende beta2-agonister. (Symbicort Mite er dog ikke hensigtsmæssig hos patienter med svær astma). Symbicort og Symbicort Forte er desuden indiceret til: KOL: Symptomatisk behandling af patienter med svær kronisk obstruktiv lungesygdom (FEV1 < 50% af forventet normalværdi) og tidligere gentagne exacerbationer, som har betydelige symptomer på trods af regelmæssig behandling med langtidsvirkende bronkodilator. **Dosering Symbicort Turbuhaler:** Astma: Individuel. Symbicort bør ikke anvendes ved initial behandling af astma. Der er to måder, at behandle med Symbicort på: A. Symbicort vedligeholdelsesbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling med en separat hurtigvirkende bronkodilator til anfaldsbrug. Anbefalede doser: Voksne (fra 18 år): Basis 2-4 inhalationer daglig dog højst 8 inhalationer daglig. Unge (fra 12-17 år): 1-4 inhalationer daglig. B. Symbicort vedligeholdelses- og behovsbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling og efter behov ved symptomer. Dette bør specielt overvejes hos patienter med utilstrækkelig astmakontrol og hyppig behov for anfaldsmedicin eller tidligere astmaexacerbationer, som har krævet medicinsk intervention. Anbefalede doser: Voksne (fra 18 år): 2-4 inhalationer daglig som basis. Ved symptomer og doser til højst 6 pr. gang og højst 12 dagligt. Ved mere end 8 inhalationer daglig over længere tid, kontaktes lægen. KOL: Anbefalede doser: Voksne: 2 inhalationer x 2 daglig. Det er vigtigt at instruere patienten i korrekt anvendelse af Turbuhaler. **Dosering Symbicort Forte Turbuhaler:** Astma: Voksne (fra 18 år): 1-2 x 2 inh dgl. 12-17 år: 1 inh x 2 dgl. KOL: 1 inh x 2 dgl. **Dosering Symbicort Mite Turbuhaler:** Astma vedligehold 1-4 inh. x 2 dgl. 12-17 år: 1-2 inh. x 2 dgl. Børn fra 6 år: 2 inh x 2 dgl. Astma vedligehold + behov: Voksne fra 18 år: sædvanligvis 2 inh dgl, dog højst 6 ad gangen og højst 12 dgl. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for budesonid, formoterol eller inhaleret laktose. **Advarsler og forsigtighedsregler:** Ved behandlingsophør bør dosis nedsættes gradvist. Pludselig og tiltagende forværring af astma eller KOL symptomer er potentielt livstruende og patienten bør øjeblikkeligt tilses af en læge. Behandlingen med Symbicort bør ikke påbegyndes under en eksacerbation. Paradoxs bronkospasme kan forekomme. Forsigtighed hos patienter hvor det antages, at tidligere brug af systemiske steroider har ført til nedsat binyrebarkfunktionen. Symbicort Turbuhaler bør administreres med forsigtighed hos patienter med thyrotoksikose, fæokromocytom, phaeochromocytoma, diabetes mellitus, ubehandlet hypokaliæmi, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idio-patisk stenosis, subvalvularis aortae, alvorlig hypertension, aneurisme eller andre alvorlige kardiovaskulære lidelser som iskemisk hjertesygdom, hjertearytmier eller svær hjerteinsufficiens, forlænget QTc-interval, aktiv eller inaktiv lungetuberkulose eller med svampe- eller virus-infektioner i luftvejene. Høje doser beta2-agonist kan medføre potentiel alvorlig hypokaliæmi. Der bør foretages ekstra kontrol af blodsukkeret hos diabetespatienter. Patienten bør skylle munden med vand efter inhalation. **Interaktion:** Substanser som metaboliseres af CYP P450 3A4 (f.eks. itrakonazol, ritonavir). Symbicort bør ikke gives samtidig med betablokkere, kinidin, disopyramid, procainamid, phenothiaziner, antihistaminer, tricykliske antidepressiver, L-Dopa, L-thyroxin, oxytocin, alkohol, monoaminoxidasehæmmere og stoffer med lignende virkning samt halogenerede hydrocarboner, andre beta-adrenerge lægemidler, digitalisglykosider. **Graviditet og amning:** Erfaring savnes. **Bivirkninger:** De hyppigste er tremor og palpitationer. Desuden candida-infektion i mund og svælg, hovedpine, let irritation i halsen, hoste og hæshed. Hos KOL patienter forekom blå mærker på huden og lungebetændelse med en øget frekvens i forhold til placebo. **Pakninger og priser pr. 4. april 2008:** Symbicort Forte Turbuhaler vnr. 14185: 9+320 µg/dosis, 3 x 60 doser inhalationspulver kr. 1.777,45. Symbicort Forte Turbuhaler vnr. 11409: 9+320 µg/dosis, 60 doser inhalationspulver kr. 604,75. Symbicort Mite Turbuhaler vnr. 3325: 4,5 + 80 µg/dosis, 120 doser inhalationspulver kr. 527,35. Symbicort Turbuhaler vnr. 5241: 4,5+160 µg/dosis, 3 x 120 doser inhalationspulver kr. 1.750,90. Symbicort Turbuhaler vnr. 3310: 4,5+16+ µg/dosis kr. 595,90. Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. AstraZeneca A/S, Roskildevej 22, 2620 Albertslund. Tlf. 43 66 64 62. **Forkortet produktresumé kan rekvireres hos AstraZeneca A/S. Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk.**

]]]] HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Har du nogensinde sagt undskyld til en patient for en fejl, du har begået?

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 6/2008:

Er det i orden at kalde personalebladet på et sygehus for "Under kilden"?

Svar	antal	pct.
Ja	162	37,5
Nej	254	58,8
Ved ikke	16	3,7
I alt	432	100,0

SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >>> 40

Resuméer >>> 40

Testen >>> 41

Agenda >>> 58

Anmeldelser >>> 60

5 faglige minutter >>> 62

Kroniske respiratorbrugere og deres hjælpere på sygehus >>> 42

Videnskab & Sygepleje

Hvad fejler skoleelever, når de er syge, og hvor ofte vasker de hænder i skoletiden? >>> 50

FOTO: SIMON KNUDSEN

Han hører da vist ikke til her

For Danmarks 300 hjemmerespiratorbrugere er respiratoren ifølge artiklen "Kroniske respiratorbrugere og deres hjælpere på sygehus" side 42 en naturlig del af hverdagen. Men når f.eks. et brækket ben eller et mavesår nødvendiggør indlæggelse, volder respiratoren problemer. For sygeplejerskerne.

Selv har jeg aldrig været i den situation at skulle modtage en hjemmerespiratorpatient på de medicinske afdelinger, hvor jeg har arbejdet. Men jeg kan sagtens forestille mig en faglig usikkerhed – for ikke at sige frygt – over for patientens respiratoriske udstyr, som jeg aldrig har lært at betjene.

Fakta er, at man som sygeplejerske, uden forstand på respiratorbehandling, trygt kan modtage en hjemmerespiratorbruger. Det hold af veluddannede hjælpere, hjemmerespiratorbrugeren har døgnnet rundt i dagligdagen, følger med under en indlæggelse og har i fællesskab med patienten ansvaret for det respiratoriske udstyr.

Sygeplejerskens fornemmeste opgave er derved at stole på respiratorbrugers og hjælpernes specifikke kompetencer, hvilket kræver viden og tillid. Læs artiklen, og du vil være godt rustet til at byde den næste hjemmerespiratorbruger og dennes hjælpere velkommen i din afdeling.



Evy Ravn

Evy Ravn,
sygeplejerske,
fagredaktør.

Filosofisk undersøgelse

Pesut B, Johnson J. Reinstating the „Queen“: understanding philosophical inquiry in nursing. J Adv Nurs 2008;61(1):115-21.

R Formålet med denne artikel er at beskrive, hvad en filosofisk undersøgelse er, og hvorfor og hvordan man foretager en filosofisk undersøgelse. I artiklen beskrives ligheder og forskelle dels på filosofisk og kvalitativ undersøgelse, dels på sygeplejens filosofi og sygeplejeteorier. Forfatterne finder, at denne type undersøgelse er nedvurderet og metoden mangelfuldt beskrevet.

Artiklen er en teoretisk bearbejdning af begrebet "filosofisk undersøgelse" (philosophical inquiry in nursing) og samtidig en metodeartikel. Forfatterne ønsker, at sygeplejersker beskæftiger sig med denne type undersøgelser, og de ønsker at hjælpe i gang. Viden ad denne vej er tæt knyttet til fagets værdigrundlag. Med en filosofisk undersøgelse kan man problematisere idéer, kritisere forhold og søge efter visdom. Man vil nå en dybere forståelse af store spørgsmål som håb, lidelse, omsorg eller det at være et menneske i sundhed og sygdom.

I artiklen beskriver forfatterne væsentlige redskaber i denne undersøgelsesform: antagelser, intellekt, dømmekraft og undren. Hvert redskab bliver beskrevet. Særlig det sidste, undren, må betragtes som en forudsætning. Forskeren står over for en situation, der vækker undren, og længes efter at forstå denne situation i dybden. Den filosofiske metode kan være en vej at gå for at forstå.

Artiklen er en lettilgængelig metodeartikel, man kan tage udgangspunkt i, når metafysiske, ontologiske, epistemologiske eller etiske spørgsmål i sygeplejen skal diskuteres eller nedfældes. Artiklen giver praktiske redskaber til denne form for undersøgelse. Derved bidrager den til at højne kvaliteten af den viden, faget udvikler ad denne vej.

Af Elisabeth Hall, professor, Institut for Folkesundhedsvidenskab, afdeling for sygeplejevidenskab; eh@sygeplejevid.au.dk

Svær træthed hos patienter med reumatoid arthritis

Repping-Wuts H, Franssen J, van Achterberg T, Bleijenberg G, van Riel P. Persistent servere fatigue in patients with rheumatoid arthritis. Journal of Clinical Nursing. 2007;16(11c):377-383.

R *Formål:* At undersøge om vedvarende svær træthed (fatigue) hos patienter med reumatoid arthritis (RA) kan forudsiges ved den inflammatoriske proces eller handicap.

Metode: I denne hollandske undersøgelse indgik 123 patienter med RA, af disse var 68 pct. kvinder. Patienternes træthed og handicap blev vurderet ved hjælp af veltestede spørgeskemaer ved indgang i undersøgelsen og efter 12 måneder, den inflammatoriske proces ved hjælp af blodprøveværdier. Data er behandlet statistisk, og der er udført logistisk regression til bestemmelse af sammenhænge.

Resultater: Svær træthed blev angivet af 50 pct. af patienterne både ved start og afslutning. Svær vedvarende træthed hos patienter med RA lader til at kunne forudsiges ved helbredstilstand og handicap frem for den inflammatoriske proces.

Bemærkninger: Denne type undersøgelser kan benyttes til at identificere, hvilke patientgrupper der mest sandsynligt vil opleve svær, vedvarende træthed. Det er interessant, at der ikke er fundet sammenhæng med den inflammatoriske proces, men at træthed lader til at hænge sammen med handicap og helbredstilstand.

Af Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d., Center for Kliniske Retningslinjer – nationalt clearinghouse for sygepleje, Afdeling for Sygeplejevidenskab; pup@sygeplejevid.au.dk

»» TESTEN



Temaet er selvmordsforebyggelse på sygehus, test dig selv eller din kollega.

- 1 *Hvor mange mennesker tager hver dag deres liv i Danmark?*
 - a. Det gør i gennemsnit fire mennesker.
 - b. Det gør to mennesker.
- 2 *Hvor mange mennesker forsøger hver dag at begå selvmord?*
 - a. Ca. 20 personer forsøger hver dag at begå selvmord.
 - b. Det gør mellem fem og seks personer hver dag.
- 3 *Hvilke tre faktorer er vigtige risikofaktorer for selvmord?*
 - a. Udskrivelse fra psykiatrisk afdeling inden for de seneste uger, tidlige selvmordsforsøg og aktuel psykisk lidelse, herunder misbrug.
 - b. Voldsom følelse af udbændthed, fying, apopleksi.
- 4 *Hvilke forhold bør afdækkes ved selvmordsforsøg?*
 - a. Livsbegivenheder forud for selvmordsforsøget, motiver til selvmordsforsøget, belastende livsomstændigheder.
 - b. Socialgruppe, antal medlemmer i familien, uddannelsesniveau.
- 5 *Hvilke tegn på akut selvmordsfare skal sygeplejersker være opmærksomme på?*
 - a. Patienten er svær at komme i kontakt med og er meget mimikfattig.
 - b. Patienten har for nylig foretaget selvmordsforsøg eller haft påtrængende selvmordstanker, og patienten fremsætter fortsat tanker og ønsker om selvmord og er ude af stand til at tage afstand fra disse.

Se svarene på TESTEN side 58.

BRENNTAG

Håndhygiejne er den vigtigste enkeltstående faktor til hindring af kontaktsmitte.

Idu-San Gel med 82% ethanol.



Brenntag Nordic - Strandvejen 104A - 2900 Hellerup
Tlf. 4329 2800/4329 2843 - Fax 4329 2896
www.brenntag-disinfection.dk

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, der yder sygepleje til kroniske respiratorbrugere, når de er indlagt på sygehuset. Hovedbudskabet er, at respiratorbrugerens hjælpere skal involveres i sygeplejen og introduceres til afdelingen. Artiklen er baseret på forfatterens praktiske erfaringer med området.

Kroniske respiratorbrugere og deres hjælpere på sygehus

AF KAREN NEBEL OG METTE RIMMEN, SYGEPLEJERSKER • FOTO: SIMON KNUDSEN

En kronisk respiratorbruger er i virkeligheden bare en person med et handicap, der er kompenseret for ved hjælp af en respirator og en hjælper.

Det er kompleks sygepleje, den kroniske respiratorbruger har behov for som patient, men den respiratoriske del af plejen sørger hjælperne for, så sygeplejen skal først og fremmest fokusere på samarbejde.

”Da jeg havde brækket benet, blev jeg indlagt på det lokale sygehus. Det blev nødvendigt at indlægge mig på et større sygehus, men de ville ikke have mig, fordi jeg er i respirator. Det endte med, jeg tog min journal med mig, kørte derhen og sagde, at det var der, jeg skulle være. ”Jamen, vi har ingen, der kan suge. Hvad skal vi gøre?” blev der spurgt. Jeg fortalte dem, at det eneste, de skulle gøre, var at skaffe to portører til at lægge mig op i sengen, så ville min hjælper og jeg klare resten.”

Sådan fortæller en kronisk respiratorbruger om sit møde med en sengeafdeling, men det behøver ikke forløbe på den måde. Brugeren har brugt respirator de sidste 12 år på grund af muskelsvind, den er blevet et helt almindeligt hjælpemiddel for hende og giver ingen begrænsninger i hverdagen.

En kronisk respiratorbruger har sit eget personlige hjælperhold, der varetager respiratorbehandlingen samt den almindelige pleje og følger brugeren under enhver indlæggelse og overflytning (se boks 1 herunder).

Sygeplejersken behøver derfor ikke beskæftige sig med respiratoren, men skal observere respirationen som hos enhver anden patient.

Modtagelsen af en patient med respirator og hjælperhold kan være en stor udfordring på de fleste stamafdelinger.

Målet med artiklen er at øge sygeplejerskers kendskab til

- den kroniske respiratorbrugers behov for sygepleje i forhold til respirationen
- hjælpernes kvalifikationer og fordelingen af ansvaret mellem hjælpere og sygeplejersker.

I artiklen beskrives en kronisk respiratorbruger, en typisk hjælper, plejeopgaver i forbindelse med respirationen, samspillet mellem bruger og hjælper samt oplæringen af hjælpere, som den foregår på Respirationscenter Øst. Desuden beskrives væsentlige forhold i forbindelse med indlæggelse af den kroniske respiratorbruger og hjælpernes ansvar og kompetencer.

Hjemmerespiratorbehandling i Danmark

Der findes to respirationscentre, Respirationscenter Vest i Århus (RCV) og Respirationscenter Øst på Rigshospitalet (RCØ) (se boks 2 side 43).

Respirationscentrene er ansvarlige for etablering og opfølgning af respiratorbehandlingen. Tidligere havde alle kroniske respiratorbrugere i Østdanmark en åben indlæggelse til RCØ uanset indlæggelsesårsag. Derfor er patientgruppen i dag stort set ukendte på de lokale sygehuse. Akut indlæggelse på RCØ er ikke længere muligt.

En bruger har oplevet lokalsygehuse manglende erfaring med patientgruppen på følgende måde:

”Da jeg kørte galt, blev jeg indlagt på ortopædkirurgisk afdeling med et brækket ben. Personalet kendte ikke respiratoren, men det skulle de heller ikke, for jeg havde jo mine hjælpere. Personalet var forskrækket over mit handicap og min respirator, og de var meget tilbageholdende. Min hjælper og jeg følte, at vi også fik overladt ansvaret for plejen af mit brækkede ben.”

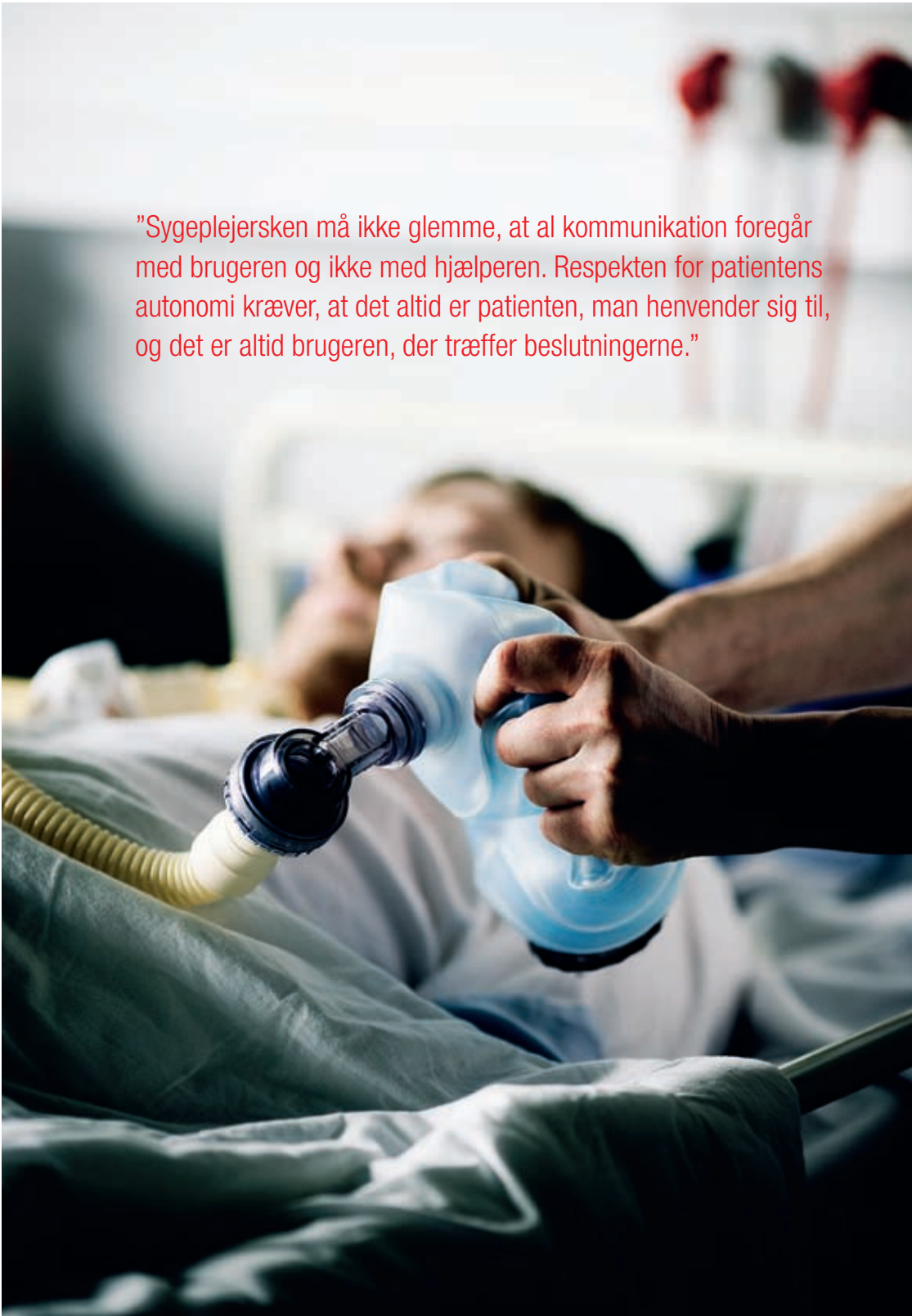
Patienten er ekspert

Sygeplejersken må være opmærksom på, at den kroniske respiratorbruger, uanset om det er en patient med polio, muskelsvind eller tetraplegi, ofte har levet med sit handicap i mange år. Respiratoren er blevet en naturlig del af hverdagen, og det faktum, at patienterne ikke kan få luft uden maskinen, er integreret i tankegang og livsforløb (1,2).

»»» BOKS 1. HJÆLPERORDNINGER I DANMARK – HVEM HAR HJÆLPERE?

I Danmark er der ca. 300 kroniske respiratorbrugere, som bor hjemme med hjælperhold. Alle trakeostomerede respiratorbrugere har hjælpere 24 timer i døgnet. Herudover er der mange andre patientgrupper med hjælpere. En stor del af patienterne med neuromuskulære lidelser har hjælpere en del af døgnets timer, inden de får respirator. Patienter med maskerespirator om natten har nathjælpere, hvis de ikke selv kan tage masken af. Desuden findes der mange andre handicappede med forskellige hjælperordninger uden for respirationscentrenes regi.

”Sygeplejersken må ikke glemme, at al kommunikation foregår med brugeren og ikke med hjælperen. Respekten for patientens autonomi kræver, at det altid er patienten, man henvender sig til, og det er altid brugeren, der træffer beslutningerne.”



))) BOKS 2. FAKTA OM RESPIRATIONS-CENTER ØST

Respirationscenter Øst (RCØ) er det ene af to respirationscentre i Danmark. RCØ er placeret på Rigshospitalet i Neurocentret. Der er syv sengepladser, hvoraf de to anvendes til diagnostisk udredning. Til RCØ er knyttet et ambulatorium med knap 1.000 patienter. Heraf er ca. 100 kroniske respiratorbrugere med trakeostomi. Personalegruppen består af socialrådgivere, læger, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere, sygeplejersker og sekretærer. Der er dagligt samarbejde med fysio- og ergoterapeut.

Respirationscenter Øst, Rigshospitalet afsnit 3072, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø, tlf. 3545 3072.

”Hjælperen kan med andre ord betragtes som et af brugerens hjælpemidler, hjælperen er groft sagt arme og ben for patienten, ikke en kollega til sygeplejersken.”

- » De fleste brugere kender deres krop så godt, at de kan mærke selv små ændringer i forhold til det normale. Bl.a. mærkes små udsving som et lavere blodsukker eller mindre iltindhold i blodet hurtigt. Den ekspertviden kan udnyttes i plejen.

Hjælperen er arme og ben

En hjemmerespiratorbruger har en hjælper med overalt. Sygeplejersken skal ikke kun forholde sig til patienten, men også til en hjælper. Kendskab til hjælpernes forudsætninger er derfor nødvendigt for et godt samarbejde.

Sædvanligvis er en hjælper en ung studerende, der ikke kan forventes at have nogen sundhedsfaglig baggrund eller erfaring. Der er stor forskel på hjælpernes personlige kompetencer og øvrige faglige kunnen. Hjælperne har det til fælles, at de er specialister i forhold til deres brugere. De er oplært hos brugeren til at varetage netop dennes normale behov. Opstår der sygdom eller en akut situation, der ikke har noget med ventilationen at gøre, kan hjælperen ikke forventes at have nogen kompetencer overhovedet. Involverer situationen brugerens respiration, kan hjælperen observere ændringerne fra den normale tilstand, men ikke handle på dem. Det kan f.eks. være ændringer i respirationen ved sygdom eller efter en operation. Hjælperen kan med andre ord betragtes som et af brugerens hjælpemidler, hjælperen er groft sagt arme og ben for patienten, ikke en kollega til sygeplejersken (2).

Hjælperens og sygeplejerskens opgaver

Hjælperens opgaver er at sikre frie luftveje ved at suge efter behov, skifte tuben regelmæssigt og pleje stomien dagligt. Det er hjælperens opgave at sikre ventilationen ved at vedligeholde og rengøre alt apparatur og holde øje med, at respiratoren fungerer korrekt samt ventilere med Rubens ballon ved eventuelt respiratorsvigt. Derudover er det hjælperens opgave at løsne sekret ved manuel ventilering, hjælpe med hostemaskine eller anden hosteunderstøttende behandling og at hjælpe brugeren med at observere ændringer fra det normale. F.eks. om der er mere sekret end normalt, om sekretet er sejt eller har ændret udseende.

Sygeplejerskens opgave er at observere og behandle patienten i forhold til den lidelse, han er indlagt for. Sygeplejersken behøver ikke beskæftige sig med respiratoren, men skal observere respirationen som hos enhver anden patient. Derudover må sygeplejersken kunne reagere på de observationer, som bruger og hjælper gør i forbindelse med respirationen i f.eks. et postoperativt forløb.

Under indlæggelsen kan det være nødvendigt med vejledning i forbindelse med personlig hygiejne. Der kan være ændrede krav til hjælperens egen hygiejne i forbindelse med udførelse af de forskellige procedurer eller dårlige vaner, som skal aflæres. Der kan også være ændrede krav til hygiejnen hos brugeren under indlæggelsen eller plejeopgaver, der går ud over hjælperens



Respiratoren er blevet en naturlig del af hverdagen, og det faktum, at patienterne ikke kan få luft uden maskinen, er integreret i tankegang og livsførelse.

kompetence, som sygeplejersken må tage sig af, f.eks. sårpleje eller pleje efter anlæggelse af en gastrostomisonde.

Det er sygeplejerskens opgave at sørge for den pleje, som er anderledes på grund af indlæggelsen samt oplære hjælperne, hvis proceduren skal fortsætte hjemme.

Har hjælperholdet brug for genopfriskning eller undervisning i forbindelse med respiratoriske plejeopgaver, opfordres de til at deltage i den teoretiske hjælperundervisning på RCØ.

Samspelet mellem bruger og hjælper

Det er ikke kun hjælperne, der har forskellige forudsætninger, også forholdene imellem brugere og hjælpere er vidt forskellige og præget af de enkeltes personlighed. Respiratorbrugere er lige så forskellige som andre patienter, og det varierer, hvor meget de tager ansvar for deres egen situation. Nogle brugere er selv chef og har fuld kontrol over hjælpernes aktiviteter, andre har overladt styringen til én af hjælperne, som fungerer som leder på holdet.

Mange brugere har et hjælperhold, der består af en stab af hjælpere, som har været ansat i flere år, samt nogle, der har været ansat i kortere tid og primært bruges som afløser. Det er en professionel relation, der er mellem parterne, men for nogle vedkommende bliver

))) FIGUR 1. PRAKTISKE PROCEDURER

Apparatur

- Funktioner
- Knapper og display
- Alarmer
- Montering og samling
- Udåndningsventil
- Cuff (kendskab til)
- Rengøring
- Eftersyn
- Fejlfinding (vask, tørring)

Skifte slanger

- Hyppighed
- Rengøring

Fugter

- Funktion
- Observation af temperatur

Tubeskift

- Teknik og hyppighed
- Symptomer, der kræver tubeskift
- Rensning af tuben

Stomapeleje

- Pleje og hyppighed
- Hygiejne
- Infektion (obs. og behl.)
- Granulationsvæv (obs. og behl.)

Manuel ventilation

- Funktion
- Ryhme/frekvens/mængde
- Hoste vha. modtryk
- Rengøring

Sugning

- Teknik og hygiejne
- Bedømme behov

Kuffertsug

- Batteri/opladning
- Brug af netstrøm
- Rengøring

Personlig pleje

- Kropsvask

PEG-sonde

- Pleje/hygiejne
- Mad og væske i sonden
- Medicin i sonden
- Sondens stopper til/skiftes/falder ud

Cuff

- Formålet/hvornår cuffes op
- Teknikken med luft og/eller med vand
- Komplikationer (– og hvordan de undgås)

Figuren viser de praktiske procedurer, som indgår i oplæringen af hjælpere. Bruger, hjælper og kontaktpersoner er ansvarlige for, at målene for oplæringen bliver nået. Hjælperens færdighedsniveau bedømmes ud fra en skala fra 1-4:

1 = Demonstration: Procedure og teori er gennemgået af plejepersonale.

2 = Udført: Proceduren er udført (under opsyn), og der kan redegøres for teorien.

3 = Godkendt: Udførelsen af proceduren er godkendt, og teorien kan videreformidles.

4 = Erfaring: Har opnået erfaring fra selvstændige vagter, evt. fra uforudset/akut situation.

Skema til afkrydsning fås ved henvendelse til forfatterne.

relationen af mere personlig karakter. Nogle brugere vælger hjælpere efter deres fritidsinteresser og praktiske evner. Der er også forhold, hvor relationen mellem bruger og hjælper bliver mere som hos forældre og børn. En hjælper, som har været hos den samme bruger i længere tid, udvikler et stort kendskab til brugerens reaktioner på sygdom. Disse relationer kan være mere eller mindre synlige, men det forhold, der er valgt af bruger og hjælper, må respekteres, og det er vigtigt, at sygeplejersken lytter til både brugerens og hjælperens observationer.

Sygeplejersken har ikke ansvar for hjælperholdet. Hjælperholdet er hos brugeren i 24 timer, og hvis en hjælper bliver forsinket eller forhindret, skal den hjælper, der har vagten, blive og kan ikke forlade brugeren, før afløseren er mødt op.

Det er forskelligt, hvem der har ansvar for vagtplanen. I nogle tilfælde er det brugeren, der lægger planen. I andre tilfælde er det hjælperholdet eller et hjælperbureau, der har ansvar for planen (se boks 3 hosstående).

Hvis et hjælperhold ikke kan dække de forskellige vagter i hjemmet, vil konsekvensen være, at brugeren indlægges under diagnosen *causa socialis*. I det tilfælde skal personalet tage sig af den totale pleje inklusive det respiratoriske, da brugeren er uden hjælper.

Hjælperoplæring på Respirationscenter Øst

Hjælperholdet oplæres primært på respirationscentre, og da forfatterne af artiklen er ansat på RCØ, vil det være proceduren på RCØ, der beskrives.

En brugers første hjælperhold oplæres af et erfarent »

))) BOKS 3. BRUGER- OG HJÆLPERBUREAUER

Efterhånden findes der mange bruger-hjælper-bureauer i Danmark. Et hjælperbureau er et privat bureau, der formidler hjælpere. Bureauerne leverer hjælpere til fast ansættelse på et hjælperhold eller som vikarer. Bureauerne sørger for, at hjælperne bliver oplært til at udføre de mest grundlæggende plejeopgaver.

- » plejepersonale i personlig hygiejne, herunder pleje og pasning af respiratoren. Kommer der på et senere tidspunkt nye hjælpere til, er det brugerens eget ansvar at oplære og sørge for tilmelding til den teoretiske undervisningsdag på RCØ, se senere.

I forbindelse med anlæggelse af trakeostomi og etablering af respiratorbehandling oplæres hjælperholdene til at kunne pleje og vedligeholde udstyr som f.eks. respirator, fugter og sug. Hjælperne bliver undervist sammen med patienten, så patienten bliver tidligt i forløbet ekspert på sin egen pleje og håndtering af udstyr.

Undervisningen foregår individuelt og vil altid være tilpasset den enkelte brugers specifikke behov og i øvrigt være i overensstemmelse med RCØ's procedurer. Det tager normalt 4-6 uger at oplære et helt hjælperhold på RCØ. Hver enkelt hjælper skal igennem mindst to dagvagter, to aftenvagter og to nattevagter. Her gennemgås og indøves de praktiske procedurer (se figur 1 side 45). Det er bl.a. tubeskift, sugning og manuel ventilation. I skemaet registreres hjælperens færdighedsniveau med tallene fra 1-4.

- 1 betyder, at hjælperen er blevet instrueret i proceduren.
- 2 betyder, at proceduren er udført (under opsyn), og at hjælperen kan redegøre for teorien.
- 3 betyder, at proceduren er godkendt, og at teorien kan formidles. Hjælperen må nu selv udføre proceduren uden opsyn.
- 4 betyder, at hjælperen har opnået erfaring fra selvstændige vagter og evt. fra uforudsete situationer.



Hjælperens opgave er at sikre frie luftveje ved at sugge efter behov, skifte tuben regelmæssigt og pleje stomien dagligt.

I oplæringen indgår også en dag, hvor hele hjælperholdet, brugeren og eventuelle pårørende samles til teoretisk undervisning. Den omfatter gennemgang af respirationsorganernes anatomi og fysiologi samt en gennemgang af de relevante plejeprocedurer inklusive ansvarsfordeling og kompetencekrav.

Ved udskrivelsen får alle brugere udleveret et individuelt udformet hjælpermanual. Den indeholder bl.a. beskrivelse af de relevante procedurer og bruges af hjælperne til at repetere deres viden og fastholde kvaliteten af plejen. Brugeren kan vælge at bruge mappen til at samle alle relevante oplysninger. Hjælpermanualen bruges også, når nyansatte hjælpere skal oplæres i hjemmet.

Der findes ingen standardiseret hjælperuddannelse og ingen officielle krav om, at hjælperne skal oplæres, men respirationscentrene kræver, at alle hjælpere på et nyetableret hold deltager i undervisningen.

Målet med oplæringen er, at hjælperne kan tage sig af alle dagligdags plejopgaver.

Når en respiratorbruger bliver en patient

Der er ingen forskel på at få en kronisk respiratorbruger eller en hvilken som helst anden patient indlagt, når det gælder pleje og behandling af den aktuelle lidelse (1). Det kan dog pga. støj fra respiratoren være hensigtsmæssigt, at brugeren får enestue.

Respiratorbrugeren kan ud over indlæggelsesårsagen betragtes som en selvhjulpent patient, selv om det er hjælperne, der udfører de opgaver, brugeren ikke selv kan klare, inklusive pasning af respiratoren. Situationen kræver dog særlige hensyn fra sygeplejerskens side. Vi vil her kort nævne de vigtigste:

- For det første vil man få det bedste samarbejde med patienten og det største udbytte af hjælperne, hvis man fra begyndelsen giver hjælperne en god introduktion til afdelingen, f.eks. rundvisning og information om generelle regler. Det kan dreje sig om brug af køkkenet og andre faciliteter, bl.a. skyllerum, da hjælperen har brug for at kunne rengøre sug og respiratorudstyr. Introduktionen giver patienten og hjælperen en god start på indlæggelsen, og plejepersonalet undgår at blive tilkaldt hyppigt senere i indlæggelsesforløbet.
- For det andet er det en fordel fra starten at aftale med patienten, hvornår og hvordan hjælperne skal afløses. Det giver mindre forstyrrelse i sygeplejerskens arbejdsdag. Er det f.eks. nødvendigt, at personalet er hos patienten, mens hjælperen går på toilettet eller har pause? Hvad skal personalet evt. gøre hos patienten, når hjælperen ikke er der? Er der mulighed for et kaldesystem, som patienten kan betjene? Nogle hjælpere er vant til at være hos brugeren hele tiden, andre tilkaldes af brugeren ved behov, men under indlæggelse må man aftale, hvordan brugeren får fat i hjælperen.
- For det tredje skal man være opmærksom på, at selv om kontakten med respiratorbrugeren ikke er for-

»»» FIGUR 2. ANSVAR OG KOMPETENCE, NÅR PATIENTEN ER INDLAGT

Opgaver	Ansvar og kompetence			
	Bruger/Patient	Hjælper	Plejepersonale	RCØ
Suge/Ventilere	X Gøre opmærksom på behov	X Brugerens egen respirator		
Betjening af patientens respirator	X Kendskab	X Brugerens egen respirator		
Frie luftveje		X		
At pt. får luft Manuel ventilation f.eks. ved maskinsvigt		X		
Reaktion på respiratoralarm	X	X		
Funktion og vedligeholdelse af apparatur	X	X		X
Følge den foreskrevne behandling fra RCØ	X	X		
Besvare klokkekald		X I første omgang	Plejepersonale tilkaldes af hjælper ved behov	
Observation, pleje og behandling		X Almen pleje	X Specialespecifik	
Personlig pleje	X	X		
Forebyggelse af sengelejekomplikationer	X	X	X	
Hjælperoplæring	X	X Ved nyansættelser		X Ved etablering af nye hold
Medicin	X Selvadministration		X	
Ernæring	X		X	
Udskillelse, urin	X Gøre opmærksom på behov	X Ren Intermitterende Kateterisation, RIK	X Steril Intermitterende Kateterisation, SIK	

Skemaet giver et overblik over de enkelte aktørers ansvarsområder. Skemaet kan anvendes som en hjælp til at afklare gensidige forventninger til ansvarsfordelingen.

skellig fra kontakten med andre patienter, er der alligevel nogle faldgruber. Sygeplejersken må ikke glemme, at al kommunikation foregår med brugeren og ikke med hjælperen. Respekten for patientens autonomi kræver, at det altid er patienten, man henvender sig til, og det er altid brugeren, der træffer beslutningerne. I de situationer, hvor patienten ikke kan tale eller er vanskelig at forstå, kan hjælperen bruges som tolk. For patienter under 18 år gælder som for andre børn og unge, at det er forældrene, der har ansvaret og træffer beslutningerne i samråd med barnet eller på barnets vegne.

- Endelig er det væsentligt, at patienten ikke føler, at ansvaret for plejen af den aktuelle lidelse overlades til

patienten selv og dennes hjælpere. Det kan markeres ved at lade døren stå åben ind til stuen, så patienten ikke føler sig overladt til sig selv, sådan som patienten med det brækkede ben gav udtryk for.

Hjælperens ansvar og kompetence

Hjælperen har kun kompetence til at passe respiratorbruger, når denne er i sin habituelle tilstand. Hjælperen kan dog også passe brugeren ved lettere sygdom, der ikke kræver indlæggelse. Under indlæggelse har hjælperen kun kompetence til at tage sig af brugerens daglige pleje og det respiratoriske udstyr. Bruger og hjælper klarer i fællesskab betjening og rengøring af udstyret, se figur 2 herover. Skemaet er udarbejdet i for- »

”Nogle brugere vælger hjælpere efter deres fritidsinteresser og praktiske evner. Der er også forhold, hvor relationen mellem bruger og hjælper bliver mere og mere som hos forældre og børn.”



» bindelse med denne artikel og kan bruges til at danne sig et overblik. Det kan være en idé at kopiere skemaet og vise det til bruger og hjælper for at få afklaret gensidige forventninger til ansvarsfordelingen.

Det er hjælperens ansvar at reagere på eventuelle alarmer fra respiratoren. Når respiratorbrugeren benytter klokkesystemet på afdelingen, er det i første omgang hjælperen, der tilkaldes. Hvis det viser sig at være et problem, der ligger uden for hjælperens område, som f.eks. procedurer eller observationer, der har direkte forbindelse med indlæggelsesårsagen, giver hjælperen besked til personalet. Det kan også være procedurer, hjælperen må have assistance til, f.eks. bækkengivning.

Figur 2 er vejledende. Hvis den afdeling, brugeren er indlagt på, ønsker at være mere involveret i plejen, aftales det med bruger og hjælper.

Brugerens relation til RCØ

Alle kroniske respiratorbrugere bliver tilknyttet respirationscentrene som ambulante patienter. Respiratorbrugere kommer i ambulatoriet til planlagte besøg to gange årligt. Dermed får personalet et godt kendskab til respiratorbrugeren. Er der ved det halvårslige besøg tvivl om, hvorvidt respiratorbehandlingen fungerer optimalt, vil brugeren blive tilbudt indlæggelse på RCØ til justering af behandlingen.

Ud over besøgene i ambulatoriet er der mulighed for regelmæssig telefonisk kontakt. Der er daglig telefoni, hvor brugere og hjælpere kan henvende sig. Her bestilles også udstyr og reservedele til respiratoren. Desuden

kan RCØ kontaktes hele døgnet med henblik på råd og vejledning, når der er problemer, der ikke kan vente.

Respirationscentrene fungerer med andre ord som en del af den kroniske respiratorbrugers netværk resten af livet.

Karen Nebel og Mette Rimmen er begge ansat på Respirationscenter Øst; karen@nebel.dk

Litteratur

1. Lindeløv A. Klodset og gammeldags design. *Sygeplejersken* 2001;(21)
2. Dreyer P. Livet med respirator. En undersøgelse af hjemme-respiratorpatienters liv via livshistorie som fortælling analyseret ud fra P. Ricoeurs fortolkningsteori. Publikation nr. 65/2004 fra Institut for Folkesundhedsvidenskab, afdeling Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.

» ENGLISH ABSTRACT

Nebel K, Rimmen M. Chronic respirator users and their helpers in hospital. *Sygeplejersken* 2008;(8): 42-8.

When a chronic respirator user becomes a patient the staff must be able to handle a respirator. The patient is often accompanied by his or her personal helper. The respiration centres in Denmark are responsible for the set-up and follow-up of respirator treatment. If the need arises for admission, this will be to the local hospital.

Patients have lived with their respiratory disabilities for many years and are experts in their own situations. They always have a helper by their side who they often have helped to train themselves in cooperation with one of the two Restoration centres in Denmark. The helper takes care of all the patient's nursing needs when the patient is in his/her habitual respiratory condition.

The nurse must therefore observe and care for the patient, just like any other patient, for what he/she was admitted for. Collaboration between the patient, helper and nursing staff is vital, and it is necessary to be familiar with the helper's responsibilities and competencies.

When a respirator user becomes a patient, the nurse must inform the patient and his/her helper of the practical conditions on the ward so that the patient becomes self-helped together with his helper as soon as possible.

Key words: Helpers, chronic respirator users, nursing, competencies, responsibility.

Hvad fejler skoleelever, når de melder sig syge, og hvor ofte vasker de hænder i skoletiden?

Denne artikel er godkendt gennem dobbeltblind peer-review.

Artiklen henvender sig til sundhedsplejersker og sygeplejeforskere med interesse for skoleelevers sygefravær og håndhygiejne. På baggrund af en empirisk undersøgelse er hovedbudskabet, at næsten halvdelen af elevernes fravær skyldes luftvejsinfektioner.

Et resultat, der skal danne baggrund for et nyt studie, hvor forfatteren undersøger, om obligatorisk håndvask i skoletiden kan ned-

sætte elevernes sygefravær

))) RESUMÉ

Introduktion: Da der ikke findes data om årsager til skoleelevers sygefravær over en længere periode, og hvor ofte de er syge, er formålet med denne undersøgelse at fremskaffe og benytte disse data til et kommende interventionsforsøg om håndhygiejne i skoleregion.

Metode: 793 elever 0.-9. klasse inkl. fra to skoler blev i en tremåneders periode bedt om at udfylde et sygefraværsskema, hver gang de havde været fraværende pga. sygdom ifølge skolens officielle protokol. Endvidere blev eleverne spurgt om deres håndvaskevaner i skoletiden.

Resultater: Med en samlet svarprocent på 71 på sygefraværsskemaerne i forhold til skolens officielle protokol tegnede luftvejsinfektioner sig for 45 pct. af sygdomstilfældene, mave-tarm-infektioner 12 pct., hudinfektioner 1 pct., andre infektioner 9 pct. og ikke-infektioner med 34 pct. I forhold til håndvaskevaner vasker flertallet hænder: 1-2 gange i skoletiden, altid efter toiletbesøg, en gang imellem før frokost, aldrig efter frokost, altid før madlavning i skolen, og aldrig før de går hjem fra skole.

Konklusion: Luftvejsinfektioner er den hyppigste årsag til skoleelevers sygefravær, og en elev har i gennemsnit 0,66 sygeperiode pr. måned. Håndhygiejne er den bedst dokumenterede enkeltstående handling til forebyggelse af smittespredning ved kontaktsmitte mellem mennesker og miljøet, og der er behov for at undersøge, om obligatorisk håndvask i skoletiden kan nedsætte skoleelevers sygefravær.

Søgeord: Skoleelever, sygefravær, håndvaskevaner, spørgeskemaundersøgelse.

AF INGE NANDRUP-BUS, SUNDHEDSPLEJERSKE, HYGIEJNESYGEPLEJERSKE

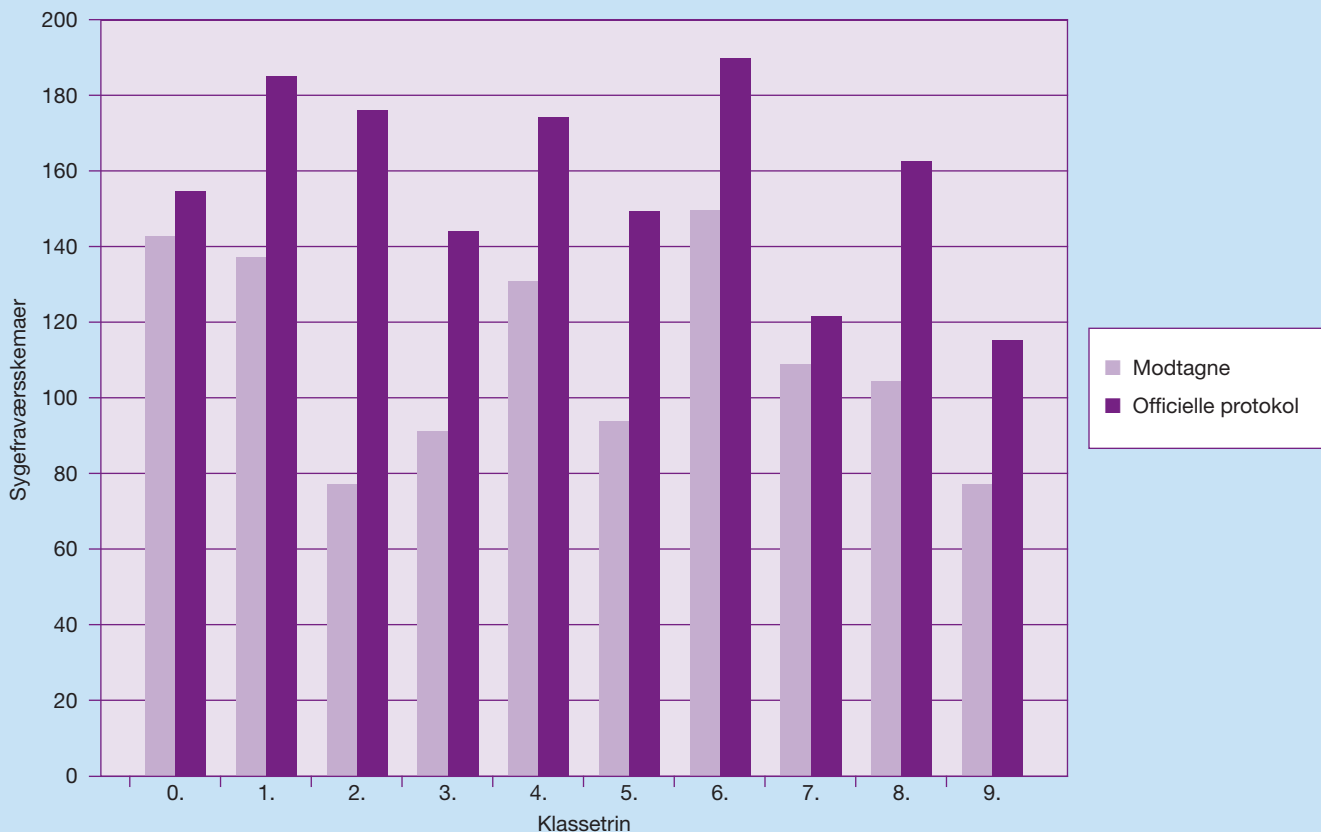
Litteraturgennemgangen viser, at mens vi har et klart billede af, hvad daginstitutionsbørn fejler, når de er syge (1,2,3,4), har ingen danske videnskabelige undersøgelser beskæftiget sig med folkeskoleelevers sygefravær, årsager til fraværet og hyppigheden over længere tid.

Tilgængelig viden om folkeskoleelevers sygefravær og hyppighed omfatter hovedsageligt data fra Statens Institut for Folkesundhed, der løbende publicerer Sundheds- og Sygelighedsundersøgelserne (SUSY-undersøgelserne) – de sidste med henholdsvis syv, seks og fem års mellemrum. Den aktuelle er fra 2005 og blev publiceret 2007 (5). Her er der tale om et 14-dages billede af de 0-15-åriges sygefravær, og tallene kan derfor ikke tage forbehold for f.eks. årstidsvariationer eller forskelle mellem skoler. Sygefraværet handler oftest om luftvejs-

infektioner og dernæst mave-tarm-infektioner, og inden for en 14-dages periode har 21,7 pct. af børn under 16 år været syge (2005).

Der er endvidere foretaget undersøgelser af børns sundhed ved skolestart (6) og ved udskoling (7) og børns generelle sundhed (8), men kendetegnende for disse er, at der er tale om kroniske lidelser blandt børnene (allergi, ledsygdomme mv.). Akutte sygdomme, herunder infektioner, er således ikke medtaget. En søgning i REX (Det kongelige Bibliotek), Pub Med. og Cochrane Library om sygefravær blandt danske skoleelever giver heller ikke resultater i forhold til undersøgelser om skoleelevers sygefravær over en længere periode grundet akutte infektioner. Sundhedsstyrelsen konkluderer da også i 2005, at "der findes ingen nyere

GRAF 1. BESVARELSESPROCENTEN FOR BEGGE SKOLER ALLE TRE MÅNEDER FORDELT PÅ KLASSETRIN



undersøgelser af det samlede sygdomsmønster for skolebørn mellem ind- og udskolingsundersøgelsen” (9).

Håndhygiejne er den bedst dokumenterede enkeltstående handling til forebyggelse af smittespredning ved kontaktsmitte mellem mennesker og miljøet (10,11,12), og håndhygiejne er påvist som en effektiv metode til at nedbringe sygefravær blandt 0-6-årige i ind- som udland (1,13). Med hensyn til håndhygiejne i skoleregi har flere forsøg i udlandet, primært USA, vist sig effektive i forhold til også at kunne nedsætte skoleelevers sygefravær betydeligt (14,15,16). Sygefravær, der oftest skyldes luftvejs- og mave-tarm-infektioner. Ingen undersøgelser har beskæftiget sig med effekten af håndhygiejne blandt danske skolebørn.

Det vides således ikke, om håndhygiejne kan nedbringe sygefraværet grundet infektioner hos danske skoleelever. Derfor har formålet med denne indledende undersøgelse, der efterfølges af en interventionsundersøgelse omkring håndhygiejne, bl.a. været at identificere hyppighed og årsag til sygefravær blandt skoleelever på to skoler over en tremåneders periode (samme periode, som interventionen vil foregå næste år); data, som på nuværende tidspunkt ikke er tilgængelige. Dels for at finde ud af, om antallet af infektionssyge er stort nok til at kunne foretage et interventionsstudie (sample size);

håndhygiejne hjælper f.eks. ikke på hovedpine eller sportsskader. Dels for at finde ud af, om skolerne er videnskabeligt sammenlignelige; er sygefraværet nogenlunde ens på de to skoler?

Sygefravær kan have mange årsager som f.eks. dårligt indeklima, mangelfuld ernæring, manglende motion eller søvn mv. Viser det sig, at skolerne ligger meget forskelligt i sygefravær, kan de ikke benyttes i et videnskabeligt forsøg, da udgangspunktet for forsøget så er forskelligt.

Eleverne vil endvidere blive spurgt om, hvornår og hvor ofte de vasker hænder i skoletiden. Dette på grund af at der ikke er nogen intervention i at bede elever vasker hænder på et tidspunkt, hvor de gør det i forvejen. Resultaterne fra denne indledende undersøgelse skal således danne basis for et videnskabeligt interventionsstudie i skoleåret 2006/2007, som har til formål at undersøge, om obligatorisk håndvask i skoletiden i Danmark kan nedsætte skoleelevers sygefravær grundet infektioner, som det er vist i udlandet.

Materiale og metode

I undersøgelsen deltog Fredensborg og Humlebæk skoler med henholdsvis 395 og 398 elever. Eleverne er fordelt på 0.-9. årgang med to klasser pr. årgang. Skolerne er ca. 100 år gamle og ligger 10 km fra hinanden. Sko-

))) TABEL 1. BESVARELSE AF SYGEFRAVÆRSSKEMAER OG HYPPIGHEDER IFØLGE DEN OFFICIELLE PROTOKOL (PCT, N=)

2006	Januar		Februar		Marts		Gns.	Gns.	Gns.
	Humlebæk	Fredensborg	Humlebæk	Fredensborg	Humlebæk	Fredensborg	Fredensborg + Humlebæk	Fredensborg + Humlebæk	Fredensborg + Humlebæk
Antal sygefraværsskema i procent af officiel protokol	67 pct.	73 pct.	67 pct.	72 pct.	76 pct.	68 pct.	71 pct.	70 pct.	71 pct.
	(57-78)	(62-85)	(57-78)	(60-84)	(67-86)	(59-76)	(65-77)	(64-76)	(67-75)
Antal sygefraværsskema /sygeperiode	157/234	162/221	157/234	146/203	255/334	240/355	569/802	548/779	1.117/1.581
Gns. antal sygeperiode pr. elev									
I officiel protokol	0,59	0,56	0,59	0,51	0,84	0,90	0,67	0,66	0,66
Sygeperiode alle elever	234/398	221/395	234/398	203/395	334/398	355/395	267/398	260/395	264/397
Humlebæk Skole: 398 elever. Fredensborg Skole: 395 elever.									

» lernes deltagelse i undersøgelsen blev godkendt af henholdsvis skolebestyrelsen, lærerne og inspektørerne.

Fredensborg-Humlebæk Kommune havde et indbyggertal på 20.025 (pr. 1. januar 2006) og seks folkeskoler med tre skoler i hvert bysamfund. Fredensborg og Humlebæk skoler ligner hinanden med hensyn til at have mindre end fem tosprogede elever (samme kulturelle baggrund), de fleste familier er økonomisk velfunderede og veluddannede. Børneforvaltningen i Fredensborg Kommune har vurderet, at skolerne placerer sig på en anden- og en tredjeplads ud af kommunens skoler med hensyn til flest ressourcer vurderet ud fra elevernes sociale baggrund; forældreindkomst, uddannelsesniveau, bor med begge forældre, dansk- og matematikkarakterer ved 9. klasses afgangsprøve, etnicitet (17).

I perioden 4. januar – 31. marts 2006 blev i alt 793 elever på de to skoler bedt om at udfylde et sygefraværsskema, hver gang de havde været fraværende pga. sygdom ifølge skolens officielle protokol. (Ifølge bekendtgørelse om elevers fravær fra undervisningen i folkeskolen nr. 822 af 26. juli 2004 er skolerne forpligtede til hver dag at notere, om eleverne er til stede, er syge, har ekstraordinær frihed eller ulovligt fravær. Skolerne registrerer derfor fravær blandt alle elever via en officiel protokol. Data skal fremsendes til de kommunale skoleforvaltninger. Desværre finder ingen central registrering sted).

Arbejdsgangen i undersøgelsen i januar var, at lærerne udleverede et sygefraværsskema, efter en elev havde været syg (havde haft en sygeperiode), og disse sygefra-

værsskemaer skulle udfyldes hjemme. Dette gav dog lærerne en uventet stor arbejdsbyrde med at rykke for sygefraværsskemaerne. I februar og marts blev sygefraværsskemaerne derfor udfyldt i skolen på 4.-9. årgang, når eleven kom tilbage efter sygdom. Lærerne udleverede sygefraværsskemaet til eleven, som kunne udfylde det selv eller få hjælp fra læreren. På 0.-3. klassetrin ændredes ikke den oprindelige procedure.

Hver uge modtog projektleder de udfyldte sygefraværsskemaer og tjekkede, om alle felter var udfyldt. Ud fra skolens officielle protokol fremgik det, hvor mange sygeperioder den enkelte klasse samlet havde haft i løbet af en måned. Divergerede antallet af sygeperioder med modtagne sygefraværsskemaer meget, blev klassen bedt om at gennemgå protokollen igen for at få udfyldt de manglende sygefraværsskemaer.

Projektleder havde ingen direkte kontakt med eleverne og var ikke kendt på skolen før forsøget. Projektleder deltog endvidere i pædagogiske rådsmøder før, under og efter forsøgsperioden, hvor den aktuelle svarprocent løbende blev oplyst, spørgsmål besvaret og problemer afklaret.

På det benyttede sygefraværsskema skulle eleven svare på spørgsmål om klassetrin og dato for første og sidste sygedag. Endvidere skulle der sættes ét kryds mht. årsagen til sygefraværet. Sygefraværsskemaet havde fem hovedgrupper af sygdomsårsager med undergrupper:

- ikke infektion; ondt i hovedet, ondt i maven, ondt i ryggen, kommet til skade, menses-gener, allergi, ikke lyst

TABEL 2. FORDELING AF ÅRSAGER TIL FRAVÆR I PROCENT AF ALLE SYGEFRAVÆRSSKEMAER (PROCENT, N=)

2006	Januar		Februar		Marts		Gns.	Gns.	Gns.
	Humlebæk	Fredensborg	Humlebæk	Fredensborg	Humlebæk	Fredensborg	Humlebæk + Fredensborg	Humlebæk + Fredensborg	Humlebæk + Fredensborg
Luftvejsinfektion	45 pct. (35-56)	38 pct. (28-47)	42 pct. (32-52)	55 pct. (43-67)	44 pct. (35-52)	47 pct. (38-55)	44 pct. (34-53)	46 pct. (36-56)	45 pct. (35-55)
n=	71/157	61/162	66/157	80/146	111/255	112/240	83/190	84/183	84/187
Mave-tarminfektion	12 pct. (7-18)	14 pct. (8-20)	13 pct. (8-19)	12 pct. (6-17)	7 pct. (4-10)	14 pct. (9-19)	10 pct. (6-14)	14 pct. (8-19)	12 pct. (7-17)
n=	19/157	23/162	21/157	17/146	18/255	34/240	19/190	25/183	22/187
Hudinfektion	1 pct. (-1-2)	0 pct.	1 pct. (-1-2)	1 pct. (-1-3)	0 pct.	0 pct.	1 pct. (0-3)	1 pct. (0-3)	1 pct. (-1-2)
n=	1/157	0/162	1/157	2/146	0/255	0/240	2/190	2/183	1/187
Anden infektion	8 pct. (3-12)	4 pct. (1-8)	11 pct. (6-16)	5 pct. (2-9)	14 pct. (10-19)	8 pct. (4-11)	12 pct. (7-16)	6 pct. (2-10)	9 pct. (4-13)
n=	12/157	7/162	17/157	8/146	36/255	18/240	22/190	11/183	16/187
Ikke infektion	34 pct. (25-44)	43 pct. (33-53)	33 pct. (24-42)	27 pct. (19-36)	35 pct. (28-43)	32 pct. (25-39)	34 pct. (26-43)	34 pct. (25-42)	34 pct. (26-43)
n=	54/157	70/162	52/157	40/146	90/255	76/240	65/190	62/183	64/187

95 pct. konfidensinterval.

til at komme i skole, ekstra ferie, læge-/tandlægebesøg, skriv andre årsager her,

- luftvejsinfektioner; forkølelse, ondt i halsen/halsbetændelse, ondt i ørene/mellemørebetændelse, øjenbetændelse, bihulebetændelse, lungebetændelse, bronkitis, influenza, andre luftvejsinfektioner skriv her,
- mave-tarminfektioner; dårlig mave, kvalme, opkast tynd mave/diaré, anden mave-tarm-infektion skriv her,
- hudinfektioner; børnesår, andre hudinfektioner skriv her,
- andre infektioner; feber af ukendt årsag, blærebetændelse, skoldkopper, børneorm, kyskesyge/mononukleose, andre infektioner skriv her.

Et sygefraværsskema repræsenterede én sygeperiode, som blev defineret som sygedage med samme sygdomsårsag og med højst én skoledag eller to fridage (week-end) imellem.

Sygefraværsskemaet kunne holdes anonymt, idet det fremgik af sygefraværsskemaet, at det kunne lægges i en uddelt kuvert, hvis eleven/forældrene kun ønskede, at projektleder skulle se svarene.

Sygefraværsskemaet blev afprøvet på deltagerne i to mødregrupper, der også havde ældre skolebørn; endvidere blev 10 familier ringet op på hver skole. Alle blev spurgt, om de ville være i stand til at udfylde sygefraværsskemaet, hvis deres barn havde været sygt. Til pædagogisk rådsmøde på begge skoler blev sygefraværsskema gennemgået og diskuteret med lærerne. Der

fremkom ingen tilbagemeldinger, som gav anledning til at ændre på sygefraværsskemaet, idet de adspurgte ikke havde haft problemer med at forstå eller udfylde skemaet.

I forbindelse med den skriftlige orientering til forældrene om registrering af sygefraværsskemaer i en forsøgsperiode modtog alle familier også et eksemplar af sygefraværsskemaet.

I december 2005 blev alle 793 elever spurgt om deres håndvaskevaner i skoletiden ved hjælp af et afkrydsningsskema, som skulle udfyldes hjemme. De blev spurgt om, hvor mange gange de vasker hænder i skoletiden: 0, 1-2, 3-4, 5-6, 7-8 eller over 9 gange. Endvidere om de vasker hænder efter toiletbesøg, før frokost, efter frokost, før madlavning, og inden de går hjem fra skole, hvortil de kunne svare: ja altid, nej aldrig eller en gang imellem.

Spørgeskemaerne har alle været anonyme for at kunne modtage så ærlige svar som muligt på følsomme spørgsmål, således har det ikke været muligt at se nærmere på bortfaldet.

Statistik

Alle værdier er angivet som procent med 95 pct. konfidensinterval.

Kategoriske variable er sammenlignet med χ^2 -test.

Etik

Undersøgelsen er blevet godkendt hos Datatilsynet, J.nr. 2005-41-5964.

))) TABEL 3. TILFÆLDE AF IKKE INFEKTIONER FORDELT PÅ KLASSETRIN (BEGGE SKOLER)

JANUAR – MARTS 2006 (N=)

Klassetrin	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
n=	23	24	19	38	40	31	57	68	53	29
Antal i alt= 382.										

))) Resultater

Ifølge tabel 1 side 52 varierede besvarelsesprocenten af sygefraværsskemaerne i forhold til skolens officielle protokol mellem 67 og 76 pct.; Fredensborg Skole lå ensartet alle månederne, mens Humlebæk Skole de første måneder var lavere og sidste måned lidt højere end Fredensborg. Gennemsnittet for begge skoler var 71 pct.

Graf 1 side 51 viser, at besvarelsesprocenten for begge skoler alle tre måneder fordelt på klassetrin varierer en del klassetrinene imellem, og der fremkommer intet klart mønster; 0. klassetrin har højeste besvarelsesprocent, og 2. klassetrin har laveste.

I gennemsnit havde en elev 0,66 sygeperiode pr. måned i henhold til skolens officielle protokol. Begge skoler havde statistisk signifikant flere sygeperioder i marts sammenlignet med januar (FS: P=0,02; HS: P=0,002) og februar (FS: P=0,06; HS:0,001).

Angående årsager til sygefravær ses af tabel 2 side 53 for begge skoler, alle tre måneder, at samles alle fire former for infektioner, skyldes 67 pct. (n=735) af alle sygefraværperioder en infektion, og 34 pct. (n=382) skyldes ikke infektion/andre årsager.

Inden for de fire hovedgrupper af infektioner, alle tre måneder begge skoler, tegner luftvejsinfektioner sig for 68 pct. af infektioner (501/735), dernæst mave-tarm-infektioner med 18 pct. (132/735), dernæst andre infektioner med 13 pct. (97/735), og til sidst hudinfektioner med 1 pct. (4/735).

Det kan oplyses, at inden for hovedgruppen luftvejsinfektioner alle tre måneder begge skoler, er de hyppigste undergrupper forkølelse (n=151), influenza (n=145) og ondt i halsen (n=135). Inden for hovedgruppen andre infektioner er feber af ukendt årsag (n=81) hyppigste undergruppe. Hos gruppen ikke infektioner er ondt i hovedet (n=144) og ondt i maven (n=100) de hyppigste undergrupper.

Antallet af ikke infektioner fordelte sig efter årgang som vist i tabel 3 herover, og der ses en tendens til et mindre antal ikke infektioner i de yngre klasser og et større antal i de ældste klasser, bortset fra 9. årgang.

Data mellem skolerne varierer kun lidt og synes generelt meget ens.

Antallet af sygedage, en sygeperiode bestod af, var på Humlebæk Skole i januar 1,7, februar 1,8 og marts 2,0 ifølge den officielle protokol og henholdsvis 2,2, 2,4 og 2,2 ifølge sygefraværsskemaerne.

På Fredensborg Skole var antal sygedage pr. sygeperiode for januar 1,5, februar 1,9 og marts 2,1 ifølge den officielle protokol og henholdsvis 1,7, 2,9 og 2,4 ifølge

sygefraværsskemaerne. En sygeperiode bestod i snit af 1,6 dage ifølge den officielle protokol og 2,6 sygedage ifølge sygefraværsskemaerne.

Der var 38 sygefraværsskemaer, som var udfyldt i "skriv selv"-feltet, og 32 sygefraværsskemaer, som blev vurderet ugyldige pga. manglende oplysninger.

Elevernes håndvaskevaner

Mht. elevernes håndvaskevaner var besvarelsesprocenten for Fredensborg skole 67 (263/395) og Humlebæk skole 64 (253/398). I gennemsnit 65 pct. (517/793).

Eleverne blev spurgt om antallet af foretagne håndvaske i skoletiden (se tabel 4a side 55), og resultaterne spænder fra, at 11 pct. i gennemsnit for begge skoler aldrig vasker hænder, til 1 pct. vasker hænder flere end ni gange.

Det fremgår af tabel 4a+b side 55 og 56, at de fleste elever (begge skoler) svarer, at de vasker hænder 1-2 gange i skoletiden, altid vasker hænder efter toiletbesøg, vasker hænder en gang imellem før frokost, aldrig efter frokost, altid før madlavning i skolen (det skal eleverne), og aldrig før de går hjem fra skole.

Skolernes svar fordeler sig meget ens; en lille forskel var, at eleverne på Fredensborg Skole (57/263) oftere vaskede hænder før frokost end på Humlebæk Skole (25/253). Eleverne besvarede ikke altid alle spørgsmålene, hvorfor "n" varierer i antal elever (tabel 4b).

Diskussion

Blandt skolernes 793 elever fremgår det, at 67 pct. af sygefraværet skyldes en infektion, og at der oftest er tale om en luftvejsinfektion. SUSY-undersøgelserne (5), Master et al. (14), Dyer et al. (15) og Guinan et al.s (16) undersøgelser med skoleelever og Hasle et al. (2) og Uldalls (4) undersøgelser med 0-6-årige viser samstemmende, at hovedårsagen til sygefravær er luftvejsinfektioner.

Angående danske skoleelevers antal sygedage i forhold til udlandet er det umiddelbart ikke muligt at sammenligne, da de forskellige undersøgelser har forskellige observationslængder og -tidspunkter på året, og antallet af elever varierer meget. Men Middleton, USA, kom frem til, at en skoleelev i gennemsnit har fire luftvejsinfektioner om året af 5-14 dages varighed (18). I USA viser sundhedsstatistikken (19), at en elev i gennemsnit er fraværende fra skole 4,5 dage om året grundet sygdom.

Ligesom de 0-6-årige bliver mindre syge med stigende alder (2,4), stiger antallet af ikke infektionssyge med

stigende alder i denne undersøgelse, og de yngre elever er mere infektionssyge end de ældre. Håndvask har i udlandet vist at kunne nedsætte skoleelevers sygefravær grundet infektioner, og da det tyder på, at de ældste klassetrin er mindre infektionssyge i forhold til de yngre klassetrin, vil det være mest hensigtsmæssigt at sætte en intervention ind over for de yngre klassetrin.

Eleverne havde flest sygeperioder i marts, hvilket Guinan et al. (16) også fandt, ligesom de fandt mindst fravær i september. Men sygefravær må registreres over et helt år, hvis man skal have sikker viden om årstidsvariationer, og der må tages forbehold for bl.a. evt. epidemier (influenza, Roskildesyge etc.).

I denne undersøgelse blev valgt en vinterperiode, da der normalt er flest infektioner i vinterhalvåret og heraf større statistisk materiale at arbejde med. Dels fordi elever er mere indendørs om vinteren, og ophold udenørs nedsætter sygeligheden (3), dels fordi parainfluenza B topper efter nytår, RSV er primært i januar og februar, og adenovirus nærmest er endemisk (4). Master (14) benyttede ligeledes januar og februar til interventionsmåneder.

Da der foreligger en officiel elektronisk fraværstatistik på alle elever hver måned, har det været muligt præcist at opgøre besvarelsesprocenten. Svarprocenten var lavere end forventet, og jo større svarprocent jo større statistisk sikkerhed for resultatet. Mht. frafaldet nævner Boolsen (20) nogle grænser for, hvor stort frafaldet må være, for at vi kan tale om, at undersøgelsen er repræsentativ. En tilslutning på 70-85 pct. er udmærket (højere end 85 pct. er strålende); undersøgelsen havde her en tilslutning på 71 pct., og ifølge graf 1 viser frafaldet intet klart mønster klassetrinene imellem, hvilket tyder på, at bortfaldet ikke er væsentlig anderledes sammensat end de, der svarede. Således tyder det på, at de, der har svaret, har repræsenteret hele gruppen.

Det viste sig, at jo flere der skulle håndtere sygefraværsskemaerne (både forældre og lærere i januar), jo færre nåede frem til projektleder. Derfor blev det fra februar kun læreren, der håndterede sygefraværsskemaerne fra 4. klassetrin og opefter; og til næste år i interventionsstudiet vil projektleder personligt indsamle alle sygefraværsskemaer direkte i klasserne, hvilket lærerne har bifaldet.

Det kan ikke udelukkes, at enkelte sygefraværsskemaer er resultatet af en recall bias, da nogle klasser ikke havde afleveret et eneste sygefraværsskema efter en måned og blev bedt om at gøre det efterfølgende. Kan eleven ikke helt huske, hvad han har fejlet, kan en forkert registrering give en overestimering af data. Dette var mest udtalt på 8. og 9. klassetrin.

Sygefraværet er blevet vurderet ud fra sygeperioder og ikke sygedage, da sygeperioder er et mere præcist mål for elevens sygelighed. Der kan spille flere faktorer ind om, hvor hurtigt en elev kommer i skole igen efter sygdom, f.eks. hvor gode muligheder forældrene har for at holde deres barn hjemme. Antallet af sygedage pr. sygeperiode er lavere ifølge skolens officielle protokol end på sygefraværsskemaerne; forsøget er fremkommet

med en overestimering af sygedage pr. sygeperiode. Dette kunne skyldes, at de gennemsnitlige 29 pct. elever, der ikke har udfyldt et sygefraværsskema efter en sygeperiode, har haft så få sygedage, at de ikke har fundet det vigtigt at udfylde et sygefraværsskema. Ligeledes kan lærerne have været mindre påpasselige med at udfylde et sygefraværsskema, når der kun har været tale om få eller en enkelt sygedag. Er antagelsen rigtig, vil det betyde, at undersøgelsen mangler nogle data fra de elever, der har haft sygeperioder af én dags varighed og mest repræsenterer data om sygefravær af flere dages varighed.

En elev repræsenterer et sygefraværsskema, og samme elev kan godt have haft flere sygeperioder.

Det har været en fordel, at projektleder også har været den person, der har modtaget og indtastet alle data, hvorved nogle fejl er undgået, og de forskellige aktører har kun haft én person at forholde sig til. Det har været nødvendigt at være til stede på lærerværelset en gang ugentligt på hver skole i observationsperioden for at minde om undersøgelsen og indsamle sygefraværsskemaer; de kom ikke altid af sig selv. Endvidere var det vigtigt at deltage i pædagogiske rådsmøder for at inspirere lærerne, svare på spørgsmål og fremlægge besvarelsesprocenten.

Få elever (38/1.117) har benyttet feltet ”skriv selv” på sygefraværsskemaerne under infektionssygdomme, hvilket kunne tyde på, at sygefraværsskemaet har

»»» TABEL 4A. FORDELING AF ANTAL ELEVER MED ANTAL HÅNDVASK FORDELT PÅ INTERVALLER (PCT., N=)

Intervaller	Humblebæk	Fredensborg
0 gange	11 pct. (7-15)	12 pct. (7-16)
n=	27/250	30/258
1 til 2 gange	56 pct. (47-65)	59 pct. (50-69)
n=	140/250	153/258
3 til 4 gange	26 pct. (20-32)	26 pct. (20-33)
n=	65/250	68/258
5 til 6 gange	6 pct. (3-9)	2 pct. (0-4)
n=	15/250	6/258
7 til 8 gange	0 pct. (0-1)	0 pct. 0
n=	1/250	0/258
over 9 gange	1 pct. (0-2)	0 pct. (0-1)
n=	2/250	1/258
95 pct. konfidensinterval.		

» været fyldestgørende mht. sygefraværsårsager. Det havde været optimalt at få en præcis diagnose på elevernes sygefravær via blodprøver eller podninger, men det er ikke muligt at få så mange elever og forældre med på det. Derfor blev et sygefraværsskema valgt. Da årsager til sygefravær kan være følsomme data, blev det prioriteret at holde sygefraværsskemaet så anonymt som muligt. Ærlige svar blev prioriteret frem for muligheden for at kunne kontakte familierne eller se nærmere på bortfaldet; data som således ikke er til stede i denne undersøgelse.

84 pct. af eleverne vasker hænder efter toiletbesøg, hvilket er et tilsyneladende højt antal. Guinan et al. (21) fandt, at 58 pct. af skolepiger og 48 pct. af skoledrenge vaskede hænder efter toiletbesøg. Svarprocenten var 65, hvilket ifølge *Boolsen* (20) er akkurat acceptabelt, men de sidste 35 pct. kan meget vel være dem, der ikke vasker deres hænder særlig ofte. Det kunne undersøgelsens høje fund af elever, der vasker hænder efter toiletbesøg, i forhold til Guinan et al. (21) tyde på. Der blev ikke modtaget et eneste spørgeskema fra 8. klassetrin, så trak man 8. klassetrin ud af undersøgelsen, ville man kunne hæve svarprocenten.

Når lærerne minder eleverne om at vaske hænder (for hjemkundskab), effektueres dette med 100 pct; dvs. at lærerne kan gøre en stor forskel. Derimod er det et fåtal, der vasker hænder konsekvent før frokost, og inden de går hjem fra skole, og det er netop her, der bl.a. vil blive sat ind i interventionsforsøget.

Sundhedsstyrelsen skriver (9), at smitsomme sygdomme ikke længere spiller en væsentlig rolle blandt

skoleelever nu om dage bl.a. pga. vaccinationer. Men at hver elev i herværende undersøgelse i gennemsnit har 0,66 sygeperiode pr. måned med flere sygedage, og luftvejsinfektioner udgør den største gruppe af infektioner, er det relevant at undersøge muligheder for forebyggelse.

Skolernes toiletforhold er langtfra altid tilfredsstillende, og håndhygiejne er som vist i de amerikanske undersøgelser et vigtigt parameter, men også indeklimaet er en betydningsfuld faktor (22). Den kommunale sundhedstjeneste (kommunallægen) skal ifølge Sundhedsstyrelsen foretage halv- til helårige tilsyn på skoler, hvor hygiejne, toiletforhold, indendørs- samt udendørsmiljø skal vurderes, og der skal udarbejdes skriftlig rapport (9). Det er noget, som langtfra finder sted i dag, bl.a. i de 28 kommuner (2005), som mangler en kommunallæge (23).

Resultaterne fra denne undersøgelse viser, at Humlebæk og Fredensborg skoler ligner hinanden mht. elevs sygefravær og håndvaskevaner i skoletiden, og at antallet af infektioner er stort nok til, at undersøgelsen kan fortsætte med et interventionsstudie i næste skoleår, hvor det undersøges, om obligatorisk håndvask i skoletiden kan nedsætte skoleelevers sygefravær. Derfor er det også rigtig positivt, at de to skoler har sagt ja til at deltage i forsøget næste år.

At elever er syge fra skole, har store personlige og samfundsmæssige konsekvenser, og skolernes toiletforhold er langtfra tilfredsstillende på alle skoler. Derfor har vi brug for at få sat fokus på håndhygiejne i skole regi i Danmark med nogle videnskabelige undersøgel-

))) TABEL 4B. I HVILKE SITUATIONER VASKER ELEVERNE HÆNDER? (PCT., N=)

December 2005	Ja, altid		Nej, aldrig		En gang imellem	
	Humlebæk	Fredensborg	Humlebæk	Fredensborg	Humlebæk	Fredensborg
Efter toiletbesøg	81 pct.	87 pct.	1 pct.	0 pct.	18 pct.	13 pct.
	(70-93)	(75-98)	(0-2)	(0-1)	(13-23)	(9-17)
n=	206/253	228/263	2/253	1/263	45/253	34/263
Før frokost	10 pct.	22 pct.	35 pct.	34 pct.	56 pct.	44 pct.
	(6-14)	(16-27)	(27-42)	(27-41)	(46-65)	(36-53)
n=	25/252	57/263	87/252	89/263	140/252	117/263
Efter frokost	4 pct.	5 pct.	58 pct.	61 pct.	39 pct.	34 pct.
	(1-6)	(2-8)	(48-67)	(51-70)	(31-46)	(27-41)
n=	9/253	13/262	146/253	159/262	98/253	90/262
Før hjemkundskab (Kun enkelte årgange)	100 pct.	100 pct.				
	(77-123)	(68-132)				
n=	73/73	38/38				
Inden du går hjem	3 pct.	2 pct.	76 pct.	83 pct.	21 pct.	15 pct.
	(1-5)	(0-4)	(65-87)	(72-94)	(16-27)	(10-20)
n=	7/253	6/262	192/253	217/262	54/253	39/262
95 pct. konfidensinterval.						

ser, som kan vise, at håndhygiejne er en lige så effektiv metode til at nedbringe sygefravær i skoleregi, som det har vist at være hos de 0-6-årige.

Inge Nandrup-Bus er ansat i Fredensborg Kommune og har specialiseret sig i hygiejne på daginstitutionsområdet og i den kommunale sundhedstjeneste. Inge Nandrup-Bus har endvidere taget den internationale ammeuddannelse til IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant).

Det er med stor taknemmelighed til følgende personer, at undersøgelsen har fundet sted: De innovative skoler, som lagde elever, forældre og lærere til: Humlebæk Skole ved skoleinspektør Frank Jensen og Fredensborg Skole ved skoleinspektør Jens Bernhardt. (Skolerne har valgt at blive nævnt ved navn). Desuden Mette Plovsing, socialchef, Fredensborg Kommune, der gjorde det økonomisk muligt.

Litteratur

- Ladegård M, Stage V. Håndhygiejne og småbørnssygelighed i daginstitutioner. Ugeskr. for Læger 1999;(161):4396-400.
- Hasle H, Viskum B, Sygelighed blandt vuggestuebørn. Ugeskrift for læger 1989;(151):2148-9.
- Søe A-L, Hammershøj E M. Sygefravær på grund af smitsom sygdom blandt daginstitutionsbørn i et amt. Ugeskrift for Læger 1991;(153):104-6.
- Uldall P. Pasningsformer og børns infektioner, forekomst og årsagsfaktorer. Ugeskr. for Læger 1990;(152):2345-8.
- Sundheds og sygelighedsrapporten 2005, kapitel 9 om børns sundhed og sygelighed. Rapporten.
- Madsen M, Lindahl A, Osler M & Bjerregaard P. Børns sundhed ved skolestart 1988/89. Dansk institut for klinisk epidemiologi, DIKE, 1991.
- Petersen T, Nielsen A, Paludan M et al. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. En undersøgelse blandt eleverne i 8. og 9. klasse 1996/97. Statens institut for folkesundhed 2000.
- Nielsen A, Lie HR, Keiding L & Madsen M. Børns sundhed i Danmark. Dansk institut for klinisk epidemiologi, DIKE, 1998.
- Sundhedsstyrelsen. Skolesundhedsarbejde. 2005: p. 156-159.
- Dansk Standard. Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren. Del 2: Krav til håndhygiejne. DS 2451-2, 2002.
- Ehrenkranz NJ, Alfonso BC. Failure of bland soap hand-wash to prevent hand transfer of patient bacteria to urethral catheters.: Infect Control Hosp Epidemiol. 1991 Nov;12(11):654-62.
- Bryan JL, Cohran J, Larson EL. Hand washing. A ritual revisited. Crit Care Nurs Clin North Am. 1995 Dec;7(4):617-25.
- Matti U, Merja M. An open randomised controlled trial of infection prevention in child day-care centers. Pediatr Infect Dis J, 1999;18:672-7.
- Master D, Longe SH, Dickson H. Scheduled hand washing in an elementary school population. Family Medicine 1997;(29,5):336-9.
- Dyer DL, Shinder A, Shinder F. Alcohol-free instant hand sanitizer reduces elementary school illness absenteeism. Family Medicine 2000;(32,9):633-38.
- Guinan M, McGuckin M, Ali U. The effect of a comprehensive handwashing program on absenteeism in elementary schools. American journal infections control 2002;(30):217-20.
- Børneforvaltningen, Fredensborg Kommune. Notat om fordeling af midlerne mellem Fredensborgs skoler med udgangspunkt i elevernes sociale baggrund. 2006. www.Fredensborg.dk
- Middleton D. Upper respiratory tract infections of childhood. Part 1. The common cold. Fam. Pract Recertification 1993;(15,8):60ff.
- Vital Health and Statistics, Current Estimates from the National Health Interview Survey, 1995, published by the U.S. Centers for Disease Control and Prevention and the National Center for Health Statistics, 1998.
- Boolsen M W. Fra spørgeskema til Statistisk analyse. Udgave 1, København: C.A. Reitzel;2004.
- Guinan M E, McGuckin-Guinan M, Severeid A. Who washes hands after using the bathroom? Am J Infect Control 1997;(25):424-5.
- Kofoed G B, Nielsen AM, Keiding LM. Udvalgte miljøfaktors betydning for børns sygelighed i daginstitutioner. Ugeskrift for Læger 2002;(164):5759-64.
- Sundhedsstyrelsen. Mere end hver fjerde danske kommune har ikke skolelæge. 03.10.2005. <http://www.sst.dk/default.aspx?path={33469362-602B-42F2-8A0C-84258BE16C93}&print=1>

]]] ENGLISH ABSTRACT

Nandrup-Bus I. What is wrong with school students when they go of sick, and how often do they wash their hands while at school? Sygeplejersken 2008; (8):50-7.

Introduction: No available data tell about the reason for illness related absenteeism in elementary school over a longer period and how often a schoolchild is absent due to illnesses in Denmark. The purpose of this study has been to obtain and use these data for a study next school year about hand hygiene and illness related absenteeism in elementary schools.

Methods: 793 schoolchildren, grade 0-9 incl., from two schools were asked to fill out a questionnaire every time they were absent due to illness according to the official protocol through a three months period. Furthermore the children were asked about their habits regarding washing hands during school time.

Results: With a total response rate of 71% to the questionnaire about absents due to illnesses, 45% of the cases were due to respiratory illness, 12% to gastrointestinal illness, 1% to skin illness, 9% to other illnesses and 34% were none-illness cases. Regarding hand washing most children wash their hands: 1-2 times during school hours, always after visiting the bathroom, once in a while before lunch, never after lunch, always before cooking in school and never before leaving school.

Conclusions: Respiratory illness is the main cause of illness related absenteeism among schoolchildren, and a schoolchild has an average of 0,66 episode of illness related absenteeism per month.

Key words: schoolchildren, illness related absenteeism, hand washing habits, survey.

Vurdering af patientens voldsrisiko

Vurderingen af, om en psykisk syg person udgør en trussel mod personale eller andre, kan være både vanskelig og tilfældig, og når der er tale om personalevold, er sygeplejersker en udsat gruppe. En udsat situation er bl.a. den, hvor sygeplejersken skal give den psykisk syge depotmedicin i patientens eget hjem.

Flere undersøgelser har vist, at skønnet af risikoen for volds-episoder kan forbedres og volden derved forebygges vha. strukturerede farlighedsvurderinger, bl.a. det canadisk udviklede skema HCR-20, som er oversat til dansk. Skemaet kortlægger historiske, nutidige og fremtidige faktorer, som man erfaringsmæssigt ved har betydning for, om en person tyr til vold.

I Danmark anvender bl.a. Psykiatrisk Center, Sct. Hans afdeling R, HCR-20-skemaet, men potentialet i forhold til hjemmeboende psykisk syge er ifølge det svenske sygeplejetidskrift "Vårdfacket" oplagt.

Læs mere om HCR-20 på: www.vardfacket.se > Vård i hemmet og i rapporten "Psykisk sygdom og kriminalitet" udgivet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; www.sum.dk > psykisk sygdom og kriminalitet

Svar på Testen side 41

1: b., 2: a., 3: a., 4: a., 5: b.

Kilder: www.sst.dk > skriv "Selmordsforebyggelse" i søgefeltet. <http://selvmord.wnm.dk>

Virtuelle patientnetværk

Marie har aborteret ufrivilligt fire gange, og hun vil gerne udveksle erfaringer med andre kvinder i samme situation. Det kan lade sig gøre på www.sundhed.dk og her er det også muligt at få svar på faglige spørgsmål. Ved at klikke på patientnetværk fås en oversigt over de seks sygdomme, netværket omfatter. Det er bl.a. gentagne aborter, livmoderhalskræftforum og korttarmsforum. På de tre nævnte patientnetværk er sygeplejersker involveret. F.eks. er *Lise Bjerrum Thisted*, kræftrehabiliteringssygeplejerske på Rigshospitalet, moderator på livmoderhalskræftforum.

Hensigten med netværket er, at patienter kan få viden om deres sygdom gennem webbaseret kommunikation med pårørende, sundhedsfagligt personale og patienter med samme sygdom.

"Hvor er det skönt at høre fra andre i samme båd," skriver en bruger af livmoderhalskræftforum.

Lise Bjerrum Thisted fortæller, at "det bedste er at medvirke til, at patienterne kan komme i kontakt med hinanden og lære, hvad der er normalt efter behandling. Udfordringen er at gøre netværket kendt blandt patienter og personale."

(er)

Se www.sundhed.dk > Patientnetværk

(jb)



Massør-uddannelse

I mit arbejde som sygeplejerske og i min fritid har jeg set mange skader, som desværre er blevet behandlet forkert og manglende genoptræning.

Da jeg gerne vil være med til at gøre en forskel, gav det mig lysten til at uddanne mig, så jeg vidste noget om undersøgelser og skadebehandling. Jeg valgte Skolerne for Idrætsmassage pga. deres høje faglige niveau og seriøse ry, hvor alle faglærere har en kompetent faglig uddannelse. Jeg er nu sygeplejerske, massør og idrætsskadeterapeut og starter snart på uddannelsen til columnaterapeut.



Min store passion er idræt, forebyggelse og behandling af skader, og jeg har været så heldig at få arbejde på et sportscollege, hvor de unge mennesker kommer med alle former for skader, spørgsmål og hjælp til træning. Så jeg føler i dag, at jeg gør en forskel.

Klik ind på www.sfm.dk og læs mere eller ring på tlf. 7591 5758 og få tilsendt en brochure.

GIV DIN FAMILIE ET INTERNATIONALT NETVÆRK



VIL DU VÆRE VÆRTSFAMILIE FOR EN STUDERENDE FRA USA I 4 MÅNEDER?

- EN OPLEVELSE FOR LIVET
- IMPROVE YOUR ENGLISH
- VI DÆKKER UDGIFTERNE!

Go to

www.dis.dk/familie

3311 0144

DIS

DANISH INSTITUTE
FOR STUDY ABROAD
50 years 1959-2009

En perlerække af kapitler



Søren Pedersen (red.) under
medvirken af Tone E. Mekki
Gads Forlag
2. udgave 2007

Sygeplejebogen 1 – 1. del
Grundlæggende behov
ISBN 978-87-12-04292-1

Sygeplejebogen 1 – 2. del
Patientologi, sygeplejens
værdier og virksomhedsfelt
ISBN 978-87-12-04291-4

Både for studerende og undervisere kan det være svært at vælge mellem de mange lærebøger i sygepleje, som er på markedet. Med denne reviderede udgave af Sygeplejebogen 1 er det muligt at vælge en perlerække af kapitler om sygepleje, skrevet af nordiske forfattere, som bliver holdt i ørerne af en skrap redaktion, så bogen fremstår aktuel og relevant i faget sygepleje.

Sygeplejebogen 1 er en revideret udgave af lærebogen, som første gang udkom i 2004. Bogen er nu udkommet i to bind. Del 1 samler mange kapitler under temaet patientologi samt sygeplejens værdier og virksomhedsfelt, bl.a. også et relevant kapitel om præhospital sygepleje.

2. del har fokus på grundlæggende sygepleje og indeholder Virginia Hendersons forståelse af sygepleje og et nyt kapitel af Eva Odgaard om kundskabsbaseret og problemorienteret sygepleje. Resten af del 2 gennemgår sygepleje i relation til menneskers grundlæggende behov og er opdateret med nye forskningsresultater, hvor det er muligt.

Som dokumentation for at der er sket noget nyt med lærebogen, faldt mit blik på det omfangsrige register i bøgerne. Listen over ord med A i del 1 omfatter 30 ord, hvoraf otte ord indgik i det tidligere register. I del 2 omfatter samme liste 48 ord, hvoraf kun 14 ord indgik i den gamle udgave.

Blandt de nye ord faldt mit blik i del 1 på AAC Intervention, Artefakter og Absolut håb, mens jeg i del 2 faldt over Arbejdskultur, Akupunktur og Akupressur.

AAC Intervention er et ord, som indgår i et nyt kapitel om kommunikation og samspil skrevet af Inger Jensen. Kommunikation beskrives ud fra en sygeplejefaglig vinkel med samhørighed og samspil mellem parterne i en sygeplejefaglig relation. Ud over kommunikationsprocessen beskrives totalkommunikation som en filosofi, der rækker ud over talesproget. Her redegøres for opmærksomhed og urørlighedszoner. Anerkendelse og nysgerrighed indgår i et afsnit om den gode samtale. Afslutningsvis hører vi om AAC Intervention eller argumentative and alternative communication som interven-

tion, der kan bruges hos børn og voksne med svære kommunikationsforstyrrelser.

Artefakter er betegnelsen for kropsudsmykning og indgår i kapitlet "Kommunikation og samspil".

Absolut håb indgår i kapitlet "Håb og Håbløshed", som formidler viden om et positivt og sundhedsrelateret fænomen, som kun få beskæftiger sig med ifølge forfatteren Vibeke Lohne. Kapitlet bringer ny viden fra forfatterens forskning, og det hele er oversat af Marianne Hjortso.

I del 2 henviser ordet Arbejdskultur til kapitlet "Hygiejne", som ligeledes er oversat fra norsk, og denne gang af Susan Lejsgaard og Birthe Kamp Nielsen, som har skrevet ny indledning og strammet kapitlet op. Ordet Arbejdskultur indgår i det tidligere kapitel, men er denne gang opført i registeret. Akupunktur og Akupressur er ord, der indgår i det lærerige kapitel "Kvalme og Opkastning". Her behandles kvalme og opkastning dels ud fra en sundhedsfaglig, sygeplejefaglig og mere medicinsk opfattelse, dels ud fra særlige patientgruppers oplevelser og til sidst ses på mulighederne for intervention ved hjælp af både medicinsk og ikkemedicinsk behandling. Det fører til ordene akupunktur og akupressur.

Autorisation er det sidste ord, jeg har valgt at kigge på. Ordet indgår i det nye kapitel "Virksomhed som Sygeplejerske", skrevet af Ulla Rath. Kapitlet giver et godt overblik over sygeplejerskens virksomhedsområde, som det ser ud i dag.

De to dele af Sygeplejebogen 1 omfatter i alt 31 kapitler. Det bliver spændende at se, hvor mange dele Sygeplejebogen 2 skal udkomme i, og hvor mange kapitler der skal til, før bøgerne bliver til 3 eller 4. Der er i hvert fald noget for en rask sygeplejestuderende at gå i gang med som inspiration til at indsamle yderligere viden fra relevante databaser.

Af Lisbeth Vinberg, cand.cur., lektor på
Den Faglige Professionshøjskole i Region Hovedstaden,
Sygeplejerskeuddannelsen Herlev.

Den døve fanger fra Grønland. Et eksempel



Benedicte Ingstad
Medisinsk Antropologi
– en innføring
Fagbokforlaget (N) 2007
286 sider – 398 nkr.
ISBN 978-82-450-0502-8

"Medisinsk Antropologi" er skrevet af en norsk antropolog. Forfatteren har valgt at fastholde den oprindelige benævnelse medicinsk antropologi frem for den danske "sundhedsantropologi". Baggrunden for det valg gør forfatteren indledningsvist rede for. Dels ser hun den medicinske antropologi i skæringsfeltet mellem to fag, antropologien og samfundsmedicinen, hvilket sløres med en ny betegnelse, dels anvendes begrebet medicinsk antropologi i internationale sammenhænge.

En af antropologiens kendetegn er komparationen. Det er et stærkt perspektiv at lægge hen over opfattelser af sundhed, sygdom, behandling og forebyggelse, for der er mange måder at forstå disse begreber på. Det belyses med eksempler i bogen.

I 1990 lancerede Erwing Goffmann sin teori om stigma, tilbagetrækning og udstødelse. Anvendt antropologisk tages det ikke for givet, at f.eks. handicap og dysfunktion er stigmatiserende, i stedet lyder spørgsmålet, hvilke dysfunktioner eller handicap der er stigmatiserende i hvilke situationer og på hvilken måde. Et eksempel fra Grønland: En fangerfamilies døve søn er blevet oplært som

fanger, hvilket han klarer fuldt kompetent. Først da han kommer i skole opstår problemerne. Det ender med, at han bor langt fra sine forældre på en specialskole, og ingen er lykkelige. Svaret på, hvad kompetence er, afhænger af, hvem der definerer begrebet.

Bogen er fyldt med lignende eksempler, hvor spørgsmålene stilles på en anden måde end den vante inden for vores autoriserede sundhedsvæsen.

I 2003 startede en masteruddannelse i sundhedsantropologi i Danmark, hvis studerende kan glæde sig over grundbøger på dansk og norsk inden for deres fagområde. Den norske grundbog er absolut anvendelig og supplerer den danske. Let at læse, som den er, på smukt norsk. Uanset hvad man kalder fagområdet, kan alle sygeplejersker og sygeplejerskestuderende lade sig inspirere af de metoder og den tænkning, der ligger bag.

Af Bodil Ludvigsen,
konsulent i Ledelsesteamet i Dansk Sygeplejeråd,
sygeplejerske, SD, SA, MSA.

Kendskab til kvantitative metoder nødvendigt

Bogen handler om klinisk sygeplejeforskning og metoder til udviklingsarbejde. Desuden gennemgås metoder til at udføre optimal sygepleje ved hjælp af dokumenteret viden fra forskning.

Forfatterne skriver, at hvis forskning i klinisk sygepleje skal medføre kvalitetsforbedringer og kvalitetsudvikling, kræver det viden om, hvordan forskningsresultaterne kan implementeres i den kliniske praksis. Bogen har dog ikke tanker eller teorier om implementering, men har fokus på, hvordan klinikere træffer beslutninger. Forfatterne har til formålet udviklet en model for klinisk beslutningstagning kaldet POMI (patientens Prædispositioner, Observationer, Metoder og Implementering).

I bogen præsenteres en bred vifte af internationale sygeplejeforskere op gennem tiden frem til i dag. Især fremhæves de to markante danske sygeplejeforskere, *Margarethe Lorensen* og *Anne Lise Salling Larsen*, og deres arbejder gennemgås.

Levende og spændende beskrives, hvad der er en teori, og hvad der er en model samt abstraktionsniveauerne. Teoriens gennemslagskraft er forskellige, og bogen præsenterer tre niveauer: Grand theories, midrange theories og narrow scope theories. Et interessant perspektiv at vurdere sit teorivalg efter, da det er gældende inden for alle teorier, ikke kun sygeplejeteorier. Et kapitel som med fordel kunne have fået mere plads.

At bedrive forskning og udviklingsarbejde kræver kendskab til forskningsmetoder. Epidemiologien bliver fremhævet som en metode. Der står klart mellem linjerne, at grundlæggende kendskab til epidemiologi og kvantitative

metoder er nødvendige for at træffe kvalificerede beslutninger i klinikken. Epidemiologien anvendes til at overvåge forhold af betydning for en befolknings sundhedstilstand og analysere årsager til sygdom. Man kan ikke professionelt arbejde forebyggende, hvis man ikke kender til de kausale forhold og de interventioner, der har effekt. Et velskrevet kapitel som bliver illustreret af et forskningsprojekt omhandlende danske sygeplejerskers oplevelse af arbejdsbelastning og vægtøgning. Der bliver opsat og testet hypoteser. Svar: Den ene hypotese viser, at der er sammenhæng mellem travlhed og kropsvægt.

Læs en spændende epidemiologisk undersøgelse.

Forfatterne præsenterer den nye POMI-model. Den kunne med fordel have fået en nærmere og dybere beskrivelse. Præsentationen af modellen er sparsomt beskrevet i indledningen, og der er ingen detaljer om de primære kilder, modellen er udsprunget af. Formålet med modellen og styrken kunne have været tydeligere beskrevet.

Bogen er skrevet til sygeplejestuderende, men er også anvendelig på de sundhedsfaglige diplomuddannelser og til sygeplejersker i klinisk praksis.

Af Gitte Lindermann, cand.scient.pol. og sygeplejerske, ansat som specialkonsulent i Region Hovedstaden.



Britta Hørdam, Dorthe Overgaard og Preben U. Pedersen

Klinisk sygeplejeforskning

Gads Forlag 2008

136 sider – 225 kr.

ISBN 978-87-12-04275-4

RETTELSE. I forbindelse med anmeldelsen af bogen ”Evidensbaseret sygepleje – en bro mellem forskning og klinisk virksomhed” i *Sygeplejersken* nr. 5/2008 side 64 blev vist en forkert forside af den anmeldte bog. Den korrekte forside er givet her.

Redaktionen



KÆRTEGN FOR LIVET

Uddannelse til certificeret instruktør i spædbørnsmassage og berøring.

Har du i dit arbejde som sundhedsplejerske, fysioterapeut, zoneterapeut, pædagog e.l. tæt kontakt med familier med spædbørn, kan denne uddannelse give dig viden indenfor en lang række centrale områder:

- Teoretisk og praktisk individuel instruktion i massage
- Det større barn og berøring
- Massage til børn med specielle behov
- Undervisning af forældre og børn
- Kommunikationsfærdigheder, her under aflæsning af børns signaler

Kurset finder sted på Pædagoguddannelsen, Roskilde i perioden 17. til 20. juni 2008. Pris: 7.000,00 kr.

Se mere på www.ucsj.dk eller kontakt instruktør Inger Hartelius på email iha@ucsj.dk eller tlf.: 2870 7959.

University College
Sjælland



BLIV VÆRTSFAMILIE

Inviter en udvekslingsstudent ind i din familie og få en interkulturel oplevelse for livet

AFS Interkultur modtager til august omkring 140 udvekslingsstudenter i alderen 15-18 år fra hele verden.

De kommer hertil for at lære dansk sprog og kultur og gå i en lokal skole.

Grib chancen og bliv værtsfamilie i 5 eller 11 måneder for én af de mange spændende unge.

Ring til os på 38 34 33 00 eller besøg www.afs.dk

AFS Interkultur er
Danmarks største og
ældste non-profit
udvekslingsorganisation.



Kognitiv Center Fyn



Kognitiv Center Fyn udbyder 3 kurser:

Intensivt Mindfulness-kursus Trin 1 og Trin 2 - med 2 undervisere.

Kurser i Kognitiv Mindfulness Meditation – nyeste evidensbaserede metode inden for den kognitive tradition. En form for opmærksomhedstræning, hvor man opøver evnen til at være tilstede i nuet. Anvendes til kroniske smerter, stress, angst og depression (Trin 1: 4.-5/9 + 23.-24/10 08 og Trin 2: 13.-14/11 08 + 8.-9/1 09)

Videreuddannelse, niveau 2, i Kognitive behandlingsformer.

14 dages videreuddannelse i kognitive behandlingsformer (personer som i forvejen har et vist kendskab til Kognitiv behandling.) Opstart 8/9 08

Tilmelding og yderligere oplysninger af kursusindhold se:

www.kognitivcenterfyn.dk eller kontakt sekretær Yvonne på tlf. 5124 0450, tlf.tid tirsdag og torsdag kl. 15-16.

5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF FIRE SYGEPLEJERSKER:



Jette Bagh,
sygeplejerske,
cand.cur.,
fagredaktør på
Sygeplejersken.



Jørn Ditlev Eriksen,
sygeplejerske, for-
stander på botilbud-
det Slotsvænget,
Lyngby/Taarbæk
Kommune.



Evy Ravn,
sygeplejerske,
cand.scient.soc.,
fagredaktør på
Sygeplejersken.



Birgitte Harild,
sygeplejerske,
leder af visitations-
afdelingen i Halsnæs
Kommune.

Selvskade = Overlevelse

Højtider er for mange svære at komme igennem, da de forstærker følelsen af ensomhed og savn. En kollega fortalte mig, at der i juleferien var 56 plejehjemsbeboere i kommunen, der var døde, hvilket var mange hundrede procent flere, end der normalt dør i en tilsvarende periode.

Kirsten, som er en af vores beboere, havde også en svær jul. Hun var ellers inde i en god periode, men synet af alle os, der spæned julestressede rundt og forsøgte at ligne lykkelige familier, havde sat fokus på, at hendes familieforhold stort set var en lang lidelseshistorie. Da jeg mødte hende efter juleferien, sad hun med triste øjne og underarme, der mindede om en godt ridset flæskesteg.

Hendes ensomhed i julen havde udløst en følelse af, at hun ikke kunne holde ud at være i sin egen krop.

"Den smerte, jeg til tider føler, er en indre ubeskrivelig smerte, som er ganske uudholdelig. Når jeg fører glasskåret ned i armen eller i halsen, bliver den "abstrakte" smerte konkret og noget, jeg kan forholde mig til. Med andre ord bliver jeg selv herre over smerten og dens omfang. Jeg overfører noget abstrakt og u håndgribeligt til noget konkret og håndgribeligt! Desuden er det jo tit en temmelig blodig affære, og ofte føler jeg mig "renset", når blodet pibler ud."

Det var vigtigt for Kirsten, at medarbejderne ikke blev bange, da hun skar sig, men at de forholdt sig til, hvordan hun havde det. Tidligere i Kirstens liv medførte hendes selvskadende adfærd ofte, at hun blev indlagt på psykiatrisk afdeling, selvom hun forsikrede medarbejderne om, at den akutte krise var overstået. Dette betød, at hun blev indlagt ustandseligt, og at al energi forgæves blev brugt på at stoppe den selvskadende adfærd, mens der aldrig kom fokus på de bagvedliggende problemer.

Når Kirsten skærer i sig selv, giver det hende en umiddelbar lettelse. Hendes selvskadende adfærd er hendes måde at mestre sin psykiske smerte på. Den selvskadende adfærd er således ikke hendes problem, men den umiddelbare løsning på hendes problem.

Hvordan ville situationen i julen have udviklet sig for Kirsten, hvis hun ikke havde haft denne mestringsstrategi? Kunne den indre smerte have vokset sig så stor, at hun ikke kunne have holdt livet ud?

Nogle vil mene, at det er en uhensigtsmæssig mestringsstrategi at skære sig. Jeg vil nødig være dommer i forhold til, om en mestringsstrategi er fornuftig eller ej. Hvis vi bliver udsat for skilsmisse, dødsfald eller fyring, hvad er så en socialt acceptabel mestringsstrategi? To flasker vin dagligt? 60 smøger? Fem flødeskumskager? 42 km løb? En pibe hash? Powershopping? Piercing? Tatovering? Bjergklatring? Vrede? Depression? Tre timers telefonsamtale? Vinterbadning?

Jeg vil blot konstatere, at vi alle bruger forskellige mestringsstrategier, når vi får psykiske problemer, og at det er omsonst at opdele dem i positive og negative strategier. Hvis den psykiatriske sygeplejerske forstår, at selvskadende adfærd er en mestringsstrategi og en budbringer, der indikerer, at der er et andet problem, så kan hun blive en stor støtte. Målet bliver således ikke at stoppe den selvskadende adfærd men at koncentrere indsatsen omkring, hvad der udløser den, at støtte selvskaderen i at få større kontrol over den selvskadende adfærd og eventuelt i at udvikle andre mestringsstrategier.

På den måde kan den psykiatriske sygeplejerske blive en vigtig samarbejdspartner i stedet for at bruge al sin energi på observation og kontrol.

"Hvis den psykiatriske sygeplejerske forstår, at selvskadende adfærd er en mestringsstrategi og en budbringer, der indikerer, at der er et andet problem, så kan hun blive en stor støtte."

Læs mere: "Når patienten skader sig selv" af Mike Smith, *Sygeplejersken* nr. 6/2006. "At skære smerten bort" af Bo Møhl, udgivet 2006 af PsykiatriFonden. "Selvskadende adfærd – Fra offer til sejrherre" af Mike Smith, udgivet 2005 af PsykoVision. "Glaspigen" af Karin Dyhr og Marianne Holmen, udgivet 2004 af Documentas. "Selvskadende adfærd er selvbevarende adfærd" af Henrik Balch, *Sygeplejersken* nr. 20/2006.