

VÅRD I FOKUS

4/18



Sjuksköterskeförbundet i Finland rf

VÅRD I FOKUS nr 4

årgång 35 december 2018

Organ för Sjuksköterskeföreningen i Finland rf
www.sffi.fi

Ansvarig utgivare: Annika von Schantz, telefon 040 5370376

Redaktionssekreterare: Sandra Alldén, telefon 045 1437575

e-post: sandra.allden@sffi.fi

Tryckt hos: Grano Oy Ab, Vasa

Innehållsförteckning

Ledare: Annika von Schantz.....	3
Intensivvårdsdelirium. En systematisk litteraturstudie över vad sjukskötaren kan göra för att förebygga och upptäcka ett vanligt vårdproblem, Anton Malinen Lind & Joy Snickars & Sirkku Säätelä.....	4
Att börja med slutet – Utvärdering, den viktigaste delen av det hälsofrämjande ledarskapet, Johanna Eklundh & Christoffer Eneberg & Karolina Keski-Kallio & Sebastian Widbom & Susanna Widell & Maria Forss.....	10
Att utveckla ett etiskt ledarskap, Nora Granlund & Anna Lillrank & Janica Sundbäck & Lena Wahlroos-Hänninen & Maria Forss.....	14
Utbytesstudier i Hospital Clínic de Barcelona, Magda Flemmich.....	20
Kompetenshöjning inom gerontologi och geriatrik, Erika Boman & Marica Hinders.....	24
Nya Barnsjukhuset 2018, Annika von Schantz.....	27
Vårda på svenska – innovativ språkkurs för vårdpersonal på Åbo universitetscentralsjukhus, Minna Syrjäläinen-Lindberg & Michaela Jalava.....	28
Lättare på svenska efter språkkurs, Lina Laurent.....	30
Fem orsaker att vinna Queen Silvia Nursing Award, Katri Sajama.....	33
Att förverkliga en ny läroplan – att sammanföra teori och praktik, Gunilla Häggblom-Renvall & Anne Nummela.....	36
Do something, sister! Gör någonting, syster! Del 8, Kinge Berglund.....	40
Annons: Region Jönkings län.....	49
Akutpolikliniken på Vasa Centralsjukhus, Maria Sandström.....	50
Utmärkelse: Årets Artikel.....	52
Annons: Arcada.....	53
Praktik i Norge, Lena Stenback.....	54
Studiedagen 2019.....	56
Annons: Årets Sjukskötare.....	58
Utmärkelse: De Sjukas Väl i Huvudstadsregionen.....	58
Annons: Arcada.....	59
Regionala föreningar.....	60
Styrelsenytt.....	61
Styrelsen och fullmäktige 2017–2020.....	62
Anmälan Studiedagen 2019.....	63

Pärmbilden:

Pixabay, Jill111

ISSN 0781-495X

Sjukskötaren och roboten

Jag var nyligen på ett tillfälle där en högt uppsatt representant för en stor stad, informerade om inköp av en robot som delar medicinerna, garanterat felfritt. Inköpet skulle spara personalresurser och pengar. Det bor nog en liten skeptiker och tvivlare i mej, som genast tänkte på läkemedelsprocessen från ordinationen till att patienten verkligen svalt medicinen. Kan denna process någonsin vara garanterat felfri?

Vi vet genom internationell forskning att var tionde patient får fel medicin, fel dos eller medicinen på fel klockslag. Orsaken är den mänskliga faktorn. Trots att roboten sätter rätt medicin, rätt dos i patientens påse eller medicinglas finns den mänskliga faktorn där. Roboten är en dator som alltid programmeras och uppdateras av människor. Medicinen ordinerar av människan med stöd av dataprogram som påpekar om dosen är för stor eller för liten i förhållande till vikten eller i konflikt med allergidata. Dessa uppgifter matas in av människan. Medicinglasen eller -påsen ska ges till rätt patient på rätt klockslag. Patienten ska ta sin medicin, svälja den och medicinen ska långsamt absorberas i matsmältningssystemet. Vid uppkastning ska vårdare göra en bedömning om medicinen ges på nytt, eventuellt en mindre dos. Det behövs en människa som konkret övervakar att läkemedelsprocessen förlöper som den ska – felfritt.

Roboten är en bra dräng för sjukskötaren. Det finns många tunga element och rutiner i vården som en robot kan göra och därmed avlasta sjukskötaren med, men den blir aldrig en arbetskamrat och den kan aldrig ersätta sjukskötaren. Trots att vi idag har mera kapacitet i våra smarttelefoner än vad datorn i rymdfarkosten Apollo 11 hade, då de första människorna reste till månen, är det sjukskötaren som bedömer och gör besluten, roboten kan bara hjälpa till.

Man ska inte ha för höga förväntningar på robotik i vården, det kan leda till mycket dyra felinvesteringar. Därför är det viktigt att vi sjukskötare är aktiva och kunniga inom utvecklandet av robotik i vården. Vi ska definiera de arbetsskeden roboten kan göra bättre än människan och på vilket sätt vi bäst kan utveckla och utnyttja tekniken för patientens bästa. En robot kan medföra ökade valmöjligheter och ökad självständighet.

På frågan vad äldre tycker att är viktigast i vården och omsorgen svarar de allra flesta att det viktigaste är den dagliga mänskliga kontakten och beröringen. Kontakten kan gärna ske digitalt, men omsorgen ges på plats här och nu av en människa till en annan människa.

Grundstenarna i vården är kunskap, etik och humanistiska värderingar, medan hälsoteknologin och robotik är verktyg i vården.

Sjukskötaren och roboten är aldrig kolleger, men sjukskötaren kan utnyttja roboten i sitt dagliga arbete. Cobots, robotar som samarbetar med människor, kan öka säkerheten och tryggheten i vården.

Valfrihet och självbestämmanderätt är av allra största betydelse. Det finns situationer där människan hellre vill ha hjälp av en robot än av en obekant vårdare.

Jag önskar er alla, kära medlemmar, en God och Fridfull Jul samt Gott Nytt År 2019!

Annika von Schantz, ordförande

Intensivvårdsdelirium. En systematisk litteraturstudie över vad sjukskötaren kan göra för att förebygga och upptäcka ett vanligt vårdproblem

Anton Malinen Lind • Joy Snickars • Sirkku Sätälä

Vårdpersonalen vid en intensivvårdsavdelning kommer dagligen i kontakt med kritiskt sjuka patienter med tillstånd av varierande komplexitet. Modern intensivvård förutsätter därför multidisciplinär kompetens och avancerad medicinteknologisk utrustning för kontinuerlig övervakning av patienternas hälsotillstånd. Intensivvårdsmiljön, sjukdomens allvarlighet och de behandlingar som ges på avdelningen kan upplevas som mycket påfrestande av patienten.

Intensivvårdsdelirium är ett tillstånd som drabbar de flesta patienter på en intensivvårdsavdelning p.g.a. av tunga behandlingar. Tillståndet är ofta underdiagnostiserat och medför stort lidande, förlängd vårdtid och ökade kostnader. Vårdpersonalen kan fortbildas att känna igen och förebygga tillståndet med enkla metoder.

Intensivvårdsdelirium

Intensivvårdsdelirium beskrivs som ett akut förvirringstillstånd med ett fluktuerande förlopp som karakteriseras av alternerande mental status, koncentrationssvårigheter samt försämrad kognition och sömncykel (1–9). Upp till 81 % av alla intensivvårdspatienter tros drabbas av intensivvårdsdelirium vid minst ett tillfälle under vårtiden (1, 3, 4, 8, 10).

Tillståndet antas även vara förknippat med ökad mortalitet och kan upplevas som traumatiskt av både patienter och anhöriga (11–17). En del studier hävdar att kognitiv dysfunktion, så som nedsatt minne, kan kvarstå i flera år (18–21). Intensivvårdsdelirium anses också vara starkt förknippat med förlängd vårdtid och ökade omkostnader. En studie rapporterar att tillståndet i medeltal kostar motsvarande ca 1200 euro/dygn/patient (22), men det finns även studier som antyder att kostnaden kan vara mycket högre (12).

Intensivvårdsdelirium är ett allvarligt vårdproblem som förblir oupptäckt hos omkring en tredjedel av de som drabbas (18). Detta tros bero på bristande kunskaper och avsaknad av systematisk skattning av förekomsten hos de patienter som vårdas på intensivvårdsavdel-

ningar (1, 3, 4, 8).

Forskning visar att intensivvårdsdelirium drabbar mellan 18 %–81 % av alla patienter som vårdas på intensivvårdsavdelningar (11–13, 16, 23–26). Hög ålder är en riskfaktor och prevalensen tycks vara högst just hos den äldre populationen (10, 27). Brummel och Girard (10) visar att patienter med respiratorvård tycks vara överrepresenterade (ca 60 %–80 %) men tillståndet drabbar även patienter utan respiratorvård (ca 20 %–50 %). Tillståndet anses dessutom vara underdiagnostiserat på intensivvårdsavdelningar (14, 28) vilket Guenther et al. (29) anser kan bero på att screening är tidskrävande. Underdiagnostisering kan även förklara den stora variationen i siffror angående drabbade (18 %–81 %). Det går därför ej med säkerhet att säga hur vanligt tillståndet är, så mera forskning om fenomenet behövs.

Symtombilden för intensivvårdsdelirium beskrivs som unik för varje patient (30). Tillståndet tros vara reversibelt (2, 7, 31), medan andra framförhåller att det kan uppkomma irreversibla och permanenta kognitiva komplikationer till följd av intensivvårdsdelirium (17, 24, 25, 28, 32).

Det finns olika typer och former av delirium som på grund av utrymmesbrist ej behandlas i denna artikel men kan läsas i examensarbetet.

Syfte med studien

Syftet var att systematiskt undersöka vetenskapliga studier publicerade efter år 2011, dels för att definiera intensivvårdsdelirium och dels för att hitta aktuella, evidensbaserade och icke-farmakologiska metoder sjuksköterskan självständigt kan använda sig av för att förebygga samt känna igen intensivvårdsdelirium. Eftersom intensivvårdsdelirium är ett stort vårdproblem och förorsakar stort lidande för patienten sammanfattas den aktuella evidensen inom ämnet så att både blivande sjuksköterskor, men även yrkesverksamma på intensivvårdsavdelningar kan dra nytta av arbetet. Frågeställningarna var följande:

1. Vilka evidensbaserade och icke-farmakologiska metoder kan sjuksköterskan använda för att förebygga intensivvårds-

delirium?

2. Vilka evidensbaserade metoder kan sjuksköterskan använda för att upptäcka intensivvårdsdelirium?

Teoretisk referensram

Resultatet har tolkats med Katie Erikssons teori om lidande p.g.a. teorins mångdimensionalitet. Sjukdomslidande är en form av lidande som förekommer på grund av sjukdom eller behandling enligt Eriksson. Här utgör smärta en vanlig orsak (33). Smärtan kan vara rent fysisk men kan också engagera hela människan, d.v.s. kropp, ande och själ. Eriksson menar att förutom fysisk smärta, riskerar patienten att drabbas av både "oavsiktliga och avsiktliga känslor av skam, skuld och förnedring" (34) i samband med behandling eller på grund av sitt sjukdomstillstånd.

Vårdlidande kan sammanfattas som fyra kategorier: kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård. "Kränkning av patientens värdighet utgör den vanligaste formen av vårdlidande" enligt Eriksson (34). Detta kan ske genom direkta och konkreta åtgärder, t.ex. i form av arrogans från vårdarens sida. Fördömelse grundar sig på vårdaren upplever att det är hennes uppgift att avgöra vad som är rätt eller fel vad gäller patienten och dennes vård. Med straff menar Eriksson att vårdaren medvetet försummar patientens självbestämmanderätt eller medvetet slarvar med vårdarbetet (34).

Livslidande omfattar mycket mer än bara det lidande som kan uppstå i vårdssammanhang, enligt Eriksson (33). Det innefattar även aspekter som t.ex. den lidande människans livssituation, t.ex. det sociala livet samt att "inte bli sedd, hörd eller förstådd" (34).

Metod

Som forskningsmetod har använts systematisk litteraturstudie. Denna typ av studie beskrivs av Forsberg & Wengström (34) som att "kritiskt granska, systematiskt söka och sammanställa litteratur inom ett givet område". Det finns inte någon regel för antalet forsknings-

artiklar i analysen, men antalet måste vara tillräckligt för att ge möjlighet till konklusion. Studien skall ha tydliga och väl avgränsade inklusions- och exklusionskriterier för filtrering av irrelevanta artiklar. Även exkluderade artiklar redovisas och motiveras (35).

Systematiska litteraturstudier följer en tydlig struktur och det första steget är att formulera ett problem, syfte och frågeställningar. Sökprocessen utgör det andra steget. Sökord samt sökstrategi bestäms och extraherar sådan data som är relevant enligt särskilda inklusions- och exklusionskriterier. Insamlade data syntetiseras och utgör underlaget för resultatet i studien (35).

Resultat

Datamaterialet reflekterar den aktuella vetenskapliga evidens som finns att tillgå från och med år 2011 i databaserna CINAHL (EBSCO) och PubMed. Huvudsökningen genererade 838 stycken sökträffar, varav 814 artiklar exkluderades på basen av de redovisade inklusions- och exklusionskriterierna. Resultatredovisningen fokuserar på två faktorer: hur identifiera akut delirium och hur förebygga detta tillstånd.

Hur känna igen och identifiera delirium

Riskkartläggning: En prospektiv observationsstudie av vuxna intensivvårdspatienter (n = 620) identifierade elva riskfaktorer som tillsammans kan användas för riskstratifiering av intensivvårdsdelirium. De viktigaste identifierade variablerna är: APACHE-II-poäng (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation. Bedömningsinstrument för utvärdering av skador bland akutmottagningspatienter), mekanisk ventilation, akut operation, koma, multipelt trauma, metabolisk acidosis, historia av högt blodtryck, tidigare delirium, demens samt användning av dexametason, som i stora doser kan ge deliriösa symtom som biverkning.

Screening: Vid screening av intensivvårdsdelirium omnämns tre skattningsinstrument, vilkas utformning av utrymmesskäl tyvärr inte är möjligt att redogöra för i denna artikel: Nu-

DESC (Nursing Delirium Screening Scale), CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU) och ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist). Skattningsinstrumentet CAM-ICU tycks kunna identifiera intensivvårdsdelirium i högre grad än ICDSC, konkluderar en studie som undersökt och jämfört skattningsinstrumentens respektive förmåga att identifiera intensivvårdsdelirium. Skalorna kan hittas i litteratur och på internet.

Med tanke på det praktiska arbetet är det lätt att på relativt kort tid implementera en systematik som innebär att sjukskötare regelbundet använder skattningsinstrumentet CAM-ICU i sitt dagliga arbete. En enkätundersökning för personal (n = 72) vid en intensivvårdsavdelning visar att innan fortbildning i ämnet uppgav 54 % av deltagarna att intensivvårdsdelirium var ett mycket underdiagnostiserat problem. Endast 6 % skattade patienterna för intensivvårdsdelirium och 69 % ansåg inte att det behöver göras rutinmässigt. Efter fortbildning ansåg 68 % att intensivvårdsdelirium var ett allvarligt problem, 74,5 % skattade regelbundet patienterna för detta och endast 31 % ansåg att skattning med instrumentet CAM-ICU inte behöver göras rutinmässigt (36).

Förebyggande eller behandling av delirium

Kategorier för förebyggande och behandling av delirium var följande: mobilisering, reorientering, främjande av normal dygnsrytm, familjens medverkan och ABCDE-modellen. Dessa kategorier indelades vidare i underkategorier: tidig mobilisering, kognitiva-, sensoriska- och akustiska stimuli, miljöfaktorer, icke-farmakologiska hjälpmedel, regelbunden kontakt, fortbildning och rutiner.

Mobilisering: Patienter som vårdas vid intensivvårdsavdelningar förlorar snabbt muskelstyrka på grund av minskad fysisk aktivitet. Redan efter en vecka som sängpatient kan man förlora upp till 20 % av sin muskelstyrka. I en studie gjord av DiSabatino Smith och Grami (37) undersöktes fem deliriumförebyggande åtgärder: tidig mobilisering, avbrott i sederingen av patienter med respiratorvård, smärttindring,

sinnesstimulering och sömnfrämjande åtgärder. Resultatet i studien visade att patienterna i interventionsgruppen hade 78 % lägre risk att utveckla delirium.

Reorientering: Konkret evidens beträffande reorienteringsstrategier är till antalet få och fragmenterade. Det saknas dessutom forskning som specifikt har fokuserat på sjukskötarens roll i preventionen av intensivvårdsdelirium. Den evidens som finns att tillgå visar att en reorienteringsstrategi som syftar till att minska förekomsten av intensivvårdsdelirium kunde omfatta fyra komponenter: kognitiva-, sensoriska- och akustiska stimuli samt lämplig inredning (37–40). Sensoriska stimuli, såsom att öppna och stänga persiennerna morgon och kväll, orientera patienterna till tid och rum, åldersanpassade aktiviteter och att lyssna på relaxerande musik antas bära viss vetenskapligt stöd i kliniska studier. Den kognitiva stimuli omfattade bland annat att vårdpersonalen:

1. tilltalade deltagaren med sitt förnamn
2. gav kontinuerlig information om sjukdomsförloppet och antalet vård dagar
3. gav kontinuerlig information om nytillkomna kliniska fynd, dagens datum och klockslag samt genom att memorer och upprepa namnen på deltagarens närmaste släktingar (38).

Akustiska stimuli tycks ha starkt vetenskapligt stöd och har använts som en delkomponent i en reorienteringsstrategi i många studier (38, 39, 41). Vid preventionen av intensivvårdsdelirium verkar familjens röster ha varit viktiga fastställer en randomiserad kontrollerad studie. Interventionsgruppen, som fick lyssna på familjemedlemmars röster tio gånger per dag, löpte mindre risk för att utveckla intensivvårdsdelirium, jämfört med kontrollgruppen (42).

Trots svag evidens för de enskilda komponenterna kan konstateras att den sammanlagda effekten tycks förebygga deliriösa symtom. Dessa kan med fördel användas i och med att de kan utföras i samband med andra vårdåtgärder och kräver ingen extra insats eller resursering.

Främjande av normal dygnsrytm: God nattsömn antas ha en direkt skyddande ef-

fekt mot uppkomsten av intensivvårdsdelirium. Komponenter som bidrar till bättre nattsömn hos intensivvårdspatienter har undersökts vid John Hopkins University i Baltimore (41). Programmet som implementerades bestod av tre steg: 1) modifiering av miljöfaktorer, 2) icke-farmakologiska hjälpmedel för insomni och 3) farmakologisk behandling av insomni. Modifieringen av miljöfaktorer var enkla metoder så att öppna persiennerna dagtid och stänga dem nattetid, minimera intaget av koffein dagtid, uppmuntra deltagarna till aktiviteter för att förebygga dagsömn, dämpa rumsbelysningen och minimera antalet onödiga alarm och sjukskötarinterventioner nattetid, erbjuda varmt bad före kl. 22, stänga av Tv:n nattetid, ge tillräcklig smärtbehandling och optimera rumstemperaturen. Denna studie anses vara en av föregångarna för fortsatta studier om effekten av kvalitetsförbättringsprogram på intensivvårdsdelirium (41).

Familjens medverkan: Familjemedlemmar vill vara involverade i vården och preventionen av intensivvårdsdelirium men begränsas av kunskap om hur de skall gå tillväga och som ett resultat av detta upplevs situationen som obekvämt. Anhöriga behöver stöd och forskning visar att:

1. anhöriga upplevde svårigheter att få kontakt med patienten och kände sig inte bekväma med att besöka dem. Som skäl till detta uppgavs osäkerhet på vad de fick göra under besöken, vad som förväntades av dem och skillnader i bemötandet av vårdpersonalen.
2. anhöriga önskade även få information och bli påmind om hur de kan medverka i preventionen och vården av intensivvårdsdelirium.

ABCDE-modellen är en evidensbaserad metod som man i organisationen kan använda sig av för att förebygga intensivvårdsdelirium. Denna bokstavskombination ska inte förväxlas med den som gäller vitala funktioner. I litteratur nämns ofta ABCDE i samband med intensivvårdsdelirium som; awakening, breathing, coordination/choice of sedative, delirium monitoring och early mobility. Detta innebär att man gör uppehåll i administreringen av sederande mediciner för att patienten skall få vakna spontant

en gång per dag (SAT, Spontaneous Awakening Trial). Om detta lyckas kan man låta patienten spontanandas (SBT, Spontaneous Breathing Trial). Sedativa läkemedel väljs och avvägs med omsorg och kräver samarbete mellan läkare och vårdpersonal. Delirium screenas en gång per skift med t.ex. CAM-ICU. Patienten skall också assisteras med tidig mobilisering en till tre gånger per dag, t.ex. genom att låta denne sitta på sängkanten (43).

Diskussion

Intensivvårdsdelirium är ett vanligt vårdproblem som orsakar patienten både fysiskt liksom psykiskt lidande och både patienten och anhöriga kan uppleva tillståndet som mycket traumatiskt (1, 3, 4, 8). Tillståndet kan dessutom leda till förlängd vårdtid, ökade kostnader, bidra till ökad mortalitet och kan påverka den psykiska hälsan flera år efter vården (18–21).

Lidandet kan ha sitt ursprung i negativa upplevelser av tillståndet i sig självt eller behandlingen (sjukdomslidande), på grund av upplevd kränkning, medveten försummelse av vården, fördömelse eller straff (vårdlidande) eller på grund av att inte bli förstörd, sedd eller hörd (livslidande) (34). En patient med intensivvårdsdelirium kan uppleva alla former av lidande. Patienten kan uppleva skam och skuld över förvirringstillståndet, skada sig själv genom t.ex. oavsiktlig extubering eller genom att inte få ändamålsenlig vård på grund av okunskap hos vårdpersonalen.

Konklusion

Sammanfattningsvis kan konstateras att sjukskötaren inom sin egen autonoma profession kan göra mycket för att känna igen och förebygga akut delirium. Ytterligare forskning krävs för att bekräfta resultaten i denna litteraturstudie, men redan denna visar att enkla metoder underlättar patientens situation. Vidare forskning i vårdkontext efterlyses för att undersöka i vilken omfattning modeller för prevention och vård av intensivvårdsdelirium implementeras och används. I studier går att utläsa att vårdpersonalen behöver mera utbildning om

hur upptäcka och vårda intensivvårdsdelirium. Metoderna är kända men implementering och systematisering i vårdarbetet fallerar av någon orsak. Implementering av nytt systematiskt arbetssätt kräver fortbildning och ledarskap. Genom att personalen får aktuell kunskap inom området kan vårdkvaliteten förbättras med enkla medel, vilket förutom att spara pengar även minskar lidandet hos de patienter som drabbas av intensivvårdsdelirium.

Referenser

1. Marshall M C. Delirium in Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2003; 26(3): 172–8.
2. Borthwick M, Bourne R, Craig M, Egan A, Oxley J. 2006. Detection, Prevention and Treatment of Delirium in Critically Ill Patients (Internet). United Kingdom Clinical Pharmacy Association and intensive care; 2006 (hämtad 14.2.2018). Hämtat från: www.ics.ac.uk.
3. Nelson L S. Teaching Staff Nurses the CAM-ICU for Delirium Screening. *Critical Care Nurse Quarterly*. 2009; 32(2): 137–43.
4. Salluh J I, Dal-Pizzol F, Mello P V C, Friedman G, Silva E, Teles J M, Lobo S M, Bozza F A, Soares M. Delirium Recognition and Sedation Practices in Critically Ill Patients: A Survey on the Attitudes of 1015 Brazilian Critical Care Physicians. *Journal of Critical Care*. 2009; 24(4): 556–62.
5. Allen J, Alexander E. Prevention, Recognition and Management of Delirium in the Intensive Care Unit. *Advanced Critical Care*. 2012; 23(1): 5–11.
6. Barr J, Fraser G L, Puntillo K, Ely E W, Gélinas C, Dasta J F, Davidson J E, Devlin J W, Kress J F, Joffe A M, Coursin D B, Herr D L, Tung A, Robinson B R, Fontaine D K, Ramsay M A, Riker R R, Sessler C N, Pun B, Skrobik Y, Jaeschke R. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*. 2013; 41(1): 263–306.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association: Washington DC; 2013.
8. Moon K J, Piao J, Jin Y, Lee S M. Is delirium an Unrecognized Threat to Patient Safety in Korean Intensive Care Units? *Journal of Nursing Care Quality*. 2014; 29(1): 91–8.
9. Tait D. *Acute and Critical Care Nursing*. Sage: London; 2016.
10. Brummel N E, Girard T. Preventing Delirium in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*. 2013; 29: 51–61.
11. McNicoll L, Pisani M A, Zhang Y, Ely E W, Siegel M D, Inouye S K. Delirium in the Intensive Care Unit: Occurrence and Clinical Course in Older Patients. *Journal of American Geriatric Society*. 2003; 51(5): 591–98.
12. Milbrandt E B, Deppen S, Harrison P L, Shintani A K, Speroff T, Stiles R A, Truman B, Bernard G R, Dittus R S, Ely E W. Costs Associated with Delirium in Mechanically Ventilated Patients. *Critical Care Medicine*. 2004; 32(4): 955–62.
13. Ely E W, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon S M, Harrell F E Jr, Inouye S K, Bernard G R, Dittus R S. Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *JAMA*. 2004; 291(14):

- 1753–62.
14. Lin S M, Liu C Y, Wang C H, Lin H C, Huang C D, Huang P Y, Fang Y F, Shieh M H, Kuo H P. The Impact of Delirium on the Survival of Mechanically Ventilated Patients. *Critical Care Medicine*. 2004; 32(11): 2254–59.
 15. Jackson J C, Gordon S M, Hart R P, Hopkins R O, Ely E W. The Association Between Delirium and Cognitive Decline: A Review of the Empirical Literature. *Neuropsychological Review*. 2004; 14(2): 87–98.
 16. Jones C, Griffiths R D, Slater T, Benjamin KS, Wilson S. Significant Cognitive Dysfunction in Non-delirious Patients Identified During and Persisting Following Critical Illness. *Intensive Care Medicine*. 2006; 32(6): 923–26.
 17. Girard T D, Jackson J C, Panharipande P P, Pun B T, Thompson J L, Shintani A K, Gordon S M, Canonico A E, Dittus R S, Bernard G R, Ely E W. Delirium as a Predictor of Long-term Cognitive Impairment in Survivors of Critical Illness. *Critical Care Medicine*. 2010; 38(7): 1513–20.
 18. Van Rompaey B, Schuurmans M J, Shortridge-Baggett L M, Truijen S, Elseviers M, Bossaert L. Long-term Outcome After Delirium in the Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Nurse*. 2009; 18(23): 3349–57.
 19. Spronk P E, Riekerk B, Hofhuis J, Rommes J H. Occurrence of Delirium Is Severely Underestimated in the ICU During Daily Care. *Intensive Care Medicine*. 2009; 35(7): 1276–80.
 20. Truman B, Ely E W. Monitoring Delirium in Critically Ill Patients. Using the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*. 2003; 23(2): 25–36.
 21. Bruno J J, Warren M L. Intensive Care Delirium. *Critical Care Nurse Clinics of North America*. 2010; 22(2): 161–78.
 22. Weinrebe W, Johanssondöttir E, Karaman M, Fügen I. What Does Delirium Cost? *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*. 2015; 49: 52–9.
 23. Peterson J F, Pun T B, Dittus R S, Thomason J W W, Jackson J C, Shintani A K, Ely E W. Delirium and Its Motoric Subtypes: A Study of 614 Critically Ill Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006; 54(3): 479–84.
 24. Morandi A, Pandharipande P P, Jackson J C, Bellelli G, Trabucchi M, Ely E W. Understanding Terminology of Delirium and Long-term Cognitive Impairment in Critically Ill Patients. *Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology*. 2012; 26(3): 267–76.
 25. Shehabi Y, Riker R R, Bokesch P M, Wisemandle W, Shintani A, Ely E W. SEDCOM (Safety and Efficacy of Dexamedetomidine Compared with Midazolam). Delirium Duration and Mortality in Lightly Sedated Mechanically Ventilated Intensive Care Patients. *Critical Care Medicine*. 2010; 1(38): 2311–38.
 26. Smithburger P L, Korenoski A, Alexander S, Kane-Gill S. Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study. *Critical Care Nurse*. 2017; 37(6): 19–27.
 27. Arend E, Christensen M. Delirium in the Intensive Care Unit: A Review. *Nursing in Critical Care*. 2009; 14(8): 145–54.
 28. Pandharipande P P, Cotton B A, Shintani A, Thompson J, Truman Pun B, Dittus R S, Ely E W. Motoric Subtypes of Delirium in Mechanically Ventilated Surgical and Trauma Intensive Care Unit Patients. *Intensive Care Medicine*. 2007; 33(10): 1726–31.
 29. Guenther U, Popp J, Koecher L, Muders T, Wrigge H, Ely E W, Putensen C. Validity and Reliability of the CAM-ICU Flowsheet to Diagnose delirium in Surgical ICU Patients. *Journal of Critical Care*. 2010; 25(1): 144–51.
 30. Granberg A, Bergbom-Engberg I, Lundberg D. Patients' Experience of Being Critically Ill or Severely Injured and Cared for in an Intensive Care Unit in Relation to the ICU Syndrome. *Intensive Critical Care Nursing*. 1998; 14(6): s. 294–307.
 31. Koster S, Jensens A G, Schuurmans M J, van der Palen J. Prediction of Delirium After Cardiac Surgery and The Use of a Risk Checklist. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2012; 12(3): 284–292.
 32. Pisani M A, Kong S Y, Kasl S V, Murphy T E, Araujo K L, Van Ness P H. Days of Delirium as Associated with 1-year Mortality in an Older Intensive Care Unit Population. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*. 2009; 50(180): 1092–97.
 33. Pandharipande P P, Girard T D, Ely E W. Long-term Cognitive Impairment After Critical Illness. *North England Journal of Medicine*. 2013; 369(14): 1306–16.
 34. Eriksson K. *Den lidande människan*. Stockholm: Liber; 2006.
 35. Forsberg C, Wengström Y. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur; 2015.
 36. Scott P, McIlveney F, Mallice M. Implementation of a Validated Delirium Assessment Tool in Critically Ill Adults. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2013; 29(2): 96–102.
 37. DiSabatino Smith C, Grami P. Feasibility and Effectiveness of a Delirium Prevention Bundle in Critically Ill Patients. *American Journal of Critical Care*. 2017; 26(1): 19–27.
 38. Colombo R, Corona A, Praga, F, Minari C, Giannotti C, Castelli A, Raimondi F. A Reorientation Strategy for Reducing Delirium in the Critically Ill. Results of an Interventional Study. *Minerva Anestesiologica*. 2012; 78(9): 026–1033.
 39. Hanison J, Conway D. A Multifaceted Approach to Prevention of Delirium on Intensive Care (Internet); 2015 Hämtad 19.2.2018) Hämtad från: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693040/.
 40. Martinez F, Donoso A M, Marguez C, Labarca E. Implementing a Multicomponent Intervention to Prevent Delirium Among Critically Ill Patients. *Critical Care Nurse*. 2017; 37(6): 36–9.
 41. Kamdar B, Yang J, King L, Neufeld K, Bienvenu J, Rowden A, Brower R, Collop N, Needham D. Developing, Implementing and Evaluating a Multifaceted Quality Improvement Intervention to Promote Sleep in an ICU. *American Journal of Medical Quality*. 2014; 29(6): 546–554.
 42. Munron C L, Cairns P, Ji M, Calero K, Anderson W M, Liang Z. Delirium Prevention in Critically Ill Adults Through an Automated Reorientation Intervention – A Pilot Randomized Controlled Trial. *Hearth & Lung: The Journal of Critical Care*. 2017; 46(4): 234–8.
 43. Bounds M, Kram S, Gabel Speroni K, Brice K, Luschniski M A, Harte S, Daniel M. Effect of ABCDE Bundle Implementation on Prevalence of Delirium in Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Critical Care*. 2016; 25(6): 535–544.

Författarna

Anton Malinen Lind

Joy Snickars

Sirkku Säätelä

Att börja med slutet – Utvärdering, den viktigaste delen av det hälsofrämjande ledarskapet

Johanna Eklundh • Christoffer Eneberg • Karolina Keskikallio • Sebastian Widbom • Susanna Widell • Maria Forss



Förlorad arbetsinsats orsakar kostnader både för samhället, arbetsgivarna, medarbetare och för individen själv (1). Enligt senast tillgängliga uträkningar i Finland är arbetsgivarnas kostnader för sjukfrånvaro ca 3,4 miljarder euro, sjuknärvaro 3,4 miljarder euro och arbetsoförmåga 8 miljarder euro per år (1). De nordiska länderna utmanas dessutom av en stagnation av produktiviteten och minskad arbetsstyrka p.g.a. globaliseringen och demografiska trender (2).

Inledning

Med ett gott hälsofrämjande ledarskap kan arbetsförhållanden klart förbättras. Ett gott hälsofrämjande ledarskap innehåller planering av interventioner, genomförande av de samma och slutligen utvärderingen. På detta sätt kan man nå lägre sjukfrånvaro, orsakad av dåliga arbetsförhållanden. Lyckliga och friska medarbetare är mer produktiva än mindre lyckliga och friska medarbetare (2). På en hälsofrämjande arbetsplats gör de anställda och cheferna tillsammans fortlöpande förbättringsarbete och utvärdering för att skydda och främja hälsa, säkerhet och välbefinnande för alla anställda och för arbetsplatsens framtida hållbarhet (3).

Utvärdering

Utvärdering är en systematisk undersökning av en aktivitets värde och betydelse (4). Syftet med vår artikel är att diskutera, poängtera och demonstrera utvärderingens betydelse för det hälsofrämjande ledarskapet. För att svara mot detta syfte har vi granskat relevant och ny ledarskapsforskning. Denna forskning har samlats in som vid en forskningsöversikt. Vi har använt oss av:

- Söktjänster/sökmotor: Pubmed, Ovid, Sage, Google scholar
- Sökord: health promoting leadership, hälsofrämjande ledarskap

Hälsofrämjande ledarskap

Eriksson (5) beskriver och analyserar i sin avhandling begreppet hälsofrämjande ledarskap: Hälsofrämjande ledarskap kan definieras som ett ledarskap som arbetar för att skapa en hälsofrämjande arbetsplatskultur. En sådan kultur innefattar värderingar som inspirerar och motiverar de anställda att delta i utvecklingen mot en hälsofrämjande arbetsplats. Hälsofrämjande ledarskap kan också ses som en viktig del av den organisatoriska kapaciteten för att främja hälsa, det vill säga chefers kunskaper och färdigheter såväl som riktlinjer och strukturer i organisationen som understödjer en hälsofrämjande arbetsplats. Det är därför viktigt med ett ledarskapsengagemang i den systematiska utvecklingen av både den fysiska och psykosociala arbetsmiljön.

En något liknande definition ger Aura & Ahonen (6) som dock betonar det strategiska i det hälsofrämjande ledarskapet. Ett ledarskap som samtidigt beaktar företagets ekonomiska resultat och ledarskapets inverkan på medarbetarnas hälsa och välbefinnande på lång sikt. Tanken är att då personalen mår bra, minskar personalkostnaderna och produktiviteten ökar, vilket förbättrar företagets resultat (6). Strategiskt ledarskap för välbefinnande i arbete innebär målinriktat arbete som en väsentlig del av organisationens strategi, vision och värden. Organisationen bör klart definiera innehåll och mål, utvecklingsprocesser, resurser,

mätredskap och uppföljning för välbefinnande i arbetet (7).

Ledarens uppfattning om medarbetarnas möjligheter eller hinder för utveckling och det egna ansvaret för medarbetarnas hälsa, inverkar på strategin för hälsofrämjande insatser. En stödjande struktur och väl fungerande kommunikation om vardagliga dilemman, behövs för att uppfylla de grundläggande villkoren för ett hälsofrämjande ledarskap (8).

Utvärdering och utveckling borde vara sammanlänkande i det hälsofrämjande ledarskapet. Genom att analysera relationerna mellan hur arbetet är organiserat, administrationen och ledarskapet på arbetsplatsen samt den individuella medarbetarens hälsa, kan man belysa inverkan av det hälsofrämjande ledarskapet (5).

Utvärderingens olika nivåer

I den av WHO utarbetade modellen för ett hälsofrämjande arbete är utvärderingen central (9). Man kan utvärdera resultatet av interventioner men kan även utvärdera själva processen. Likaså kan man göra utvärdering på olika nivåer. För det första kan man utvärdera på individnivå. Genom att utvärdera medarbetarnas uppfattning om sin egen roll, sitt engagemang, effektiviteten av gruppprocesser m.m. kan man påvisa inverkan av ledarens roll och beteende på arbetstagarnas välbefinnande (10). En hälsofrämjande ledare följer upp personalens psykosociala belastning och stressnivå genom intervjuer eller frågeformulär. Ledarens involvering och delaktighet i det dagliga arbetet ökar kännedomen om vad som pågår i arbetsgemenskapen (11).

För det andra kan man göra utvärderingar på gruppnivå. Ett användbart mätinstrument kan då vara medarbetarenkäter. En bra enkät mäter med precision det man vill veta. Genom att analysera frågekluster, kopplingar och mönster i svaren kan man dra säkrare slutsatser än genom att analysera enskilda faktorer (10).

Ytterligare kan man genom regelbunden uppföljning av nyckeltal, key performance indicators, på organisationsnivå få jämförbara

data gällande t.ex. sjuktal, kvalitet, kostnader och intäkter (10). Arbetsmiljön och det hälsofrämjande ledarskapet kan mätas genom utvärdering av ledarnas och medarbetarnas hälsomedvetenhet. Hur medvetna är de om sina hälsorisker, hur värdesätter de hälsa och hurdana hälsovanor har de? Resultaten reflekterar ledarskapets inverkan på arbetarnas hälsa och kartlägger samtidigt arbetsplatsen hälsofaktorer (12).

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att utvärdering kan ske på tre olika nivåer; individ-, grupp- och organisationsnivå. Alla nivåer är viktiga och kompletterar varandra.

Diskussion

Då man bygger upp en hälsofrämjande ledarskapsmodell är det viktigt att man definierar målen utgående från organisationens grunduppgifter och affärsmässiga målsättningar. En klar definition underlättar planeringen av hälsofrämjande interventioner, inkluderat målsättning, budgetering, resursplanering, mätinstrument och utvärdering (7).

Det är viktigt med långsiktig utveckling och uppföljning av det hälsofrämjande ledarskapet. I och med att det tar 3–5 år innan man kan se resultat gällande välmående i arbetet (5), betonas vikten av tidlösa mätinstrument. Med valida, beprövade och pålitliga mätinstrument kan man konstatera tendenser och göra jämförelser med resultat från tidigare utvärderingar och därmed långsiktigt utveckla verksamheten.

Kommunikation om utvärdering är en viktig del av utvecklingsarbetet inom en organisation. Dels för att lyckad kommunikation innebär att ledarna känner till och arbetar med resultaten från utvärderingar och kan fatta beslut som bidrar till organisationens framgång. Dels för att kommunikation av utvärderingsresultat kan öka personalens engagemang och förändringsvilja, och samtidigt minska på sjukfrånvaro och omsättning i personalen. Det är viktigt att genom kommunikation på alla nivåer, betona vikten av att göra utvärderingar samt synliggöra utvärderingsresultaten med efterföljande handlingar och reaktioner. Ett sådant

handlingssätt skapar en gemensam vision som ökar arbetsmotivation och delaktigheten samt ger en känsla av samhörighet och vilja att arbeta mot ett gemensamt mål (10).

Utvärderingens etiska överväganden handlar om att hitta balans mellan olika intressen, som alla bör vara berättigade. Två frågor kring ansvarstagande och etiska kriterier kan ses som övergripande. Är utvärderarens ansvar tydligt? Behandlas individer och grupper som berörs av utvärderingen med respekt för deras trygghet och värdighet? Det är ofta även relevant att göra någon form av analys av utvärderingens kostnadseffektivitet. Hade man kunnat nå samma resultat till en lägre kostnad? Är kostnaden rimlig i relation till ekonomiska eller andra positiva värden av förändringar, som utvärderingen kan leda till (4)?

Kvalitet i utvärdering innebär att resultaten kommer till användning och tillför kunskap, som fungerar som underlag för olika slags beslut (4). En välgjord utvärdering kan användas som grund för följande års planering och användas på nytt. Utvecklingen är som ett hjul där utvärdering är en av ekrarna. Då utvärdering blir en naturlig del av slutet av föregående intervention och början på nästa, resulterar det i ett kontinuerligt utvärderingsbaserat utvecklingsarbete.

Referenser

1. STM. Menetetyön työpanoksen kustannus (Internet); 2014. Hämtad från: www.stm.fi.
2. Foldspang L, Mark M, Lund Rants L, Rømer Hjorth L, Langholz-Carstensen C, Poulsen O M, Johansson U, Ahonen G, Aasnæss S, Rants L L. Working environment and productivity. A register-based analysis of Nordic enterprises. TemaNord; 2014: 546.
3. WHO. Five Keys to Healthy Workplaces. Hämtad från: www.who.int.
4. Sandberg B, Faugert S. Perspektiv på utvärdering. Upplaga 3, Lund: Studentlitteratur AB; 2016.
5. Eriksson A. Health-Promoting Leadership: A Study of the Concept and Critical Conditions for Implementation and Evaluation. Doktorsavhandling. Göteborg: Nordic School of Public Health; 2011.
6. Aura O, Ahonen G. Strategisen hyvinvoinnin johtaminen, Helsingfors: Talentum Pro; 2016.
7. Ilmarinen. Johda työhyvinvointia tuloksellisesti (Internet); 2013. Hämtad från: www.ilmarinen.fi.
8. Skagerf K. Leadership in human service organisations: Conceptions, strategies and pre-conditions to promote and maintain health at work; 2010.



Figuren fångar hur centralt utvärdering som aktivitet borde vara i allt hälsofrämjande arbete.

9. Burton, J. and World Health Organization. WHO healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practices; 2010.
10. Johansson C. Kommunikativt ledarskap som påverkar organisationens resultat. Mittuniversitetet. Avdelningen för medie- och kommunikationsvetenskap. Sundsvall; 2013.
11. Gilbreath B. Educating managers to create healthy workplaces. Journal of Management Education 2012; 6.2:166–190.
12. Franziska F, Jörg F, Alexander P. The impact of health-oriented leadership on follower health: Development and test of a new instrument measuring health-promoting leadership. German Journal of Research in Human Resource Management 2014; 28, Issue 1–2.

Författarna

Johanna Eklundh, Yh Arcada
 Christoffer Eneberg, Yh Arcada
 Karolina Keskikallio, Yh Arcada
 Sebastian Widbom, Yh Arcada
 Susanna Widell, Yh Arcada
 Maria Forss, Yh Arcada

Att utveckla ett etiskt ledarskap

Nora Granlund • Anna Lillrank • Janica Sundbäck •
Lena Wahlroos-Hänninen • Maria Forss



Syftet med denna artikel är att beskriva vad ett etiskt ledarskap innebär utifrån litteraturen. Mer specifikt strävas det efter att få svar på vad ett etiskt hållbart ledarskap i dagens social- och hälsovård är. Studien har gjorts genom att använda tematisk litteraturstudie som metod

Syfte med artikeln

Etiken i ett ledarskap kan delas in i grundfrågorna människans värde, rätta handlingar och etiska karaktärsegenskaper. I litteraturen hittar man olika synvinklar på etiskt ledarskap i olika kontext. Etiskt ledarskap kan konstateras vara en genomgående, ständigt närvarande,

dynamisk process i organisationen som utgår ifrån ett medvetet arbete från ledningen. Organisationer bör ha tydliga och gemensamma värden för att ett etiskt ledarskap ska kunna utvecklas. Samtidigt har ledarens egenskaper påvisats ha en stor inverkan på om ett etiskt ledarskap existerar eller inte. Ledaren bör vara en rollmodell för etiskt handlande och värna om öppen diskussion och synliga handlingar.

Introduktion

Etik är ett värdeladdat ord. Vi vill bli etiskt bemötta men vill också bemöta andra etiskt, ändå är det inte alltid så lätt. Viljan finns och det kanske fungerar i teorin medan praktiken är en annan sak. Om man tänker på hela social- och hälsovården i Finland och på de förändringar som just nu sker, så frågar man sig

hur det etiska ledarskapet kan försäkras då förändringarna dessutom bör vara ekonomiskt hållbara. På en etiskt hållbar arbetsplats är ledarskapet väldigt avgörande. Ledarskap är ett tema som det ständigt talas om. Ett bra och fungerande ledarskap medför som bäst goda resultat för företaget och god arbetshälsa bland arbetstagarna.

Etiska värden och etiska frågor har under de senaste åren lyfts fram allt mer som en del av ett gott ledarskap. Det goda ledarskapet översätts till ett ledarskap som är öppenhet, fyllt med dialog, respekt och uppfattas som rättvist (1). Att utöva ett ledarskap som samtidigt är etiskt, effektivt och resultatnriktat är dock inte alla gånger enkelt. Framförallt i nutida samhället, där förändringar sker i snabb takt och där ekonomiska framgången inte kan tas förgivet, ligger organisationer under väldig press för att säkerställa sin överlevnad (2). Etiskt ledarskap i en organisation kan granskas från många synvinklar. Ledarskapet kan vara etiskt på olika nivåer, allt från person- till organisationsnivå. Inom social- och hälsovården talas det ofta om etiskt handlande gentemot klienter, men vilken roll ett etiskt ledarskap har för arbetstagarna och på vilket sätt det i andra hand reflekteras på den givna vården är något som även diskuteras.

Det finns etiska riktlinjer kan styra både chefers direkta agerande och ansvar över det som andra gör inom organisationen. Blenberger (3) delar in riktlinjerna i fem olika teman: chefsroll och personlighet; uppdragsgivare, organisation och verksamhet; chefskollegor, medarbetare och arbetsplats; kunder, intressenter, samarbetspartner och konkurrenter; samhälle och omvärld. Syfte med vår artikel är att utifrån litteraturen diskutera det etiskt hållbara ledarskapet. Artikelns frågeställningar lyder:

- Vad kännetecknar ett etiskt ledarskap i dagens social- och hälsovård?
- På vilket sätt kan ett sådant ledarskap utvecklas?

För att svara på dessa frågeställningar har vi gjort en tematisk litteraturstudie (4). En dylik granskning är värdefull eftersom aktuell

forskning behöver ligga som beslutsunderlag för kliniskt arbete. Vetenskapliga litteraturen är hämtad från databaserna: EBSCO, Sage, PubMed och Google Scholar. Sökorden har varit etik och ledarskap i olika kombinationer. Sökningen har begränsats till kostnadsfria artiklar i fulltext och avgränsats till att artiklarna bör vara publicerade på 2000-talet. Artiklarna skall handla om både etik och ledarskap.

Kännetecken för etiskt ledarskap

Etik handlar om tre grundfrågor; människans värde, rätta handlingar och etiska egenskaper (3). Med dessa grundfrågor i åtanke granskas olika artiklar i syfte att kunna svara på frågan vad ett etiskt hållbart ledarskap kan vara i dagens social- och hälsovård.

Etiska handlingar kräver stöd

Det är viktigt att identifiera utmaningar samt stödåtgärder i arbetet för att kunna påverka det etiska tänkandet på lokal, nationell och internationell nivå i organisationen (5, 6). Under stress är det svårare att upprätthålla etiska värderingar, vilket är något som Wright tar upp i sin artikel (7). Dagens instabila ekonomiska läge ställer stora krav på ledare i olika organisationer. Därför är det viktigt att vi kan identifiera dessa karaktärer samt utveckla den utbildning och träning som behövs för att fungera som etiska ledare. Det finns flera möjligheter att utveckla sitt eget ledarskap. I Finland finns det utbildningsmöjligheter till exempel på universitet, yrkeshögskolor, yrkesinstitut, arbetarinstitut eller utbildningscenter.

I dagens samhälle krävs det ofta att ledare skall vara effektiva och ibland kan det vara svårt att kombinera detta med ett etiskt tänkande (8). Men det är kanske möjligt att fungera effektivt utan att handla oetiskt. Ibland kan det räcka att betraktas som etisk och trovärdig för att bli effektiv och andra gånger kan man genom att vara effektiv ses som etisk. Men hur etiskt kan ett ledarskap egentligen kan vara? Och behöver etiken ett ledarskap (9)? Olivier (9) påvisar med hjälp av sin undersökning att istället för att kräva ett etiskt ledarskap bör man fundera över ett så kallat kompanjonskap där varje deltagare deltar med de förmågor och



Att alltid göra etiska

intresse de har, tar ansvar och är jämställda. Detta skulle medföra en mindre törst efter makt och är i sig ett etiskt ledarskap.

Många sjukskötare upplever att de inte får stöd av sin förman (10). I en undersökning av Storch et al kunde man se ett tydligt samband mellan saknaden av stöd och ökad moralisk stress hos arbetstagarna. Etiskt ledarskap handlar om att man i organisationen har klara, delade värden som stöder mot etisk verksamhet. För att kunna uppnå ett sådant etiskt ansvar rekommenderas ledaren får betydligt mera stöd och skolning i sin roll som etisk ledare.

Man kan lära sig etik

Varför är det svårt att fungera rätt och vara en etisk ledare, fastän vi har erfarenheter om

etiska ledare som har påverkat organisationer negativt (11)? I dagens globala värld bör etiken integreras i ledarskapet och man bör satsa på ledarskapsskolning. Ledarna bedöms på basen av hur bra de kommunicerar och leder, inte enbart på basen av resultaten. Det handlar om att göra etiska beslut och att leda etiskt (12). Man kan dela in etiskt ledarskap i synligt och icke synligt etiskt ledarskap, men en verkligt etisk ledare fungerar alltid etiskt. Detta bygger förtroende, trovärdighet och respekt i organisationen.

Det bör finnas en klar "etisk uppförande" vision och ledaren bör vara motiverad att uppnå en (13, 14). Etiskt ledarskap är viktigt och de flesta vårddyrken har egna etiska kodexar, såsom också organisationerna (15,16,17).



va val är inte helt lätt.

Hälsotjänsterna genomgår stora förändringar och man bör också fundera på hur det etiska ledarskapet skall organiseras och tillgodoses i framtidens hälsovårdssystem. De etiska referensramarna behöver vara bredare och mer systematiska så att de syns både hos de som ger tjänsterna och de som organiserar eller beslutar om tjänsterna på makronivå. De som administrerar över hälsotjänsterna bör ha ett ansvar för att kvaliteten och det etiska tänkandet finns med i hela vårdsystemet.

Hur kan man utveckla ett etiskt ledarskap

Här summerar vi på basen av granskade artiklar vad man kan göra för att utveckla ett etiskt ledarskap på arbetsplatser.

Ledaren = rollmodell för etiskt handlande

Etiskt ledarskap startar från toppen och ledare fungerar som rollmodeller för hur man på arbetsplatser agerar etiskt eller inte (18–21). De anställda bör se att deras ledare tänker och agerar etiskt. Ledaren bör alltså vara en god förebild genom synliga handlingar, belöningar, disciplin och genom att prata om etik och värderingar inom organisationen (18).

Placera etik på dagordningen

Att våga prata om etiska dilemman kan fungera som en lärprocess på arbetsplatsen om den hanteras som en viktig fråga. Processen bör vara regelbunden och det är viktigt att ledaren visar sig öppen för diskussionen. Alla stunder i vardagen bör de etiska handlingarna och diskussionen vara närvarande, inga



Ledaren fungerar som guide för sina medarbetare då det gäller etiskt handlande.

undantag får göras. För att som ytterligare understryka vikten av att handla etiskt kan ledaren lyfta fram och belöna etiska handlingar (21, 22). Det är lättare att förebygga genom att etiken ständigt är närvarande på dagordningen än att släcka eldar då det gått snett (20, 21).

Värna om transparens i all kommunikation

Thornton framför att det är viktigt i en arbetsgemenskap att ledaren framför att arbetstagarnas åsikter och idéer är värdefulla och betydelsefulla. Att ledaren har tid för genuin diskussion för en var är viktigt. Således byggs upp en arbetskultur där pålitlighet (trust) och respekt lever vidare, där arbetstagarna vågar ta upp för diskussion etiska principer på arbetsplatsen (21, 22). Det är viktigt att ha en transparens i arbetskulturen och att information är tillgänglig för dem som behöver den på arbetsplatsen. Man bör också som ledaren ha

en genomskinlighet i beslutsfattande (20, 21).

Sammanfattande diskussion

I litteraturen hittar man olika synvinklar på etiskt ledarskap i olika kontext. Man kan se på etiskt ledarskap som en genomgående, ständigt närvarande, dynamisk process i organisationen som utgår ifrån ett medvetet arbete från ledningen. Ledaren är en slags förebild för hur man förhåller sig till sina medmänniskor samt vilka värderingar och handlingar är viktiga. Det handlar bland annat om att vara rättvis och trovärdig.

Etiskt ledarskap består av tre grundfrågor som behandlar människans värde, rätta handlingar och etiska egenskaper (3). I artiklarna som vi analyserat, framhävs tydligt vikten av dessa tre grundprinciper för att trygga ett etiskt

hållbart ledarskap. Det blir som tre teman som är viktiga att ta i beaktande då man vill försäkra sig om att rekrytera en ledare med etiskt hållbara värderingar eller då man vill försäkra sig om att organisationen i helhet fungerar etiskt hållbart. Dessa tre teman är viktiga att ta fasta på i rekryteringskedet men också i utbildningen. Dessutom behöver man i dagens förändrade social- och hälsovårdstjänster fundera på att hur man får det till en gemensam policy på alla nivåer i organisationen, särskilt då det är en stor och tungrodd organisation. Det ställer stora krav på ledarskapet.

En chef har ett etiskt ansvar i att utveckla sin professionella chefskompetens och sådana egenskaper som har etisk karaktär (3). Som chef kan och bör man alltså fortsättningsvis utveckla sin etiska integritet, till exempel genom att sträva efter att utveckla sina etiska karaktärsenskaper.

Sammanfattningsvis framhäver både litteraturen och vi att en etisk kultur på arbetsplatser kräver ständiga insatser och ansträngningar. Etiken bör ständigt finnas på dagordningen och ledaren bör visa på att det är ett ämne som är både öppet och välkommet för diskussion. Ledaren bör fungera som en god förebild som inte föraktar diskussion om etiska frågor inom arbetsplatsen utan snarare odlar en etisk på arbetsplatsen.

Referenser

- Okko S. Nyt puhutaan eettisestä johtamisesta. Reilu ja rehti pomo. Kaiku-viesti. 2009; 2: 4–5.
- Piirainen M. Ettinen johtaminen terveydenhuollon organisaatiomuutoksessa hoitotyön lähiesimiehen näkökulmasta (Internet). Pro-gradu avhandling, Kuopio: Östra Finlands universitet, Hälsovetenskapliga fakultetet; 2013 (hämtad 20.2.2018). Hämtad från: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130423/urn_nbn_fi_uef-20130423.pdf.
- Blennberger E. Etik och ledarskap (Internet). Malmö, Liber AB; 2012. (hämtad 22.11.2017). Hämtad från: www.adlibris.com/se/bok/etik-och-ledarskap---etik-kod-for-chef-9789147088522.
- Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Tredje utgåvan. Stockholm: Natur och kultur; 2014.
- Johnstone M-J. Organisational and leadership ethics. Australian Nursing Journal. 2013; 20(10):39–39.
- Rude HA, Paolucci-Whitcomb PE, Comerford S. Ethical Leadership: Supporting Human Rights and Diversity in Rural Communities. Rural Special Education Quarterly. 2005; 24(4); 26–31.
- Wright C. Developing Ethical Leaders: Is There Inconsistency between Theory and Practice? Journal of Human Values. 2013; 19(1): 29–38.
- Ciulla JB. "Integrating leadership with ethics: is good leadership contrary to human nature?" In Handbook on responsible Leadership and Governance in Global Business, edited by Jonathan PD, Stephen A. Stumph, Cheltenham; Northampton: Edward Elgar; 2005.
- Olivier A. How ethical is leadership. Leadership. 2011; 8(1): 67–84.
- Storch, Janet., Makaroff Schick, Kara., Pauly, Bernie., Newton, Lorelei. Take me to my leader: The importance of ethical leadership among formal nurse leaders. Nursing Ethics. 2013; 20(2):150–157.
- Fisher TL. Leadership Ethics Training: Why Is It So Hard to Get It Right? T & D. 2009; 63(9): 58–61.
- Payne K. Lead with Ethics. Tennessee Nurse. 2016; 79(3): 11–11.
- Newton Lauraine. Ethical leadership means empowering your followers. Alberta RN. 2013; 69(1): 30–1.
- Theron C. Promoting ethical follower behavior through leadership on ethics: the development and psychometric evaluation. South African Journal of Business Management. 2005; 36 (2).
- Ho A, Pinney S. Redefining ethical leadership in a 21st-century healthcare system. Healthcare Management Forum. 2016; 29(1) 39–42.
- Harmoinen M, Niiranen V, Suominen T. Kirjallisuuskatsaus arvostavaan johtamiseen. Hoitotiede. 2010; 22(1).
- Brown M, Trevino E, Linda K. Ethical leadership: A review and future directions. The Leadership Quarterly. 2006; 17:595–616.
- Lasthuizen, K. Leading to integrity: Empirical Research into the Effects on Leadership on Ethics an Integrity. Amsterdam: Vrije Universitet; 2008.
- Barkhordari-Sharifabad M, Ashktorab T, Atashzadeh-Shoorideh F. Ethical leadership outcomes in nursing: A qualitative Study. Nursing Ethics. 2017: 1–13.
- Ataya L. How to be an ethical leader. Entrepreneur (Internet); 2016 (uppdaterad 21.3.2016, hämtad 28.2.2018). Hämtad från: www.entrepreneur.com/article/272746.
- Fisher TL. 7 Lenses; Leading the Principles and Practices of Ethical Leadership. Richmond, VA: Leading in Context LLC; 2013.
- Fernandes P. How to be an ethical leader. Business news daily (Internet); 2017 (uppdaterad 3.4.2017, hämtad 28.2.2018). Hämtad från: www.businessnewsdaily.com/5537-how-to-be-ethical-leader.html.

Författarna

Nora Granlund, YH Arcada

Anna Lillrank, YH Arcada

Janica Sundbäck, YH Arcada

Lena Wahlroos-Hänninen, YH Arcada

Maria Forss, YH Arcada

Utbytesstudier i Hospital Clínic de Barcelona

Magda Flemmich

I november 2017 åkte jag på internationell praktik till Barcelonas universitetssjukhus, tillsammans med tre andra kolleger. Utbytesstudierna var en del av mina hälsovårdsmagisterstudier i kursen 'Clinical Nursing Science, Administration and Management in Health Seminars and Training'.

Förberedelser

Intresset för internationellt samarbete väcktes för mig redan i början av magisterstudierna. Under året 2015 bestämde jag mig att skaffa internationella färdigheter och mer mångkulturell kännedom under studielivet. Gränsöverskridande projektarbete samt konferensresor har bidragit till dessa färdigheter redan tidigare, men tidpunkten för korta utbytesstudier var mest optimal under det sista studieåret. Således började förberedelserna inför den

internationella praktiken med ansökning till utbytesstudier på våren 2017. Förberedelserna innehöll även ansökning av stipendium, rese- och boendearrangemang, samt kommunikation med olika parter. Därtill framställde jag en muntlig presentation om en litteraturstudie, som jag gjort om det begärda temat från mottagande universitetssjukhus.

Praktikveckan ordnades i samarbete med Barcelonas universitetssjukhus och enheten för vårdvetenskap i Åbo Universitet. Min praktik utfördes på två intressanta avdelningar i Hospital Clínic de Barcelona i november 2017. Avsikten med rapporten är att dela kunskap, inspirera och vidga sina vyer. Vi vistades 5–11.11.2017 i Barcelona, varav 7–10.11 tillbringades på Hospital Clínic de Barcelona.

Spaniens hälso- och sjukvård

Barcelona är belägen i republiken Katalonien, i Spanien. Det spanska skattefinansierade nationella hälso- och sjukvårdssystemet består av både hälsovårdscentraler och sjukhus i hela landet. Hälsovårdscentralerna



Denna bild togs efter våra presentationer. På bilden finns vi fyra utbytesstuderanden från Åbo universitet, mellan "vitrockarna", som var publik från sjukhuset. Publiken bestod av praktikhandledare, vårdpersonal och andra professionella, samt arrangerande personerna för vår praktik.

erbjuder primärvård, t.ex. barnhälsovård och omvårdnad. Sjukhusen erbjuder däremot specialistsjukvård och akutvård. Därtill erbjuds förstås också privatvård. Spaniens hälso- och sjukvård är decentraliserat, vilket betyder att Spaniens centralregering är ansvarig för bl.a. lagstiftning, koordinering, finansiering och har ett utbildningskrav, medan Spaniens 17 autonoma regioner och dess regeringar ansvarar för bl.a. folkhälsa, systemets organisatoriska struktur och erbjudandet av servicen (1).

Universitetssjukhuset Hospital Clínic de Barcelona grundades år 1906 och erbjuder nuförtiden vård för 540 000 invånare. Förutom den kliniska aktiviteten samarbetar sjukhuset med katalanska hälsovårdsservicen och Barcelonas universitet. Sjukhuset bidrar dessutom till utbildning av vårdpersonal och läkare, samt forskning i hälsovetenskap och medicin. Hospital Clínic de Barcelona består av flera institutioner, varav jag valde, av intresse och arbetserfarenhet, att besöka avdelningar

på DME-institutionen (Medical Directorate) och ICN-institutionen (Clinic Institute of Neurosciences) (2).

Praktik på två intressanta avdelningar

DME-institutionens avdelningar angår medicinsk styrelse och består av flera avdelningar som inte har dygnsvis klinisk verksamhet. Jag besökte avdelningen för preventiv medicin och epidemiologi som tillhör enheten UASP (Unit for Assessment, Support & Prevention) (3). Jag bekantade mig med en del av verksamheten. Avdelningens syfte är att förbättra patientsäkerheten och vårdkvaliteten, förminska och förebygga vårdfel och patient- eller medicinerings-skador, samt de konsekvenser dessa orsakar. Vårdfel orsakas här bland annat av olämplig handhygien och felaktig patientidentifikation.

Avdelningen använder sig av metoder som riskhantering, bevakning, ackreditering, aseptik, vaccinering och screening. Konkreta exem-



Medicinska fakulteten ligger i centrum av sjukhusområdet, dvs. sjukhusets olika byggnader omringar fakultetet.

pel är implementering av WHO:s handhygienprogram; Five Moments for Hand Hygiene (4), samt uppföljning, evaluering och beslutsfattande angående statistik om sjukhusbakteriefall. Det betonades att det är mänskligt att göra fel, men det är nödvändigt att förbättra systemet och skapa effektivare sätt att implementera evidensbaserade metoder ('best practice') till det dagliga vårdarbetet.

ICN-institutionens avdelningar erbjuder mångprofessionell vård för slutenvårds- och poliklinikpatienter inom neurologi och psykiatri. Jag besökte två avdelningar inom barn- och ungdomspsykiatri (Unit, Child and Adolescent Psychiatry and Psychology), där den ena var en slutna vårdavdelning för ungdomar och den andra ett dagsjukhus för barn (5, 6). Patienter på den slutna vårdavdelningen kan ha diagnoser som t.ex. ätstörning, depression,

ångestsjukdom, ADHD eller autism, där det i bakgrunden kan finnas, förutom ungdomens utvecklingsskede, även i försämrade hemförhållanden, olämpliga sociala relationer eller olämplig omgivning, familjeproblem, olämplig livsstil, förvrängd kroppsuppfattning, våld, missbruksproblem, dysfunktionella eller icke-existerande vardagsrutiner eller annars försämrade resurser.

På dagsjukhuset är patienterna barn, oftast med diagnosen ADHD eller autism. Patienterna går även i skola på avdelningen. På avdelningarna försöker man skapa en viss rutin med olika aktiviteter för barnen och ungdomarna och man behöver lyckligtvis sällan använda sig av isoleringsrum. Enligt de professionella är problemet för avdelningarna det att samma patienter ofta kommer tillbaka. Åsikten var att man inte betonar tillräckligt den förebyggande hälsovården i Spanien. Utvecklingen mot ett bättre håll har ändå börjat ske, eftersom man t.ex. har tagit i bruk skolhälsovårdarens service på flera skolor under de senaste åren.

Diskussionsämnen med lokala professionella var bl.a. hälso- och sjukvårdsorganisationen, ledarskap inom vårdarbetet, personalförvaltning, kvalitetsledning, forsknings- och utvecklingsarbete inom vården samt nätverksbyggande. Därtill höll jag en muntlig presentation av litteraturstudien med temat "Nurses rounds in psychiatric wards to prevent complications", som begärts från sjukhuset. Litteraturstudien handlade om hur en timvis sjukskötar rond i patientrummen förhindrar komplikationer på psykiatriska avdelningar. Presentationerna hade annonserats öppet på sjukhusets intranät och hölls för publiken i slutet av praktikveckan.

Kultur i Spanien

Förutom praktik hade vi också tid att bekanta oss med Barcelona och den spanska kulturen. De lokala tidpunkterna för servering av måltider är senare än i Finland och man äter ofta små måltider längs med dagen. Vi smakade på olika spanska rätter som t.ex. paella, tortilla de patata, chorizo och förstås tapas. Ordentligt näringsrikt morgonmål är inte viktigt för spanjorerna. Vi tyckte detta var intressant,

eftersom energinivån blir så låg innan det är dags för lunch. Vi fick hålla oss med extra mellanmål till praktiken!

Det är vanligt att hålla siesta efter lunchen, förstås inte när man arbetar på sjukhus. Däremot var det inte så noggrant med längden av lunchtiden eller tidpunkten på olika arbetsuppgifter, det viktigaste var att få arbetet gjort under dagen. Det var ofta en angenäm stämning inom arbetsgemenskapen på avdelningarna.

Vi färdades på fritiden genom att gå längs Barcelonas små gator och upplevde också olika sevärdheter, som La Rambla (bred boulevard), El Puerto de Barcelona (hamnen), Antoni Gaudis konstruerade katolska basilika Sagrada Familia, den färggranna parken Park Güell och byggnader som Casa Batlló, samt de gotiska kvarteren Barri Gòtic. Den katalanska politiska statusen gällande självständigheten besvärade lyckligtvis inte vårt utbyte men kunde uppmärksammas överallt i form av protestflaggor.

Professionell utveckling och mer uppfylld ryggsäck

Den internationella praktiken i sin helhet bidrog till min professionella utveckling, sakkännedom och färdigheter inom ledarskap och vårdvetenskap. Interkulturell förståelse, förbättrade språkkunskaper, nya erfarenheter och verktyg angående projektarbete, reflektionsämnen kring framtiden och ledarskapet, nya perspektiv inför egen yrkeskarriär, berikat professionellt nätverk samt eventuellt bättre utsikter på den globala arbetsmarknaden, är saker som jag får tillägga i min professionella ryggsäck.

Ett stort tack till Sjuksköterskeföreningen i Finland rf för understöd till dessa utbytesstudier.

Referenser

1. Ministry of Health and Consumer Affairs, Spain. National Health System (Internet). Ministry of Health and Consumer Affairs; 2018. Hämtad från: www.msssi.gob.es/en/organizacion/sns/docs/Spanish_National_Health_System.pdf.
2. University Hospital Clinic de Barcelona. Health Universitat de Barcelona Campus (Internet); 2012. Hämtad från: <http://hubc.ub.edu/en/entitats/mapa-actors/universi->



Sagrada Familia var en vacker sevärdheter som vi bekantade oss med på fritiden.

ty-hospital-clinic-de-barcelona.

3. Hospital Clinic. Clínic Unit for Assessment, Support & Prevention (UASP) (Internet); 2017. Hämtad från: www.hospitalclinic.org/en/healthcare/hospital-care/clinic-unit-for-assessment-support-prevention-uasp.
4. WHO. Clean Care is Safer Care. Five moments for hand hygiene (Internet). WHO; 2018. Hämtad från: www.who.int/gpsc/tools/Five_moments/en/.
5. Hospital Clinic. Clínic Institute of Neurosciences (ICN) (Internet); 2017. Hämtad från: www.hospitalclinic.org/en/healthcare/hospital-care/clinic-institute-of-neurosciences-icn.
6. Hospital Clinic. Mental Healthcare (Internet); 2017. Hämtad från: www.hospitalclinic.org/en/healthcare/mental-healthcare.

Författaren

Magda Flemmich

Sjukskötare, hälsovårdare, HVM-studerande

Kompetenshöjning inom gerontologi och geriatrik

Erika Boman • Marica Hinders

*”Äldrevården i Finland är i krisläge”,
”Två av fem vårdare skulle själva inte
ta emot den vård som deras arbets-
plats erbjuder” och ”Färre utbildade
vårdare inom äldrevården”. Listan på
rubriker om äldrevården i Finland kun-
de göras hur lång som helst.*

Idag är 20 % av befolkningen 65 år och äldre, men innan 2030 förväntas andelen öka till 26 % (1). Det är ett faktum att behovet av vårdpersonal med kompetens och kunnande inom geriatrik och gerontologi kommer att växa.

Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) är en av de organisationer som har insett betydelsen av kompetens inom gerontologi och geriatrik. ÅHS har under våren avslutat en 1,5-årig kompetenshöjande 30 sp utbildning inom gerontologi och geriatrik. Fortbildningen arrangerades som ett samarbete mellan Ålands hälso- och

sjukvård, Centret för livslångt lärande vid Yrkeshögskolan Novia samt Öppna högskolan/Högskolan på Åland. I fortbildningen deltog sjukskötare och närvårdare från flera olika avdelningar: rehabilitering, palliativ vård och geriatrik, hemsjukvård, hälsocentral och psykiatri – personal som alla sköter den äldre patienten i olika skeden av vårdprocessen.

Fortbildningens innehåll

Fortbildningen lades upp i form av fem kurser. I den första kursen, Gerontologi och geriatriska vårdarbetets etik (5 sp), lades fokus på att förstå hur det kan vara att bli och vara äldre samt vad ett gott åldrande kan innebära för den äldre personen ur fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt perspektiv. Kursdeltagarna intervjuade äldre, reflekterade kring att vara äldre i samhället och vården samt tog del av kvalitetsrekommendationer, riktlinjer och lagstiftning som specifik berör vård och omsorg av äldre personer. I reflektioner framgick att ålderism (ageism), det vill säga diskriminering på grund av ålder, är något som sparsamt diskuteras

på enheterna och detta var något som många kursdeltagare också nämnde i en avslutande reflektion att man speciellt tagit med sig från kursen. Inom ramarna för denna kurs ingick även att ta med sig etiska dilemman från den egna enheten, tillämpa en vårdetisk modell för analys av situationen och diskutera etiska dilemman i grupp. I kursutvärderingen framkom kommentarer som: "Min syn på åldrandet har blivit positivare, var nog yrkesskadad då jag mest träffat åldringar i behov av vård, inte så positivt..."

Den andra kursen, Demens och psykisk ohälsa ur ett omvårdnads- och medicinskt perspektiv (5sp), omfattade läkarföreläsningar om demenssjukdom, konfusion och psykisk ohälsa bland äldre. Kursen inkluderade även en studiedag om missbruk bland äldre, praktiska övningar för att undvika våld och situationer där våld kan uppstå samt en mycket uppskattad studiedag kring omvårdnad av personer med demens med Anna-Karin Edberg, professor i omvårdnad.

Läkemedelsbehandling av äldre (3 sp) var temat för den tredje kursen med en farmaceut som kursledare. Kursdeltagarna fick föreläsningar om läkemedel och äldre samt arbeta med olika skriftliga case där äldre med mer eller mindre problematiska läkemedelslistor presenterades. Som examinationsuppgift fick deltagarna kritiskt granska, utifrån Fimeas anvisning, en läkemedelslista från den egna verksamheten. I kursutvärderingen framkom kommentarer som: "Fick mig att tänka på att alla läkemedel har biverkningar och man kan lindra problemet på annat sätt, t ex sömnsvårigheter, oro, smärta", "Finns många läkemedel som interagerar", "Värkmedicin och vitaminer kan inte bara tas sådär", "Blev uppmärksam på vad som är viktigt att tänka på när man tittar på medicinlistan".

Den fjärde kursen Geriatrik och omvårdnad av den multisjuka äldre (15 sp) var den mest omfattande kursen. Kursen inleddes med att fokusera på vanliga omvårdnadsproblem inom vård och omsorg av äldre, såsom trycksår, undernäring, fall och nedsatt munhälsa. Även inkontinens och tarmdysfunktion behandlades. Kursen omfattade vidare kirurgisk vård av äldre

samt vård av äldre patienter med kardiovaskulär sjukdom, inklusive stroke samt rehabiliterande arbetssätt. Ytterligare omfattade kursen diabetes, sår och palliativ vård. För att få ett multiprofessionellt perspektiv inkluderades föreläsare med olika bakgrund såsom sjukskötare, läkare, fysioterapeut, ergoterapeut, dietist och munhygienist. Kursen examinerades genom skriftliga reflektioner, men även genom att kombineras med den avslutande kursen Förändringsarbete (2 sp). I kursen ingick undervisning utifrån Lean-konceptet. Kursen examinerades genom att deltagarna skulle göra upp en plan för att genomföra utvald klinisk förbättring på den egna enheten utifrån nyvunnen kunskap. Vi fick in fantastiska arbeten som berörde allt från implementering av olika skattningsskalor, till revidering av inskrivningsrutiner, implementering av checklista vid dödsfall och plan för efterlevnadssamtal samt implementering av ankel-arm-indexmätning vid bensår och revidering av rutiner för säker blodsockermätning.

Arbetsgivarens perspektiv

Sirpa Mankinen är vårdchef på Ålands hälso- och sjukvård, hon tänker så här gällande samarbetet: "Inom hälso- och sjukvård och inom en sjukhusverksamhet med olika specialiteter kan den gerontologiska och geriatrika kunskapen bli utan uppmärksamhet fast äldre utgör en stor del av patientfallen på de flesta specialiteterna. Avsaknad kunskap skapar osäkerhet hos vårdpersonal och förlänger även vårdtider. Det viktigaste målet med fortbildningsinsatsen var att våra patienter med högre ålder skulle få adekvat vård och bemötande. Med hjälp av fortbildningen kan personalen känna vid äldres speciella behov, få ökad förståelse för uppkomna situationer i arbetets vardag samt kunna bemöta äldre patienter med respekt. Med kunskap stöder vi sjukskötarens/närvårdarens känsla av att ha kontroll över sitt arbete. De utvecklingsarbeten som deltagarna har gjort och den kunskap som de hämtat från fortbildningen ska nu komma till kollegor och främst våra patienter till godo. Utvecklingsarbetet fortsätter."



Heidi Viktorsson och Sirpa Mankinen.

Personalens perspektiv

Heidi Viktorsson har jobbat inom geriatriken nästan hela sin 15-åriga yrkeskarriär efter grundläggande utbildning, klinisk sjukskötare YH. Hon jobbar nu som avdelningsskötare på ÅHS avdelning 1 med inriktning palliativ vård och rehabilitering. På avdelningen representeras också geriatrisk internmedicin.

”Jag gick geriatrifortbildningen för att jag kände behov av mera kunskap, dels för min egen skull, för att geriatrisk är så mångfacetterat och enligt mig fascinerande, och dels för att kunna stötta mina kollegor i arbetet med geriatriska patienter och för att bättre kunna motivera förändrade arbetssätt på avdelningen. Man behöver även i samhället förändra synsättet på den äldre människan som ofta är ganska stereotyp. Under kursens gång har jag tipsat kollegorna om olika webbutbildningar som man kan genomföra på nätet för att utöka sin kunskap om t.ex. nutrition, fall, trycksår samt palliativ vård och det har varit uppskattat. Vi har även efter kursen infört skattningsskalor på avdelningen för att bättre kunna följa upp kvaliteten på arbetet vi gör, så att man syn-

liggör det viktiga vårdarbetet och vilken stor betydelse det har för patienten.”

Att samla personal från organisationens olika avdelningar för att gemensamt höja kompetensen inom äldreomsorg ger ett mervärde. Genom att lyssna på varandra och själva få berätta om egna erfarenheter ökar samtidigt förståelsen för processen och förutsättningarna för ett smidigare patientflöde och en god helhetsvård ökar.

Referens

1. Tilastokeskus, väestöennuste. Hämtad från: www.stat.fi

Författarna

Erika Boman

Spec sjukskötare, Med. Dr. överlärare, Högskolan på Åland

Marica Hinders

Sjukskötare, HVM, utbildningschef, Centret för livslångt lärande vid Åbo Akademi och Yrkeshögskolan Novia

Nya Barnsjukhuset 2018



Foto: Sandra Allidén.

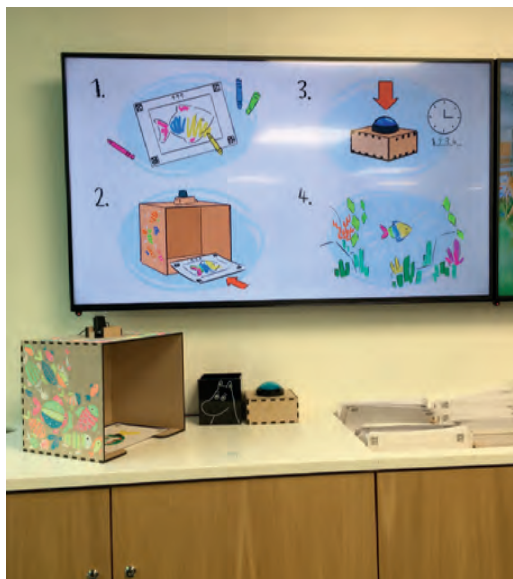


Foto: Annika von Schantz.

Det nya barnsjukhuset är byggt så att NOBAB's tio standarder för barns och ungas rättigheter på sjukhus förverkligas. Endast det allra bästa är gott nog för barnen som är huvudgästerna. Barn och unga får aktivt ta del av vårdens olika skeden med digitala hjälpmedel. Fotot visar hur barnen kan teckna sin egen fisk och sedan skicka sin teckning till den enorma skärmen. Verksamheten är nu i full gång, barnpatienterna får världens bästa vård av den underbaraste personal som finns. Lycka till! Serien avslutas.

Annika von Schantz

Vårda på svenska – innovativ språkkurs för vårdpersonal på Åbo universitetscentralsjukhus

Minna Syrjäläinen-Lindberg • Michaela Jalava

Språkkursen "Vårda på svenska" är en innovation som utvecklats av Åbo Yrkehögskola och Yrkehögskolan Novia i Åbo, på beställning av Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt. Visionen var att ordna lockande, icke-traditionell språkundervisning med rimliga kostnader.

En innovativ språkkurs

Åbo Yrkehögskola har tidigare sålt språkkurser till Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt men nu var det dags att ta den svenskspråkiga yrkehögskolan Novia med som samarbetspartner. I ett tidigt skede blev det klart att simuleringar och skuggningar skulle vara de innovativa inlärningsmetoderna för språkkursen.

Det tredje viktiga elementet var språkkliniken.

Teamet för pilotprojektet bestod av språkläraren Ann-Katrin Tyni-Nummelin från Åbo Yrkehögskola, vårdläraren Michaela Jalava och utbildningsansvariga Minna Syrjäläinen-Lindberg från yrkehögskolan Novia. Kundensvariga Marianne Renvall från Åbo Yrkehögskola administrerade kursen och utbildningsplaneraren Sirpa Saarni från distriktet fungerade som kontaktperson från sjukhusets sida. I projektet deltog tre sjukskötar- eller hälsovårdarstuderande från Novia. Deras insatser behövdes både vid simuleringar och vid skuggningarna. 15 sjukskötare från Åbo universitetscentralsjukhus (ÅUCS) valdes till den första kursen.

Simuleringar

Vårda på svenska-kursen inleddes med introduktion och simulering. Simuleringens grundtanke var att vårdarna skulle bekanta sig med ett patientfall som de kunde möta på sin egen vårdavdelning. Som patienter fungerade

Novias studerande som uteslutande talade svenska med kursdeltagarna. Sjukskötarna skulle vårda och handleda "patienten" på svenska. Allt som allt ingick det i kursen två simuleringstillfällen med en månads mellanrum. Mellan de två simuleringstillfällena kunde deltagarna ta del av mera traditionell språkundervisning, en s.k. språkklinik. Simuleringarna upplevdes som innehållsrika och givande. Till det bidrog även kursdeltagarnas öppna och trevliga attityd. Många av kursdeltagarna önskade hjälp med språket i de intervjublanketter och ordlistor som används på respektive avdelning och passade på att ha dem med till simuleringstillfällena.

Studerande skuggar sjukskötare

Skuggningen i detta pilotprojekt betydde att en svenskspråkig studerande följde sjukskötare på deras arbetsplatser och uppmuntrade samt inspirerade sjukskötare att tala svenska. Studeranden fungerade som sjuksköternas egna språktränare, t.ex. genom att ställa frågor om patientvården på svenska. Studerande utförde inte vårdåtgärder, de följde med och pratade sitt modersmål med sjuksköterna. I patientsituationer användes patientens modersmål. Via dialog och observationer lärde studeranden sig aspekter av den inremedicinska vården. Tystnadsplikt och sekretess beaktades på samma sätt som under vanlig praktik.

Utvärdering och fortsättning

Både kursdeltagare och studerande utvärderade pilotprojektet som en positiv innovation. Deltagarna upplevde att simuleringen och skuggningen var fungerande inlärningsmetoder i språkkursen. Många sjukskötare kände sig säkrare i att prata svenska. Inläringen kändes naturligt och även roligt! Medverkande lärare upplevde kursplaneringen och förverkligandet som utmanande, innovativt och inspirerande. Samarbetet mellan de två yrkeshögskolorna fungerade bra. Ett stort tack går till studerande som så spontant och aktivt möjliggjorde pilotprojektet.



På bilden finns från vänster studerande Sofia Viljanen, Emma Sandström, Elin Sundström och lärare Michaela Jalava.

Det finns absolut delområden att förbättra, t.ex. kommunikationen mellan beställaren ÅUCS och yrkeshögskolorna ska förtydligas till nästa gång. Instruktionerna ska bearbetas och finslipas. ÅUCS är villig att beställa en ny kurs som förverkligas på hösten 2018. Vårda på svenska-språkundervisningsmodellen har utvecklats, prövats och utvärderats med gott resultat.

Författarna

Michaela Jalava
HVM, timplärare, Yrkeshögskolan Novia, Åbo

Minna Syrjäläinen-Lindberg
HVM, utbildningsansvarig, Yrkeshögskolan Novia, Åbo.

Lättare på svenska efter språkkurs

Lina Laurent

När Anu Happonen började jobba på HUS för fem år sedan hade det gått över 25 år sedan hon läste svenska i skolan. I dag svarar hon smidigt i telefon på svenska och är dessutom språkambassadör.

Finska, svenska och engelska

Telefonsamtalen till HUSLABs tidsbeställning kommer tätt och betjäning ges på minst tre språk. En av dem som dagligen svarar på patienternas förfrågningar, bokar tider och som vid behov förenar vidare till laboratorie-sköterskorna som kan ge mer information, är Anu Happonen.

När Anu Happonen för fem år sedan började jobba för det som i dag är HUS Stödtjänster hade det gått lång tid sedan hon studerat eller använt svenska. Hon ville redan från första början förbättra sina språkkunskaper och kol-

lade med sin chef ifall hon skulle få gå en kurs i svenska. Det fick hon och i dag har det blivit sammanlagt tre olika kurser.

– Kurserna har varit jättebra, med konkreta övningar och med en lärare som talade svenska nästan hela tiden.

Anu Happonen säger att hon utan kurserna inte skulle ha en så bra språkkunskap som hon har i dag.

– Också min chef har sagt att hon märker en betydande skillnad, jag talar bättre svenska än innan kursen.

Anu Happonen är utbildare på sin enhet och också en av HUS 120 språkambassadörer. Syftet med ambassadörskapet är att sprida en positiv bild av svenskan. Engagemanget är frivilligt och tanken är att det inte ska innebära något extra arbete utan snarare att det är en del av vardagen.

För Anu Happonen betyder ambassadörskapet att hon uppmuntrar kolleger att våga tala svenska i telefon eller att gå på en språkkurs.

– Det finns flera som säger att de inte täcks tala svenska eller gå på kurs för att de tycker att de pratar så dåligt. Jag försöker säga åt dem att de inte ska vara rädda. Det är bara att börja tala.

Tvåspråkighet i vardagen

På HUS bedrivs arbete för tvåspråkighet på flera plan. Utvecklingschef Pia Stoltzenberg som koordinerar arbetet, bland annat som sekreterare i HUS nämnd för den språkliga minoriteten och som medlem i styrgruppen för språkprogrammet, började på HUS den 15 augusti i år. Nytt är att kommunikation på svenska också ingår i Pia Stoltzenbergs arbetsbild.

– Tvåspråkighet betyder inte att allt ska göras på två språk, däremot att man ska tänka tvåspråkigt i ett så tidigt skede som möjligt. Då sparar man en hel del extra arbete i slutändan.

Pia Stoltzenberg kommer närmast från Yle där hon jobbat inom bolagskommunikationen med ansvar för det svenska. Förutom ekonom är hon översättare och fysioterapeut. Under studietiden gjorde hon arbetslivspraktik på HUS.



Foto: Mikko Hinkkanen.

Anu Happonen är glad att hon kunnat gå tre kurser i svenska på arbetstid.

– Mitt språk har blivit mycket bättre, säger hon.

Språkkurser på HUS

- Grupperna samlas vardagseftermiddagar.
- Innan kursen bör deltagarna göra ett elektroniskt nivåtest.
- Kring 250–400 personer deltar årligen i HUS språkkurser.
- År 2017 ordnades 12 stycken kurser i svenska.
- 2724 anställda fick språktillägg 2017.



Pia Stoltzenberg arbetar för tvåspråkigheten på HUS. Hon hoppas att allt fler skulle våga tala svenska och att svenskspråkiga inte automatiskt skulle byta till finska när en finskspråkig kommer in i rummet.

Pia Stoltzenberg skulle gärna se att personalens språkkunskaper kunde utnyttjas ännu bättre.

– HUS har 24 000 anställda av vilka cirka 1000 har registrerat svenska som modersmål. Jag tror ändå att det finns betydligt fler som kan svenska – den passiva kunskapen är enorm. Hur kunde vi utnyttja den här potentialen bättre?

Lunch på svenska

- **Vad?** HUS nya utvecklingschef Pia Stoltzenberg inbjuder vem som helst inom HUS att luncha på svenska med henne.
- **Varför?** ”Jag äter varje dag och gör det gärna på svenska. Jag hade svenska luncher också på min förra arbetsplats och fick en del ’stamkunder’.”
- **Hur?** Gör en kalenderinbjudan och boka 30 minuter för lunchen.
- **Var?** I Mejlsans i Helsingfors.

I november är det återigen dags för Svenska veckan (5–11 november) då personalen på olika sätt påminns och uppmuntras att tala svenska. Pia Stoltzenberg påminner om att det finns många svenskspråkiga som inte kan finska, särskilt inte på en sådan nivå som krävs inom vården.

– Särskilt i vården av barn, äldre och personer med funktionsvariationer är det jätteviktigt att tala patientens modersmål.

Artikeln tidigare publicerad i Husari 5/2018.

Författaren

Lina Laurent

Fem orsaker att vinna Queen Silvia Nursing Award

Katri Sajama

Tävlingen startar igen nästa höst, större och vackrare. Deltag själv eller tipsa en sjukskötarstuderande du känner. Det finns många orsaker att delta - jag vill berätta de fem orsaker som ligger mej närmast om hjärtat, så här vid slutskedet av mitt stipendiatår 2018.

Förälska dej

Du har möjlighet att diskutera om vård, sjukdom, hälsa, vetenskap och konst med otroliga personer, som du kanske aldrig annars hade mött. Samtidigt blir dina tankar klarare och nya idéer och insikter föds. Vårdbranschens ledare är fantastiskt bra, kloka och vackra. Dessutom möter du begåvningar ur andra branscher och, såklart, vårdare, vårdbehövande och studerande från olika håll i världen. En del av dem blir dina vänner.

Queen Silvia Nursing Award är en innovationstävling riktad till sjukskötarstuderande. Man kan delta med idéer som gagnar minnesjuka och äldre personer. För det här året har möjligheten att delta gått och den nya vinnaren är snart utsedd – stort grattis!

Under mitt eget stipendiatår reste jag i Finland, Sverige, Tyskland och Japan. Höjdpunkten var givetvis att få komma till slottet och träffa H.M. Drottning Silvia. Jag reste överlag omkring i Sverige under året. I Tyskland representerade alla QSNA-stipendiater tillsammans på Berlins hälsomässa. Förutom att vi lärde

känna varandra, blev vi också bekanta med den tyska hälsovården.

I Japan hade jag möjlighet att delta i ett internationellt ICT-projekt, sjukskötare- och ingenjörsstuderandes hackathon (förenat av orden life hack och marathon). Temat var hälsa, välbefinnande och teknologi. Resultatet av mitt teams arbete var en applikation som globalt samlar in och rapporterar om hälsoskadliga luftburna partiklar. De andra teamen arbetade med bl.a. applikationer för att underlätta motionsutövning för blinda, applikationer som kunde stöda den döende och anhöriga. En grupp behandlade en applikation för automatisering av dokumenteringen inom hälsovården.

Under högttrycket som pågick i hjärnan smiddes idéer, söktes efter gemensamma synsätt med kodare, vårdare och ingenjörer. I hotellets badrum, var det enda el-uttaget fanns som passade, skrevs presentationerna för nästa morgon. Vi fick även förundra oss över sjukskötartutbildningen på Miyagi universitet.

Sprechen sie Deutsch?

Att hålla tal, brevväxla via olika kanaler och göra studiebesök, allt på olika språk, formar vems som helst språkkunskaper mot det praktiska. Professional English löper säkert bra efter stipendiatåret, även inom andra branscher än inom vård. Redan att vårda minnesjuka på finska och svenska ger mycket men som stipendiat har man möjlighet att praktisera i alla länder som är med i QSNA, dvs. även vårda på polska och tyska.

Jag vann genast under mitt första studieår och mina sjukskötarestudier fick genom stipendiet en fartfylld start. Jag insåg att jag studerade på finska, svenska och engelska. Det här har stött mina studier och möjliggör arbetsäventyr i andra länder genast efter examen – eller redan innan det. Efter att jag höll ett improviserat tal på engelska, istället för det jag skrivit ner och memorerat, för diplomater från flera olika länder, direktörer, svenska drottningen och för riksdagens talman, tror jag att jag aldrig mera i mitt liv kommer att vara spänd inför ett framförande!

Tillbaka till framtiden

Tack vare QSNA bekantar du dej med vården av minnessjuka och de äldre, du hör aktuella saker och får se glimtar av forskning och framtid inom vården. Du erbjuds möjlighet att delta och lära dej i omväxlande diskussioner, där frågor om samhälle, etik, lagstiftning och ekonomi diskuteras tillsammans med sakkunniga från olika branscher.

Vi har samma målsättning och trevliga klienter – samtidigt är resurserna begränsade och vården av de äldre har sina begränsningar. Är det tryggt att bli gammal i Finland? Möjliggör digitalisering bra vård för den växande gruppen av äldre eller isolerar den de sjuka och svaga i sina hem? Sjukskötarna har möjligheter att också påverka hur teknologin används på ett mera mänskligt sätt och vara med och utveckla tjänster som ökar tryggheten. Som yrkeskår är sjukskötarna på bästa plats för att finna lösningar och goda tillvägagångssätt, så väl till minnessjukdomar som för andra folkhälso- och samhällseliga frågor.

Uppfyllelse av drömmar i racerfart

I boken om ditt eget liv: gör upp en plan med "vårdbehov", utgående från dem, gör upp "mål" och bygg mellan dessa en stig med "planerade aktiviteter". Sen gäller det att hålla hårt i sig och se hur bitarna faller på plats, som byggstenar. I fungerande teknologi finns det alltid med lite magi. Låt känslan av en smula magi finnas även då du förverkligar dina mål.

När stipendiatåret inleddes blev jag ombedd att skriva ner mina önskemål för året. Saker som jag ville lära mej under året, som jag var intresserad av eller behövde för mina studier. Givetvis skrev jag ner en högtravande lista, som sträcker sig tiotals år framåt. Nu när jag läste listan och märkte att jag, med sinne för verkligheten, hade bett lite om ursäkt för t.ex. "Jag ska grunda ett high tech-åldringshem, i en herrgård vid en sjö", "Jag ska skriva en bok" och "Jag jobbar med bistånd". Under året som gått har jag mött människor som redan jobbar med mina högtravande mål och jag har diskuterat med dem. Jag har fått fördjupa mej



Tokyo Tower, Tokyo, Japan.

i vården av den äldre, ledarskap och administration, skrivit olika slag av texter och varit med om internationella evenemang.

Nu läser jag min lista utan att blinka. De första målen jag satt upp har mirakulöst förverkligats. Inte ens de sista målen, som tidigare gjort mej generad, ter sig orealistiska.

Your 15 minutes of fame

Om du har någonting att säga - nu har du den möjligheten i festtal, i förhandlingsrum, i kaffebordet. I palats, på ambassaden, i bakrummen. Vid möten, under intervjuer, i dina egna skrivelser. Effekten och resultatet av det sagda beror på många faktorer men du har i alla fall som studerande fått vara med i många

projekt och fått uttrycka dina genomtänkta åsikter.

Som sista exempel: jag bad om att få intervjua riksdagens talman Paula Risikko, som också fungerar som QSNA:s beskyddare i Finland. Dagen i riksdagen var verkligen inspirerande och gav upphov till många tankar, problem att lösa och samarbete med professionella skribenter. Slutresultatet, en artikel om sjukskötaren, riksdagens talman Paula Risikko, kan du läsa i nästa nummer av *Vård i Fokus!*

Författaren

Katri Sajama

QSNA-vinnare 2017

Att förverkliga en ny läroplan – att sammanföra teori och praktik

Gunilla Häggblom-Renvall • Anne Nummela

Artikeln är studerandes, vid YH Novia/Åbo, upplevelser från studiebesök till vårdavdelning och intervju med sjukskötare hösten 2017. Ett stort tack till kollegerna ute i "riktiga världen"!

Genomförandet av en ny läroplan

Att förverkliga en ny läroplan utgör alltid en stor utmaning för en lärare. Hösten 2015 var det aktuellt för första årets sjukskötar- och hälsovårdarstuderande vid YH Novia/Åbo, vilket vi i en artikel i *Vård i Fokus* 2016 har rapporterat om. Då gällde det förverkligande av kursen "Det mångprofessionella yrkesområdet", där studerande granskade hur bilden av sjuksköterycket framkommer och har förändrats i *Vård i Fokus* från senare delen av 1980-talet fram till 2014.

I denna artikel vill vi berätta om hur kursen "Introduktion till vårdvetenskap och vårdarbete" förverkligats för sjukskötar- och hälsovårdarstuderande, som påbörjade sina studier hösten 2017, med tanke på studerandes förståelse för vårdverkligheten. Dessutom redogör vi för hur vi på ett annat sätt förverkligade kursen "Det mångprofessionella yrkesområdet" för att öpp-

na upp för studerande vad deras kommande yrke är. Få av sjukskötar- och hälsovårdarstuderande vid YH Novia/Åbo har erfarenhet av vårddyrket därför lyfter vi upp dessa teman i utbildningen.

Studerandegrupp

Gruppen USS17U-UHV17U består av 55 studerande varav 32 är dagstuderande och 23 flerformsstigsstuderande. Flerformsstigsstuderande har en närvårdarexamen från tidigare och arbetserfarenhet. De deltar i undervisningen några dagar/månad i Åbo och däremellan förverkligar de sina studier på distans på olika sätt. Dagstuderandegruppen är unga och de flesta har just avlagt studentexamen och saknar mer eller mindre erfarenhet från vårdverkligheten. Utmaningen för oss lärare i kurserna blir att fundera över hur vi kan planera undervisningen så att studerande förstår vad sjuksköterycket och vårdverkligheten verkligen innebär och hjälpa dem att kunna relatera kunskapsstoffet till vårdverkligheten.

Kurs: Introduktion till vårdvetenskap

I denna kurs har vi valt att låta dagstuderande göra ett studiebesök till en vårdavdelning. Flerformsstigsstuderande deltar inte i studiebe-

söket utan endast i det efterföljande seminariet där studerande med hjälp av en powerpoint presenterar den vårdavdelning som de har besökt. Powerpointen skickas sedan som tack till respektive studiebesöksavdelning.

Planering av studiebesöket

Studerande indelades i mindre grupper och de skulle på förhand vara pålästa om vårdavdelningen och förbereda sig inför studiebesöket. Studerandes uppgift var att intervjua vårdpersonal och observera faktorer i relation till hur vårdarbetet tar sig i uttryck. Faktorer som studerande tog reda på var hurudana patienter som vårdades på avdelningen och vilka behov/problem patienterna hade (fysiska, psykiska, sociala, andliga/spirituella och existentiella), hur framkom den non-verbala och verbala kommunikationen mellan vårdare och patient, vilka frågor ställde vårdaren till patienten, vilka mätningar och observationer gjorde vårdaren, vilka vårdaktiviteter utförde persona-

len, hurudana aktiviteter och rekreation ordnades för patienterna, hurudant förhållningssätt hade vårdarna, hur bemöttes patienterna och på vilket etiskt sätt, hur såg patientrummen ut, vilka utrymmen fanns på avdelningen och hur beaktades hållbarheten, vilken var arbetsordningen på avdelningen under dygnet, på vilket sätt beaktades ergonomiskt arbetssätt, vilka hjälpmedel fanns och användes i vårdarbetet, hur görs vårdplaneringen, den professionella beslutsfattningen och dokumentationen.

Besöken på vårdavdelningarna

Hösten 2017 besökte studerande följande vårdavdelningar: Annahemmet vid Servicehuset Hemmet, Mäntykoti i Röntämäki, Portsa-koti, Sabinahemmet vid Runosbackens åldringscenter och Pargas bäddavdelning. Vårdavdelningarna är mycket positivt inställda till studiebesöken och tar villigt emot studerande. Det har visat sig att studerande gärna gör sin första praktik just på den vårdavdelning som de har besökt.

Studerandes upplevelser från studiebesöken var mycket positiva. De fick svar på sina frågor och för många studerande har det öppnat upp ögonen för vad vårdverkligheten egentligen betyder, vilket underlättar för dem då teori och praktik skall kopplas ihop och ökar deras förståelse i undervisningen. Vid seminariet lyssnade de till olika presentationer och fick en bredare bild av hur en vårdavdelning kan vara. Studerande upplevde att vårdavdelningarna var hemtrevliga och patienterna blev väl omhändertagna. Studerande notera att det var brist på aktiviteter för patienterna på vissa vårdavdelningar.

Intervjuer

Det är viktigt att i början av studierna få studerande att inse hur mångfasetterat och intressant vårdrket är. Ett sätt att bli bekant med yrket är att intervjua blivande kolleger. Detta blev en av uppgifterna i kursen "Det mångprofessionella yrkesområdet" hösten 2017.

För att förtydliga kursen beskrivs kursens kompetenser nedan, enligt läroplan med stu-

Kompetenser för kursen Introduktion till vårdvetenskap och vårdarbete är, enligt läroplanen för studiestart 2017. Studerande :

- känner till vårdens historik
- kan grunderna i vårdvetenskap
- känner till vårdprocessen
- kan tillämpa etiska principer
- kan grunderna i strukturerad dokumentation
- kan grunderna i näringslära och i grundvård
- kan grunderna i patientsäkerhet
- förstår betydelsen av dataskydd och datasäkerhet i vårdprocessen
- kan stöda patientens och närståendes delaktighet i vården
- har kunskap om hållbar utveckling inom vårdarbete

diestart 2017. Studerande:

- har kunskap om sjukskötarens och hälsovårdarens yrke, rättigheter och skyldigheter.
- har kunskap om olika verksamhetsformer och serviceproducenter inom social- och hälsovården och förstår deras betydelse för patienten/klienten.
- bekantar sig med det mångprofessionella arbetet inom social- och hälsovården.
- känner till team- och nätverksarbete.

Uppgiften var att intervjua en blivande kollega, sjukskötare. Vilka frågor skulle då studerande ställa? Hade vi lärare krav på frågorna? Studerande fick själva fundera ut vad de ville fråga utgående från vad de själva ansåg vara viktigt att få veta och bokade själv tid för en intervju med en sjukskötare i vårdverkligheten. De hade möjlighet att intervjua i par eller individuellt. Det finns studerande på YH nivå som inte har tidigare kontakter till vårdverkligheten, då är det bra att göra en intervju i par och få stöd av varandra.

Då intervjuerna var gjorda kom studerande till ett seminarietillfälle där de i grupp sammanställde frågorna och svaren. Vi hade fyra grupper som var närvarande på YH Novia/Åbo och en stor grupp (studerande i gruppen flerformsstigen) som träffades i «cybervärlden» med samma uppgift. Efter sammanställningen presenterade grupperna sina alster för alla studerande.

Studerande var mycket nöjda över svaren de intervjuade sjukskötarna hade givit. De ansåg att svaren var sanna och att trovärdigheten var hög. Studerande tog även upp hur väl informanterna hade ställt upp för intervju, ingen hade fått ett nekande svar då frågan om en intervju ställdes.

På seminariet diskuterades ivrigt fördelar och nackdelar med att jobba som sjukskötare. Studerande var positivt överraskade över svaren gällande frågan om «Rekommendationer för nya studerande». De uppfattade att kollegerna verkligen såg dem som nya blivande kolleger, som behöver uppmuntras och handledas in i det nya yrket.

Ett plock av frågor och svar

1. Var har du studerat?

- Högskolan på Åland, Turku AMK, Vasa AMK, Yrkeshögskolan Novia i Vasa, Novia Åb, Högskolan Gävle, Helsingfors Svenska Sjukvårdsinstitut, Vasa sjukvårdsinstitut.
- Av de erhållna svaren kan vi läsa att åldersvariationen var stor och då även att arbetserfarenheten inom området varierar ett antal år.

Svaren är kopierade från texter studerande har fått då de intervjuat kolleger.

2. Varför valde du detta yrke?

- För att arbeta med människor och informanten hade behov att hjälpa.
- Mamma jobbade som sjukskötare och vänner rekommenderade och sa att hen ska «passa» som sjukskötare.
- Blev inspirerad av skolsjukskötare.
- Var redan närvårdare och det var en naturlig väg för att utvecklas.
- Bra arbetsmöjligheter och speciellt för en lite äldre person.
- Det har alltid varit en dröm.
- Är en person som gillar när saker händer.
- Var på praktik under gymnasietiden på sjukhuset och då tyckte hon att det är hennes blivande drömyrke.

3. Vad är det som är det bästa i ditt yrke?

- Alla dagar är olika med utmaningar.
- Teamarbete med olika specialister.
- Ett arbete som har betydelse.
- Att man inte sitter stilla.
- Att träffa klienter med olika bakgrund och förutsättningar.
- Ett mångsidigt yrke, omväxlande och roligt.
- Givande att se patienter som fick hjälp och är tacksamma för vård.
- Att ge hopp och glädje.
- Roligt att jobba med människor.
- Trivs så bra och skulle inte vilja jobba på ett annat ställe.
- Intressant jobb, människosynen är intressant.
- Problemlösning.
- Morgonskiftet mån-fre.
- Att motivera personer att ta hand om sig själv, att få dem att ta eget ansvar.
- Att få hjälpa.

4. Vad är det som är sämst med ditt yrke?

- Lönen.

- Nattjobb, där får man inte använda sina kunskaper inom yrke.
- Olika åsikter mellan parterna, svårt att komma med nån kompromiss.
- Svårt att se barnen dö (jobbar på barnavdelning).
- Tidsbrist.
- Svårt att ge tråkiga besked.
- Svårt att göra egna bedömningar när man är själv.
- Svårt att tillrättavisa kollegor.
- Svårt att planera arbetslistor, semestrar osv.
- Som sjukskötare tar man emot också mycket missnöje.
- Prata om DNR-beslut, vårdlinje i palliativ vård.
- Kontakt med anhöriga gällande tråkiga besked.
- Treskiftesjobb.
- Behövs mera arbetsvägledning.
- Dagens patienter är mindre självständiga.
- Svårt att känslor inte tar över.
- Svårt att hitta kompetent personal och bilda ett bra team.
- Tyngst arbete med de patienter som mår sämst och processen är långsam.
- Får reda på saker som inte är roliga att veta.

5. Vill du vidareutbilda dig?

- Skulle kunna vidare utbilda sig till en högre YH-examen som sjukskötare.
- Är nöjd med sitt yrke men vill vidare.
- Är intresserad av att forska efter att hen fått sin specialistkompetens.
- Nej, är redan sjukskötare, barnmorska och sedan även gått högre YH sjukskötarutbildningen.

6. Rekommendationer till de nya sjukskötarna?

- Man ska prova på olika områden.
- Man ska inte tappa sig själv.
- Använd dina kvalitéer, egenskaper.
- Det mesta lär man sig när man börjar jobba.
- Ta vara på studierna i synnerhet praktiken.
- Fråga, var inte rädd att fråga.
- Ta alla tillfällen i akt att prova på olika vårdmoment.
- Satsa mycket på anatomi och farmakologi, då kan du hjälpa/förstå patienten som bäst.

- Vara lyhörd.
- Teoretiska basen är viktig och viktigt att uppdatera sig hela tiden.
- Tillämpa teorin och praktiken, lär dig så mycket du kan när du gör dina praktiker!
- Det gör ingenting att man inte trivs på alla praktikplatsen, det finns många arbetsmöjligheter inom vården.
- Aseptiskt arbetssätt.
- Man är aldrig färdig och lär sig varje dag.
- Vara ödmjuk.
- Läs ämnen du är sämre på.
- Vara flexibel och ha tålamod.
- Att man själv mår bra fysiskt och psykiskt, annars kan det vara svårt att hjälpa andra.

7. Hur tror du att vården kommer att ändras i framtiden?

- Mera sjukvård i hemmen. Patienter/klienter kommer att vårdas kortare tid på sjukhus och avdelningar och snabbt få komma hem.
- Klienternas vårdbehov i hemmiljö kommer att öka.
- Automatisering, ex. läkemedel delas på apotek, matvärmning ske via maskiner. Detta kommer att leda till att vi kommer att få mera tid för direkt klientkontakt.
- Vad innebär SOTE, finns det överhuvudtaget HVC mottagning mera eller dras de in.
- Seminarietillfället

Utvärdering

I terminsutvärderingen tog studerande upp hur givande studiebesöken och intervjuerna var i förhållande till deras professionella tillväxt under första terminen. Vi lärare är tacksamma att vårdpersonalen och vårdavdelningarna ger sig tid att ta emot studerande eftersom vi i undervisningen på många sätt kan se hur studiebesöken/intervjuerna befrämjar studerandes inläring och väcker ett intresse för det kommande yrke.

Författarna

Gunilla Häggblom-Renvall, lektor, YH Novia

Anne Nummela, lektor, YH Novia

Do something, sister! Gör någonting, syster!

Del 8 Kinge Berglund

Del åtta av *Do something, sister! Gör någonting, syster!* Fortfarande lyckas Sydafrika överraska med besynnerliga sjukdomar, seder och bruk samt oförglömliga möten!

Moderna regndrottningar och kottpalmer, Lobedubergen

Balobedu består av flere byar, med egna härskare, manliga och kvinnliga. De hämtar gåvor till regndrottningen som bor i den centrala byn Sehlakong. De hämtar nötkreatur, skördar, men mest hämtar de sina döttrar, som bli regndrottningens fruar, till henne. Regndrottningen kan som tack, framkalla regn åt bekanta och släktingar, men hålla bort det från ovänner och fiender.

Hon kan inte vara gift med en man, fast hon

kan ha hur många fruar som helst. Hennes fruar kan ha barn med män som är valda av det kungliga rådet, men endast högtstående, så att barnen som föds är ädla inom den kungliga familjen. Alla barn hör till Modjadji, då hon anses vara man till fruarna och barnens far.

Modjadji kan själv få barn med män utvalda av det kungliga rådet, hon kan ha flera älskare. Men de måste ha det kungliga rådets godkännande. För länge sedan valde rådet endast nära släktingar till Modjadjis partners, men barnen började få genetiska problem på grund av inavel och den seden avslutades. En av hennes män, vald av rådet och godtagen av Modjadji, blir hennes medarbetare och är med på alla allmänna funktioner och talar i hennes ställe. Modjadji V:s kompanjon heter Moetapele Michael Wa Modjadji. Han har inte makt att göra någonting utan drottningens tillstånd. Han berättar dagligen om händelserna i byn, så att hon kan bestämma vad som måste tas upp då stammens råd har möte, också lokala regeringsmöten. Moetapele kommer att

vara regent efter Modjadjis död, tills hennes efterföljare är vald och krönt. Regenten kallas Moswaraseepe, som betyder yxans ägare.

Regndrottningen måste berätta alla sina hemligheter för tronföljaren och sedan begå rituellt självmord. Den äldsta dottern blir vanligtvis vald efter Modjadjis död. Makobo VI dog 2005. Hennes äldsta dotter kunde inte väljas till drottning, då fadern ej var vald av det kungliga rådet. Han var en alldeles vanlig man, men gift, från en av byarna. En ny drottning valdes år 2007 av rådet, tyvärr vet man inte mycket om henne. Det skrevs mycket i tidningarna om Makobos död år 2005. Det sades att hon tvingades att ta livet av sig då hon inte hade följt rådets beslut, utan hade själv tagit en man, som tyvärr var gift, som sin älskare. Fast man fick ha flera män så fick man inte ha en gift man. Det var så gott som en dödsdom. Enligt tidningarna var Makobo VI en mycket självständig person och ville inte leva så som rådet befallde. Det blev hennes död.

Året före Nelson Mandela blev vald till president, 1993, gjorde han många resor runt om i landet så att han fick lära känna människor från olika områden. Han reste också till Limpopo för att hälsa på den då regerande drottningen, Mokope V. Hon var inte alls imponerad av att få en så berömd gäst. Han fick inte komma in då han inte hade lämnat skorna utanför dörren så som protokollet föreskrev. Alla som står framför drottningen måste vara barfota och stå med böjda knän.

Man kan ju undra, vem var en "viktigare" person – Nelson Mandela eller regndrottningen?

Drottningens trädgård

Drottningens trädgård är en av de vackraste i världen. Där växer världens största cykadeer, också Modjadji cykadeen, som är den högsta i världen och blir 12 meter hög. Runt om trädgården finns endast halvökenland, men trädgården får mycket regn, vilket ger trovärdighet till regndrottningens regnframkallande förmåga.

Regndrottningen är nu en stor turistattraktion i Sydafrika. Det kommer folk från världens alla hörn för att se kottpalmer. Då hon häm-

tar in så stora inkomster för landet får hon nu en årlig lön av staten. De hjälper också att bevara de kungliga trädgårdarna med de oerhört vackra cykadeerna.

Cykadeerna är fridlysta i Sydafrika, men stjäls ofta av stora syndikat som säljer dem till miljonärers stora inhägnade trädgårdar. Kottpalmer är de primitivaste nu levande blomväxterna. De fanns redan under Triasperioden för 200 miljoner år sedan.

Ett och annat lite annorlunda

En del ANC-medlemmar (dåvarande oppositionen i Sydafrika) fick oerhörda summor från SIDA (rikssvensk biståndsorganisation) som tydligen aldrig tog reda på vad pengarna användes till. Den i sitt slag klyftigaste användaren var nog ett indiskt läkarpar, som tyckte om att gå på konserter och teatrar. Det var besvärligt i den tidens Sydafrika, få teatrar gav inträde till färgade, fast många använde sig huvudsakligen av svarta skådespelare och dansare.

Läkarparet träffade jag på yrkets vägnar, ett av deras barn hade talassemi, en sjukdom vanlig i Medelhavsländerna och Indien. De brukade berätta mycket om vardagslivets problem i apartheid Sydafrika. Som utlänning och skandinav ansågs det att man förstod de färgade bättre än kanske många vita sydafrikanare. Jag försökte åtminstone lyssna, men tyckte nog att biståndspengarna användes lite besynnerligt. Så till exempel, det här paret reste ungefär två gånger i månaden till New York och såg allt som var nytt på Broadways teatrar. Resan skedde alltid i första klass, från fredag kväll till måndag morgon. De behövde aldrig förklara vad de gjorde med biståndspengarna de fick. De var bara att anhålla om bidrag.

Man hörde ofta svarta ANC-medlemmar, som skröt över sin fina Wa Benzi (Mercedes Benz), berätta att den var köpt med SIDA:s slantar. Överhuvudtaget ansåg de att skandinaverna var mycket lättlurade och trodde vad som helst. Det är mycket roligt att berätta sagor och bli trodd.

Jag tittade alltid på de svarta kanalerna i TV. En, Boputhatswana TV, var alldeles obe-

gripligt annorlunda. De hade en nyhetsläsare vars engelska uttal var ganska pittoreskt. The Duke of Edinburg blev the duck (ankan) of Edinburg, Shia muslims fick hon till shitmuslims. Det fanns alltid någon i bakgrunden som försökte korrigera henne och man kunde höra henne ilsket skrikande – Don't you shout at me (skrik inte åt mig). Roligare än så blir det nog inte under en nyhetsuppläsning.

Besynnerliga sjukdomar

På gruvsjukhusets intensiv såg jag patienter med de mest besynnerliga sjukdomar. En, som jag nog aldrig glömmer, var en svart man som föll i koma med jämna mellanrum. Vid intagningen var han vaken och jag bad Ernest, min tolk, att på något sätt få reda på orsaken till det här besynnerliga beteendet. Han diskuterade med patienten på shangaan i kanske tio minuter och sedan sade han: Nej, han vet ingenting, han är fortfarande medvetlös.

Det var inte så enkelt alltid att få en bakgrund till en sjukdom. Enligt en granne, som hämtade honom till gruvsjukhuset, hade han fallit i en annan grannes onåd. Denne hade gått till en sangoma (medicinman) och bett sangoman att läsa en besvärjelse över grannen, vilket han gjorde. Men någonting gick fel. Det var inte meningen att han skulle somna och vakna med jämna mellanrum. På gruvsjukhuset gjorde man alla tester som var möjliga på den tiden. Inget svar hittades. Jag skulle mycket gärna ha velat se en diagnos på hans papper, men fick det aldrig.

Många olika problem

Jag såg mycket som gjordes fel eller inte gjordes alls. Om man skriver upp att allt är så som föreskrivits, men inte gör någonting, kan patienten inte alltid veta det. Han är ofta medvetlös och kan inte säga att allt var lögn och bedrägeri. Jag försökte säga: Vad håller du på med? Eller: Så där får man inte göra, det är livsfarligt. Jag fick ofta som svar: Vill du ha ditt hus nedbränt?

Eller: Vill du ha ett halsband? Halsbandet betydde någonting som Winnie Mandela hade

hittat på. Om man ville bli av med någon så använde man ett "halsband". Det var mycket populärt under flera år. Människan som skulle straffas togs fast av en skrikande skara människor, som inte nödvändigtvis ens kände den som skulle straffas. Men det var roligt att vara med. Man bröt av båda armarna och båda benen. Sedan satte man en bilring fylld med bensin runt halsen – det var halsbandet. Och tände på. Gummit smälter långsamt runt halsen och ansiktet medan offret skriker alldeles hjärtskärande. Runt honom dansar människohopen en dans som kallas toyi-toyi, alla vilt skrikande. För offret tar det en lång tid att dö. Hans smärta kan nog ingen beskriva.

Om man blir hotad med husbrand eller halsband så är det tyvärr så, att man inte anmäler vad man sett. Det skulle inte hjälpa ändå. Patienter skulle ändå vara död.

Jag hade alltid haft svårt att förstå varför så många svarta intensivvårdssköterskor inte hade samma kunskaper som en vit. Det var mycket markant i fall där man själv gjorde blodprov och gav medicinerna enligt blodproven eller ändrade andningsfrekvensen och syreprocenten. Jag såg aldrig en svart sköterska som klarade av det här. Det brukade irritera mig. De svarta fick samma lön som de vita, precis samma dåliga förmåner, men kunde inte göra allt som en vit måste kunna. Orsaken blev klar för mig, då jag arbetade med en sköterska som skrev sin doktorsavhandling. Den hette Skillnaden mellan vita och svarta intensivvårdssköterskor. Hon berättade att en vit sköterska behövde 50 procent i slutexamen för att få ett diplom, medan de svarta endast behövde 30 procent.

Enligt henne gällde samma regel för medicinstuderande. Det ansågs vara bättre att ha många sämre utbildade, än bara några få stjärnor. De skulle nog lära sig med tiden.

En annan, i mitt tycke intressant sak, som en vit hade mest besvär med – släktingar som krånglade och som skulle bestämma allt. Den största irritationen var släktingar som inte gick ut då man behövde göra någonting, som alltid hotade med det ena och det andra om de inte fick sin vilja igenom.

För de svarta var det största problemet

elektriciteten. Många var uppvuxna på landsorten där det inte fanns el, ibland nog generatorer, men de stängdes av till natten. Att alltid ha alla maskiner påkopplade var någonting man ofta glömde. Jag lärde mig tidigt att alltid kontrollera stöpseln, om en svart sköterska sa att maskinen inte fungerade. I områdena de bodde i, togs elen ofta från gatstolpar för att undvika elräkningar.

Det är nog besynnerligt hur så olika saker kan stressa människor så olikt i samma situation.

Nattdejourerna blev också ofta bemannade av vita sköterskor som hade permanenta arbetsplatser på dagtid. De skrev också alla rapporter i god tid på kvällen och gjorde alla medicinpåsar färdiga. Nattdejouren tog slut för deras del vid sextiden och då lämnades ofta endast en sköterska kvar på avdelningen, om det var ett litet sjukhus. Jag blev oerhört irriterad av den typens sköterskor.

De bara antog att personen som stannade på avdelningen skulle sköta alla extra arbeten. Det hände ofta att jag ännu klockan åtta höll på med blodprov och hjärtfilmer. Att anmäla dem tänkte jag inte ens på. Jag antog att de skulle bli fast förr eller senare, vilket många gånger hände. Stöld är ofta en värre synd än mord. De fick ju betalt för 12 timmar, alltså stals 1 timmes lön från sjukhuset. De arbetade vanligtvis på en skola, universitet eller klinik. Det var tydligen ganska lätt att ta sig en sovstund på sådana arbetsplatser. Om nattsköterskan fick för sig att göra en rond efter klockan sex så märktes genast att antalet sköterskor hade minskat. Det var inte så svårt att ta reda på var de sov dagtid. Ofta med avsked som följd.

Av någon underlig orsak gjordes det här endast av vita sköterskor. Det skulle ha varit lätt för en svart sköterska att komma försent till arbetet på morgonen. Inget ovanligt, tvärtom.

Moderna sjuksköterskor

Alla stora svarta sjukhus i landet utbildade stora mängder av nya sköterskor. Vita sjukhus såsom Groote Schuur i Kapstaden hade redan på 60-talet tagit färgade elever, speciellt malajer. I början av 80-talet var de flesta sjuk-

husen så gott som helt bemannade av svarta och färgade sköterskor. Några få sjukhus i de afrikaanstalande områdena hade ännu helvit personal.

Sjuksköterskeskolan i Johannesburg var glad om de fick 4–5 nya vita elever per år, jämfört med 80–100 tidigare år. Den största orsaken till den färgade invasionen var troligen att sjuksköterskearbetet ansågs vara en statussymbol, likaså lärarkåren. Den dåliga lönen kunde kompenseras med inbrott på olika sjukhus. Varje år, under jul- och nyårshelgen, sågs hundratals sköterskor från Durban arbeta i Johannesburg. De hade olika bemanningsfirmor som bas och bodde i de gamla stora hotellen i Hillbrow. Hotell som ingen vit vågade använda. De flesta var intensivvårdsutbildade och mycket kunniga.

Sjuksköterskeskolorna i Durban är kända för sina utmärkta lärare. Jul och nyår är den viktigaste semestertiden och alla sjukhus behövde inhoppare.

Under nattdejourerna träffade jag ofta på sköterskor som aldrig, eller sällan, hade en ledig natt. Men de hade något slags inre klocka som gjorde att de sov lika mycket som jag. De flesta följde samma mönster. Nattdejouren började klockan 19.00 och det var besökstid, vilket gjorde att det var helt omöjligt att göra någonting för patienten innan besökarna hade gått. Den här håltiden användes till att skriva hela nattens rapport, blodtryck, puls etcetera inkluderat. Man lämnade en eller två rader att fylla i om allt inte gick så som man trodde.

De flesta patienterna fick sex till tio olika mediciner under natten. Droppflaskorna gjordes också färdiga nu, med etiketter om innehåll och starttider. Då det här gjordes tidigt på kvällen så hade de flesta medicinerna förlorat sin verkan, då de inte fungerar i lösning mer än någon timme. Jag måste medge att jag inte gjorde det, jag är alldeles för feg. Medicinerna var ju ordinerade för att hjälpa, inte stjälpa patienten. Jag ansågs vara oerhört långsam på morgnarna då jag först då satte antibiotika i droppflaskorna. Alla andra bara hängde upp sina på en halv minut. Jag måste medge att jag aldrig orkade opponera mig över detta uppförande. De flesta människor borde ha någon

form av samvete, tror jag.

Tiden mellan klockan ett och fyra var den lugnaste på avdelningarna vanligtvis, olyckor kunde man inte förutse. Det var den bästa sovtiden. Det fanns sköterskor på alla golv, i badrummen, på toaletterna, i linneskåpen, under bord, stolar sattes ihop som en säng med dynor som underlag. Det fanns alltid en eller två som inte låg på något golv. De satt på en stol vid ett bord med en rapport framför sig och en penna i handen. Om någon kom in på avdelningen så såg det ut som om sköterskan skrev sin rapport, men i själva verket sov hon djupt. Så djupt, att jag ofta stått framför en sittande sovande sköterska och funderat hur det var möjligt att huvudet hölls helt rakt. Jag hade försökt några gånger att sova sittande rakt i en stol, men då blev nacken helt stel, huvudet bara föll åt ena sidan. Hur var det möjligt att de kunde sova så där? Jag har aldrig kommit på ett svar.

Det hände några gånger att en läkare som var bekymrad över en patient åkte upp till sjukhuset utan att ringa och fråga om patientens kondition. Att sedan hitta en stendöd patient och en sovande sköterska med en färdigskrivna rapport om nattens händelser ledde ofta till att läkarna flyttade sin praktik till ett sjukhus med bättre kvalificerade sköterskor. Läkarna tog alltid den färdigskrivna rapporten med sig.

Jag kommer inte ihåg ett enda fall där sköterskor skulle ha fått sparken för dödsvällande, men nog för stöld. Ibland helt triviala småsaker som en rulle pappershanddukar. Sådana är lagarna.

Vit patient, svart präst, vit patient, svart sjukhus

Under apartheidtiden fanns det många fackförbund som höll hårt på sin rättighet att få behandling av en vit läkare, vit sköterska, sista smörjelsen av en vit präst, ja allt som hade med hudfärgen att göra. Jag hade bevittnat så många absurda situationer att ingenting förvånade mig längre.

En typisk sådan var, då en döende gruvarbetares familj bad mig ringa till den romersk-katolska kyrkan i närheten och be en präst ge

den sista smörjelsen till den döende mannen.

Då man arbetar på en intensivvårdsavdelning får man ofta ringa till olika präster och jag hade blivit bekant sedan länge med Fader Peter, som arbetade i den närbelägna romersk-katolska kyrkan. Fader Peter var en medelålders man, talade Kings English, alltid mycket artig och belevad. Han var svart.

Jag är så elak av mig att jag alltid njöt av att se släktingarnas ansiktsuttryck av absolut bestörthet.

Det här kunde inte vara sant att en svart präst skulle förrätta den sista smörjelsen. Men ingen hade ännu vågat be den svarta prästen gå. Katolicismen är en mycket sträng religion. Man säger inte emot, man gör som prästen säger, även om det går emot den politiska ideologin. Fader Peter kunde ju inte undgå att se de besvärade släktingarnas grimaser, men han sade aldrig något som skulle ha kunnat användas mot honom. Alltid deltagande, alltid hjälpsam, som sagt, det var bara jag som hade svårt att hålla mig för skratt, fast det var en så tragisk situation.

Det stora gruvsjukhuset vid utkanten av staden hade blivit helt ombyggt på slutet av 80-talet. En enorm intensivvårdsavdelning, 25 patienter då den var full. Avdelningssköterskan var nu svart.

Apartheidtiden var över, men gruvarbetarfacket höll fortfarande hårt på att få "vit" vård. De olika gruvorna ägde flera sjukhus, mest svarta. Det fanns några vita sjukhus, men de var små och hade inte samma möjligheter att sköta svårt skadade, såsom de svarta traumaavdelningarna. Det här gav upphov till många rena rama farser. Jag var medspelare i en av dessa.

Jag hade blivit uppringd av en bemanningsbyrå med förfrågan, om jag kunde sköta en mycket svårt bränd patient på det svarta gruvsjukhusets intensivvårdsavdelning.

– Men det finns ju massor av sköterskor där. Varför behöver de en till? sa jag.

– Patienten är vit och facket, för att inte tala om familjen, insisterar på att en vit sköterska sköter patienten, inte en svart sköterska.

Jag hade ingenting annat av vikt att göra den eftermiddagen, jag visste att gruvsjukhu-

set betalade bra och jag behövde alltid extra inkomster, så jag sa, ja tack, det passar bra.

Då jag kom till intensivvården, såg jag att flera av de sköterskor som hade arbetat med mig på den gamla avdelningen, för flera år sedan, ännu var kvar på avdelningen. De hälsade glatt och ville prata, men jag sa att det får bli senare, efter arbetets slut. Den svarta avdelningssköterskan såg inte med blida ögon på mig.

– Här är det jag som bestämmer och jag tycker inte om att sköterskorna står och skvallrar. Är det förstått? Borde du inte sköta om din vita patient och inte stå här och slöa medan han håller på att dö? Hon hade rätt. Det var kanske den värst brända människa jag sett på många år. Han var helt svart, hans hud var som svart kol med stora sprickor överallt där kroppsvätska rann ut. Hur var det möjligt att han ännu var vid liv? Svårt brända patienter har inte plågor av sina brännskador, nervändorna är helt förstörda. Men inuti måste allt vara helt kaotiskt, han kan ju inte berätta då han är intuberad och kopplad till en respirator.

Någon örnögd läkare hade hittat en ven på vänstra foten och en intraarteriell kanal hade han fått upp på den högra foten. Jag tänkte: var skall jag börja? Det här är ju hopplöst. Pulsen var snabb, blodtrycket lågt, urinproduktionen så gott som noll. Att få intravenös vätska i den lilla venen var omöjligt, han behövde stora mängder serum, jag kunde inte tro att han skulle leva många timmar till. Men jag måste göra mitt bästa hur hopplöst det än såg ut.

Familjemedlemmarna kom och frågade: Kommer han att överleva?

– Jag vet inte, jag kan bara göra vad läkaren har ordinerat, men jag tycker nog att ni måste förbereda er på att han inte klarar det här. Hans tillstånd är mer än kritiskt, tycker jag. Han är döende och det är kanske bäst att ni säger farväl, fastän han inte kan höra er. Vi hade en stilla bönestund, alla familjemedlemmarna och jag också. Jag kände mig så eländigt oduglig. Då såg jag att mönstret på hjärtrytmen hade ändrats, blodtrycket var ner till 50/0. Det var början på slutet. En stund senare var allt över. Han hade fått dö såsom han, familjemedlemmarna och facket ville, med en vit sköterska närvarande.

Politiker och fångar

De flesta av Afrikas mäktiga politiker sökte sig till Sydafrika om de hade medicinska problem. Det var på det sättet jag hade äran att sköta om Sir Seretse Khama, Botswanas president, flera gånger. Han var en oerhört belevad valtalande man. Jag hade många långa diskussioner med honom. Det var spännande att få prata med en person som jag endast läst om i tidningarna. Hans giftermål med en vit kvinna, Ruth, var inte i allas smak. Men han stod på sig och han var mycket lycklig med henne. Hon blev med åren ganska arrogant och talade inte med lägre stående varelser, såsom en sköterska, annat än i befällande ordalag. Jag var glad att jag inte var anställd av henne. Barnen tog efter sin mamma, tyckte jag, inte så värst artiga. Men pappan, presidenten, var dess bättre uppfostrad. Jag har ännu bra minnen av hur jag ensam skuffade hans bädd från operationssalen till den privata avdelningen. Det var långa korridorer och flera hissar. En läkare gick framför och ropade "Give way for the President of Botswana." (Ge väg för Botswanas president.) På sidorna gick två säkerhetsvakter. Ingen av de här tre männen hade någon tanke på att hjälpa mig skuffa sängen. Jag visste var min plats fanns här i livet. Inte bland de mäktiga i alla fall.

Det var vanligt att se fångar, med vidhängande väktare, på olika sjukhus. Alla fångar har 100 procents sjukförsäkring utan att behöva betala premier själv. Min sjukförsäkring var endast 80 procent och månadsbetalningarna var höga. Ganska orättvist tyckte många. Men det fanns sådana som skodde sig på det här systemet.

Så, en morgon, då jag ett veckoslut kom till ett privatsjukhus intensivavdelning, möttes jag av en annorlunda syn. Fem svarta fångar i rad med fem väktare vid fotändorna. Alla var mördare som satt på livstid på Pretoria Central Prison. De hade alla fått diverse kulor uttagna ur bröstet. Kirurgen, som hade varit så flitig, var en ung nybliven thoraxkirurg, som nu kunde vänta sig stora slantar från staten. Det sades att han hade köpt ett nytt flygplan och behövde pengar att betala banklånet.

Många tyckte nog att det var oerhört oetiskt

att skaffa pengar åt sig på det här sättet. De här mördarna hade levt i årtal med kulor på olika ställen av kroppen och kroppen hade blivit van vid dem. Helt onödigt att utsätta fångarna för stora smärtsamma operationer. Tyvärr verkade det som om alla patienterna gillade att vara patient på ett privatsjukhus. God mat och borta från fängelserutinerna. Och så kunde man titta på tv hela dagen. Fotbollsmatcher är ju viktiga för de svarta, medan de vita håller på rugby och cricket. Ingen av patienterna låg i respirator så det var intressant att prata med dem om deras liv och leverne.

– Hur blev du skjuten? Sköt du först? frågade jag.

– Jo, det var så att jag gjorde inbrott med ett par vänner och då kom husägaren och började skjuta på oss. Vi måste ju försvara oss, så vi sköt honom och hans vakthundar. Men tyvärr ringde grannen polisen och då vi for iväg i husägarens bil kom de och sköt på oss. Rena rama kriget. Polisen hade automatvapen, vi hade bara vanliga handvapen stulna från olika väktare. Så blev vi fast och fick mordanklagelse. 15 år blev det. Kulhålerna blev nog ihopsydda, men det antogs vara mer skada än nytta, att gräva ut dem. Tills nu. Vi blev mycket glada då Dr du Toit kom på besök och frågade om vi ville ha kulorna borttagna. Så här är vi nu. Nog är det trevligare än Pretoria Central Prison. Vi skall vara tre dagar på intensiverna och sedan flyttas till kirurgiska avdelningen. Ett par veckor där och sedan tillbaka till fängelset. Det här är ju som en semester för oss.

Det var inte alls en dum idé för att få ihop slantar till flygplansköpet. Det var kanske en och annan som var lite avundsjuk. Det diskuterades mycket, det var ju inte illegalt.

Under apartheidtiden fick svarta och färgade använda privatsjukhus, men alltid på privata avdelningen. De svarta statssjukhusen förväntade sig att de vita läkarna arbetade för dem. Väldigt många läkare gjorde det, alla människor var ju inte så förtjusta i apartheidregimen, i all synnerhet läkare och sköterskor. En del läkare, som var lite lata av sig, smugglade ofta patienter från Livingstone sjukhuset, som var svart, till det helvita statssjukhuset i Port Elizabeth.

Under min elevtid på intensiverna fick vi ofta patienter, helt övertäckta med en blå filt, standard på statssjukhuset, men patienten var svart. De hämtades med ambulans från Livingstone täckta av röda filter, färgen för svarta. Någonstans på vägen fick patienten sin filt bytt till en blå. Ingen skulle ens ha tänkt på att kontrollera vad som låg under den blå filten på bären. På intensiverna sattes de i vad som kallades, isoleringsrum. Stora plakat på dörren. Endast personal, mycket farliga röntgenstrålnings, strålsäkra västar måste användas. Det var tillräckligt för att hålla alla obehöriga borta. Ingen på intensiverna skulle ha skvallrat, tvärtom.

Kardiologens fru var jurist. Hon hade endast svarta kunder som hon flitigt försvarade i rättegångar.

Betalningarna kom från olika organisationer i Europa. Hon hade mycket att göra. Polisen i Port Elizabeth var oerhört hemsk. De var nog de värsta i hela landet. Det var ju de som slog Steve Biko så att han avled av sina skullskador. Transporterade honom naken på flaket av en lastbil mitt i vintern, det kan bli minus 5 till 7 grader, till Johannesburg med ett medgivande från två läkare att han var helt OK för att förflyttas. De här två läkarna blev vid en senare rättegång av med sin läkarlicens och avskyddes av de flesta i hela landet.

Jag tyckte alltid att det var spännande att göra något som inte var riktigt lagligt, utan att bli fast.

Ett oväntat möte

Min väninna Jo, som var narkosläkare i Port Elizabeth, hade ofta bett mig komma på en veckändas besök. Att vara gäst hos henne var lite som att bo hos en riktigt fattig person. Allt skulle tas till vara, det blev mycket rester från gångna veckor att äta och blev alltid min lunch. Vatten fick man använda ungefär fem centimeter i badkaret även om det inte var svår torka just då, mer än det var slöseri.

– It's the small economies, sade hon alltid. Att hon var rik som Krösus hade ingen betydelse. Pengarna hade hon själv fått ihop med mycket lyckade affärer i guldaktier. Nu hade jag fått en inbjudan igen. Vid varje tidigare

inbjudan hade jag alltid sagt att det skulle bli för dyrt för mig, svårt att få ledigt, svårt att få tag på 'petsitters', jag ville helt enkelt inte. Den här gången kunde jag inte säga nej, hon hade skickat mig en öppen tur-retur-biljett. Grannfrun lovade mata katterna och så var det bara att ta bilen till flygfältet, som låg på ungefär 100 kilometers avstånd från stadsdelen jag bodde i.

Vid ankomsten till inrikes flyghallen såg jag att där var ovanligt stort polispådrag med sniffer-hundar. På förfrågan vid check-in om orsaken till den stora polisstyrkan och hundarna som snusade på alla väskor destinerade till Port Elizabeth, flyget jag var bokad på, fick jag en axelryckning till svar.

– Det är nog någon hög politiker som reser med det här flyget. Alla passagerarna som satt och väntade vid gaten blev tillsagda att sitta på sina platser och inte vandra omkring. Det var faktiskt ganska nervöst att se så många poliser i uniform och utan, men med hundar som sökte någonting.

Äntligen fick vi lov att gå ut till den väntande bussen. Framför mig gick en lång, äldre man, som då vi kom till bussen, artigt lät mig stiga in före honom. Mannen var Nelson Mandela. Jag stirrade på honom, men underligt nog fick jag ur mig: Thank you, Sir. – You're welcome, sade han. Det var ett möte av det mest oväntade slag och av en sådan storlek att det kunde ha lämnat mig helt ordlös, vilket skulle ha varit mycket oartigt. Nu förstod jag orsaken till polisenvaron och hundarna. Året var nämligen 1993, ett år före han blev vald till president.

Väl uppe bland molnen kom Nelson Mandela ut från första klass och började småprata med alla som ville ha ett ord med honom. Han poserade glatt för dem som hade en kamera och ville ta en bild. Som den oerhört karismatiska människa han var, lyste det liksom omkring honom, svårt att sätta ord till en beskrivning av honom. Man kunde också se att han nog hade fått lektioner i att göra bra valpropaganda, nästan amerikansk i sitt uppträdande.

Då han kom närmare mig frågade jag om han skulle resa vidare till Ciskei från Port Elizabeth.

– Ja, sade han, där fanns några saker som han skulle försöka reda ut. Ciskei styrdes av

en Xhosa hövding som hade fått för sig att det skulle gå bra att fylla de egna koffertarna med lite extra medel. Han hade stängt alla vägarna dit och hade satt höga tullavgifter vid alla vägskäl. Ciskei var ett fattigt bushområde, bara kor och får kunde leva där, marken var mycket svår att odla. Sun Hotels hade satt upp ett stort kasino där och hövdingen fick nog en bra bit av inkomsterna, men han ville ha mera. Landsvägen till Durban gick genom Ciskei och det var inte det fiffigaste han hade gjort i sitt liv med att stänga in sig själv, så att säga. Nelson Mandela, också han Xhosa, men inte samma släkt, skulle nu försöka tala förstånd med hövdingen. Vilket han också gjorde. Hövdingen blev av med sitt fina ämbete och fick ett ganska långt fängelsestraff.

Mitt oväntade möte vid flygbussen blev ett fantastiskt minne för livet. Det finns inte många människor med samma utstrålning som Mandela hade i denna världen.

Tågresan

Jag gick så snabbt jag kunde ner till stationen från sjukhuset. Bilen var på service och jag hade varit tvungen att ta tåget. Ett tolv timmars pass utan lunch, men nog en tepaus, var bakom mig. I Sydafrika, som sjuksköterska, hade man inte rätt till lunchtid, det var ett privilegium. Tetid nog, det var ett absolut "måste" för alla svarta sköterskor.

Det hade varit en ovanligt hård dag på det stora statssjukhusets intensivvårdsavdelning. Min ordinära arbetsplats var närmare stadsdelen där jag bodde. De stora sjukhusens intensivavdelningar hade alltid en akut brist på specialist sköterskor.

Jag var ganska trött och mycket hungrig, kunde bara tänka, en timme och så är jag hemma igen och väntar nog ett bra tag innan jag tar ett extra skift igen på den avdelningen jag kom från. Steg på tåget och satte mig ner, jag hade kommit i sista minuten och tåget rullade genast. Jag tittade mig omkring och märkte, till min fasa, att det endast fanns män, svarta män, som resekumpaner. Till och från arbetsplatser använde jag alltid min sjuksköterskeuniform med de kännpaka epåletterna, den var mitt

bästa skydd. De flesta människor hade ännu respekt för sköterskor och jag ansåg att det hjälpte i besvärliga situationer.

I fickan hade jag en liten Fiskars sax med skarp spets, jag höll den alltid i huggposition med handen i fickan. Jag hade sett otaliga tv-program hur en kvinna skulle försöka försvara sig, inte skrika och gråta, det gör en attackerare uppretad och blir kanske ännu mer upphetsad. Att sparka eller försöka slå mot kroppen är inte heller praktiskt, men det som borde fungera är att försöka hacka ut ögonen med någonting skarpt, som en sax.

Jag visste att det inte fanns konduktörer på lokaltågen. Det hade varit en våg av mord just på konduktörer på Sowetobanan, de slängdes ut framför ankommande tåg, de som fanns kvar hade slutat för länge sedan. Sedan gjordes ett försök med beväpnade vakter, de gick samma öde till mötes. Deras vapen kom till bra användning vid rån.

Mitt emot mig satt en medelålders man, som plötsligt sade: Oj, lilla sköterskan, vad skulle du säga om jag våldtog dig nu? Och så skrattade han så att han kinkade, slog sig på båda knäna med händerna och hade knappast haft så roligt på länge. Jag började må illa. Vi hade också lärt oss att inte svara på tal, hur irriterande det än var, inte grimasera eller på något sätt visa att man var upprörd.

– Tänk om vi alla skulle våldta dig, sade nu mannen. Du vet att du är den enda vita på det här tåget, den enda kvinnan och det finns faktiskt ingen som skulle kunna hjälpa dig, inte sant? Nu vrålade han riktigt, det var så roligt. Jag började kallsvettas, svetten rann ner för ryggen, händerna var fuktiga. Jag måste försöka hålla mig lugn. De andra männen i vagnen hade också börjat skratta, de var kanske ett tjugotal. Illamåendet blev värre, jag var livrädd att jag skulle kasta upp på någon av dem, det skulle jag nog få betala dyrt.

– Lilla sköterskan vet nog säkert att de flesta av oss har HIV, inte sant? Det skulle vi kunna ge som gåva, det skulle bli ett livslångt minne, eller hur? Jag gjorde mitt bästa att andas djupt för att kontrollera den fruktansvärda rädslan jag kände. Allt liksom bara flöt omkring mig, nu fick jag inte göra någonting oövertänkt. Jag

tog ett bättre tag om saxen i fickan och hade bara en tanke i huvudet, gode Gud, låt mig inte få HIV. Skrattet omkring mig fortsatte i ett oavbrutet vrål.

Tåget stannade då och då vid en station, det var ingen idé att försöka stiga av, jag måste ju komma hem. Att stå och vänta på nästa tåg i en och en halv timme skulle inte hjälpa, jag skulle vara ett hjälplöst offer för första rånare eller våldtagare. Jag måste stå ut, andas djupt, torka svetten ur ögonen, svälja hårt, illamåendet började bli en plåga. Äntligen stannade tåget vid stationen där mina plågoandar måste byta för att komma till Soweto.

– Adjö, lilla sköterskan, nästa gång vi träffas skall vi nog göra vad vi sade att vi skulle göra i dag, det skall bli riktigt roligt att träffas igen på det här tåget, inte sant?

Det var ännu en halvtimmes resa till min station, resenärerna som steg på tåget var mest färgade, ett par äldre kvinnor också. Jag kände mig räddad. Kvinnorna var muslimer av sjalarna att döma och skulle inte tillåta våld på tåget. De är kända för att försvara hjälpbehövande. Jag hörde fortfarande skrattet och orden våldtag, våldtag, då jag steg av tåget vid min hemstation. Jag stapplade till närmaste buske och kastade upp så länge att jag trodde tarmarna skulle följa med. Jag skakade som ett löv i vinden, hade svårt att se, hjärtat hackade så att jag trodde bröstkorgen skulle sprängas, så gick jag hem på mycket darriga ben. Att sova var omöjligt, jag bara låg och tänkte på vad som hade kunnat hända, hela mitt liv skulle ha förändrats om jag hade fått HIV.

Jag hade under åren på akutavdelningar sett hundratals barn och kvinnor i alla åldrar våldtagna, sönderrivna, sönderskurna. De hade en sak gemensamt, stumma ögon, visade sällan någon form av känslor, grät inte, utom de små barnen som ylade om man kom nära.

Som operationssköterska blev man ofta kallad till sjukhuset mitt i natten, det var bara att köra genom tomma gator och hoppas att man inte skulle bli rånad vid rött ljus. Men man såg allt möjligt som man inte kunde förhindra, inte heller hjälpa offret. Jag har sett mord, rån, våldtagning. Som ensam obehäpnad kvinna var det ingen idé att ens stanna. Bilen skulle

då ha blivit stulen och jag rånad. Att köra till närmaste polisstation var komplicerat, man måste veta var den fanns. Att sedan få en trött polis intresserad av vad man sett är inte heller så lätt.

Det var sista gången jag använde tåget österut. Västra delen hade många sjukhus där man kunde göra inhopp när det behövdes, det var billigt också. Det behövdes ingen biljett, det fanns ju ingen som kontrollerade dem.

Västra delen av banan var också mycket intressant, i synnerhet på morgnarna, sextiden. Alla möjliga och omöjliga försäljare fanns på tåget. Man kunde köpa frukt, bröd, olika grönsaker och också AK47:or. De kostade 30–40 Rand. Ungefär 5 euro. Stulna från olika arméer.

Polisen gjorde ofta räder. Det var som att se på en amerikansk actionfilm. Plötsligt försvann alla försäljare med sina varor, sprang under tåget och vidare ut i omgivningen, för att sedan vid nästa tåg hoppa på och fortsätta säljandet. Man blev försenad förstås, men farligt var det inte.

Tyvärre hade Sydafrika blivit ett land där jag inte kunde leva utan att vara i ständig rädsla att något hemskt skulle hända.

Författaren

Kinge Berglund



VI SÖKER

Förlösande barnmorskor

Kvinnoklinikerna på Högländssjukhuset Eksjö,
Värnamo sjukhus och Länssjukhuset Ryhov,
Jönköping.

Läs mer och ansök på www.rjl.se/ledigajobb

 Region
Jönköpings län

Akutpolikliniken på Vasa Centralsjukhus

Maria Sandström

Yrkehögskola på Åland rekommenderar att vi väljer att ha en av våra praktiker utanför Åland och genom Nordplus samarbete har vi möjlighet genom en värdhögskola, som i detta fall var Novia i Vasa, få en plats i värdhögskolans stad. Denna gång lyckades jag få en plats för mina åtta veckor på akutpolikliniken på Vasa Centralsjukhus.

Akutavdelningen på VCS

Akutmottagningen i Vasa är en avdelning som sköter om patienter från Jakobstad i norr till Kristinestad i söder. Hit kommer mycket olika patientgrupper och det är ofta full fart på avdelningen. Där finns också "mottagningskorridorer" med allt från special-, allmän-, kirurgitill barnsjukvård och övervakningsrum både för vuxna och barn, suturering, gipsning och akutrum. Sjukskötaren jobbar sida vid sida med läkaren och vården fungerar smidigt och effektivt. Akutpolikliniken fungerar nästan lite som ett eget litet minisjukhus där de finns de mesta som behövs på avdelningen för att få

det att rulla.

Jag studerar andra året på högskolan på Åland till sjukskötare och trivs jättebra. Efter den teoretiska kursen under våren i kirurgisk, medicinsk och akuta sjukdomstillstånd passar denna praktikplats som ett bra komplement till teorin.

Praktik med uppföljning

Akuten i Vasa har oftast praktikanter på sista året av studierna och endast fyra veckor som längst vilket gjorde att jag i detta fall fick känna mig lite speciell som hann se och lära mej mycket mer och komma in i teamet när praktikperioden varade längre.

Lärsituationen på denna avdelning var riktigt bra eftersom det fanns en person som jobbade enbart som studerandeansvarig. Det hade gjorts en bra uppföljningsmodell för studerande och det gjorde att man direkt kände sig sedd och välkommen. Vid ankomst till avdelningen fick vi en halvdags introduktion och massor med checklistor och dokument som skulle följas upp under veckorna på avdelningen. Varje vecka fick vi sätta upp egna mål inför veckan med stöd av målen som pla-

nerats in att vi skulle ha uppnått vid veckans slut. På måndagar hade alla studeranden på avdelningen ett utvärderingsmöte med den studerandeansvariga som gick igenom veckan som varit. Vi fick dela med oss av våra erfarenheter, hur vi tyckte vi hade uppnått målen och om vi varit med om något speciellt intressant. Det framkom mycket reflektioner under dessa tillfällen som var bra för de andra studerandena, en själv och arbetsplatsen. Till sist fick vi sätta upp nya mål inför kommande vecka som vi också fick dela med oss av. Detta system tyckte jag personligen är bra för då känns det verkligen som att man blir sedd och omhändertagen som studerande och då får man ut mera av sin praktik.

Handledning

Vi deltog på alla föreläsningar och skolningar som personalen hade under tiden vi var där och det gjorde också att man fick lite en känsla av att vara en del av arbetslaget trots att vi var studeranden. Det fanns också ett sånt system att man inför varje dag skrev ner mål för dagen och delade dem med sin handledare vid början av arbetspasset, eftersom det var nya handledare varje dag. När dagen var slut skrev man själv ner vad som hade gjorts och hur det hade gått samt vad som behövs övas mer på. Efter varje arbetspass gjordes ytterligare en utvärdering med ansvarig handledare som dokumenterar vad som gått bra och vad som behövs övas mer på. Detta gör att man som studerande får möjlighet till direkt feedback på sin utveckling och får en bättre helhetssyn. Ett bra system som visar att studeranden värderas, ses och tas bra om hand på denna avdelning. En riktigt trevlig personal med handledare som var vänliga och verkligen ville lära samt ge friheten att arbeta själv. Vi som studerande hade på det sättet möjlighet att utvecklas och ta eget ansvar och det gjorde praktiken ett steg bättre.

På avdelningen hade man som studerande möjlighet att sköta egna patienter under handledning och på de sättet fick man se många olika sjukdomstillstånd och lära sig hur dessa hanteras vid ankomst. På mottagningarna fick



man själv göra ankomstintervju och dokumentera, lära sig att ställa rätt frågor och förstå hur olika symptom kan visa på olika sjukdomar.

Akutrummet

Det var jättespännande att få hjälpa till i akutrummet dit de patienter som triagerades som A- och ibland B-patienter kom direkt med ambulanstransport. Att stå där och vänta inför ankomst var en ny upplevelse, man visste inte exakt vad som väntade vid ankomst och vad som behövdes göras, allt beroende på hur patienten mådde just då. Allt skulle hända snabbt och effektivt och hela teamet med laboratorium, läkare och sjukskötare fanns på plats. De tillät en att hjälpa till med vården. Även det gjorde att man kände sig delaktig och lärde sig mycket.

Arbetsbördan på avdelningen var ibland hög och tempot var högt. Detta på grund av att mängden på arbetet ökat det senaste halvåret men personalstyrkan har inte ökat. Detta medförde att det inte alltid fanns tid från personalens sida att handleda ordentligt men de gjorde så gott de kunde och vi som var på praktik kunde såklart vara till stor hjälp i sådana

situationer och göra det vi kunde.

Ett system med tre skift användes på avdelningen, också vi som studeranden fick möjlighet att jobba alla turer eftersom det aldrig kunde planeras in att: ” idag den här tiden är en lugn stund”. Det var väldigt varierande och ett flytande flöde av patienter som gjorde att det oftast fanns att göra, oberoende tid på dygnet.

En praktik för mig har aldrig gått så snabbt som denna och jag har sett fram emot varje dag med nya intressanta upplevelser eftersom det är en arbetsplats där arbetet är väldigt varierande och man aldrig kan förutse vad som kommer att hända under dagen. Dessutom fanns de så många olika ställen på avdelningen man kan vara på och patienterna stannar sällan länge på avdelningen, vilket gör att man ser många olika patienter under en dag, vilket ökar inläringen.

En intressant och lärorik praktikplats som varmt rekommenderas för andra studeranden. Jag är tacksam att jag fick denna möjlighet, det vidgar ens vyer och man lär sig mer och får bredare kunskap vilket är bra inom utbildningen till sjukskötare. I framtiden öppnar det också dörrar, genom nya kontakter och arbetsmöjligheter.

Jag bodde hemma hos mina föräldrar under praktikperioden, i Österhankmo som är en liten by ca. 30 km norr om Vasa. Det var precis som att bo på hotell med den goda mat som serverades, oftast av min pappa, nästan varje dag när jag kom hem. Vi är en familj där matintresset är stort på grund av mycket egen jakt och fiske. Jag fick igen möjligheten att bli bortskämd som var en underbar känsla eftersom jag inte bott hemma på många år”. Jag älskar också att få röra på mig och styrketräningen är ett stort intresse som jag satt mycket tid på samt att träffa vänner och umgås med familjen. Det förgyllde mina lediga dagar.

Jag vill ännu sända ett stort tack till Sjuksköterskeföreningen i Finland rf som beviljade ett stipendium till mig som gjorde denna praktik möjlig.

Litteratur

Akutpolikliniken, Vasa Centralsjukhus, 2018.
Nordplus, Högskolan på Åland, 2018.

Författaren

Maria Sandström

Sjukskötarstuderande, Högskolan på Åland

Årets artikel 2018

Föreningens tidning Vård i Fokus utkommer 4 gånger om året. Tidningens syfte är att vara en kommunikationskanal mellan föreningen och medlemmarna.

Största delen av artiklarna skrivs av föreningens medlemmar.

Styrelsen utser årligen årets artikel i Vård i Fokus.

Sjuksköterskeföreningen i Finland rf har utsett

Kinge Berglunds artikelserie

Do something, sister ! Gör någonting, syster!

till **Årets artikel 2018**.

Serien har publicerades i Vård i fokus under 2017–2018 och fortsätter 2019.

ÖPPET FÖR ALLA!

Breakfast + Curiosity = frukostseminarium om ledarskap

KL 8:30 - 10:00

4.12.2018

Den platta mellanledaren

Plats: Arcada, kabinett Pasius

Anmälan: www.arcada.fi/
frukostseminarium

8.1.2019

Ledarens guide till en digital
transformation

Morgonmål (5€ på egen bekostnad)

5.2.2019

Det förtjusande förändrings-
ledarskapet

VÄLKOMMEN



Föreläsare Maria Forss



 **ARCADA**

Praktik i Norge

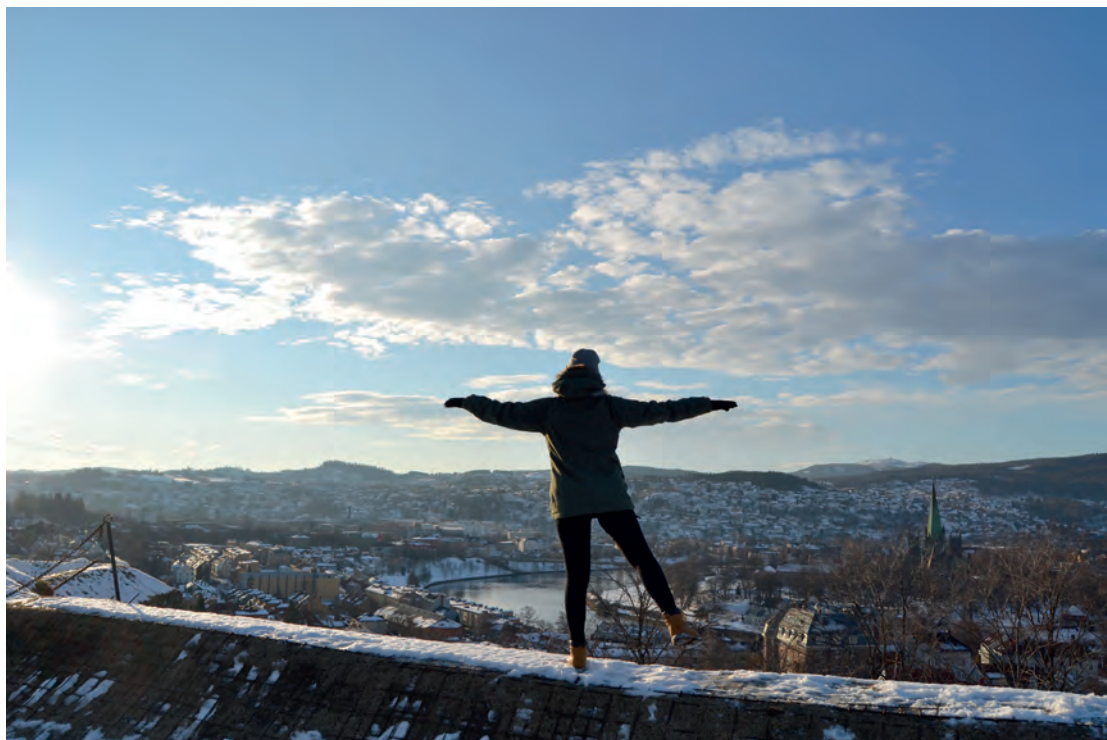
Lena Stenback

Vårvinter 2018 befann jag mig i Norge på en fem veckors praktik inom kontexten hemsjukvård. Jag kände mig nyfiken på att se något nytt ställe och hade länge tänkt att jag vill till Norge för att få se mig omkring och samtidigt uppleva hur vården fungerar där.

Jag hade hört så mycket bra om Norges vårdssystem, så som att de har mera resurser, bättre arbetsmoral och ett lugnare arbetstempo. Men precis som med alla ställen är detta givetvis varierande från plats till plats. Jag lärde

mig ännu en gång att det alltid är bra att se nya platser för att få perspektiv på saker och ting och även för att lära sig uppskatta sådant som är bra på hemmaplan.

Praktikveckorna blev intensiva och fartfyllda. Det visade sig att hemsjukvården, på den plats i Norge jag var på, inte fungerade riktigt likadant som här i Finland. Hemsjukvården hade hand om helhetsvården och gjorde även alla vårdåtgärder hos de flesta klienter, allt från skötsel av hygien, duschhjälp, hjälp med mat och hjälp med stödstrumpor, till ansvar för och delning av mediciner, läkarkontakter och blodprovstagning. Detta var något som i början gav en överhängande känsla av att tiden inte ville räcka till och min handledare, som var sjukskötare, gjorde dubbelt upp med arbete.



Speciellt förmiddagarna gick i oerhört snabb takt och vi hade många hembesök på rad, detta också eftersom vi hade distriktet som låg mest i centrum. Men efter ett tag vande man sig med takten och jag började bättre hänga med i både språket och rutinerna.

Under den händelserika praktiken fick jag delta i den dagliga vården och vardagen för klienterna i hemmen. Jag fick även ta del av vård i livets slutskede, förebyggande och främjande av äldres funktionsförmåga samt åka ut på akuta ärenden. Jag fick träffa en minst sagt inspirerande och kärnfrisk 104-årig dam som varken behövde mediciner eller särskilt mycket hjälp och jag fick lära mig svåra norska dialekter som till en början kändes näst intill omöjliga. Det blev många fina och värdefulla människomöten som jag ser tillbaka på med värme.

Jag bodde på ett studentboende på orten Levanger, grannkommunen till Verdal där praktikplatsen låg och jag färdades däremellan med tåg. Det första som slog mig när jag kom till Norge var hur oerhört vacker naturen

var överallt. Överallt gick det människor med skidorna i högsta hugg, och det fanns nästan ingen som inte skulle "ut på tur", upp till fjället när helgen kom. Det var en upplevelse att få gå idylliska vandringsleder och upptäcka nya vackra platser. Mina fem veckor i Norge blev en fin upplevelse där jag lärde känna nya människor, både från Norge och andra delar av världen. Jag besökte även Trondheim två gånger och såg olika sevärdheter där, en mycket mysig och hemtrevlig stad. Jag såg en ny miljö, var på en givande praktikplats och kände att jag fick växa och utvecklas som person. Jag är oerhört tacksam för stipendiet som Sjuksköterskeföreningen i Finland beviljade mig och som gjorde denna resa och upplevelse möjlig.

Författaren

Lena Stenback

Sjukskötar- och hälsovårdsstuderande, YH Novia, Vasa

Vårdaren i Fokus

är temat för föreningens studiedag 29.3.2019 på Hotel Sea Front i Ekenäs. Programmet som ni ser på följande sida, har planerats av Sjuksköterskeföreningen i Västra Nyland.

Eventuella förändringar i programmet meddelas på föreningens webbplats www.sffi.fi.

Deltagaravgiften för dagen är **200 €**. I priset ingår studiedagen, lunch, kaffe och middag.

20 st studerandemedlemmar, i vars undervisningsprogram temat är aktuellt, kan delta utan deltagaravgift, men bindande förhandsanmälan krävs.

Anmälningen till studiedagen sker på föreningens hemsida www.sffi.fi eller med anmälningsblanketten som finns på bakpärmens insida. Anmälningen ska vara hos föreningen senast 1.3.2019.

Nämn eventuella dieter/allergier. **Anmälan är bindande**. Ifall du endast önskar delta i middagen, kontakta då anne.nylund@sffi.fi

Deltagaravgiften inbetalas senast den 8 mars 2019 på föreningens konto **FI15 1228 3000 0505 32 NDEAFIHH** (Nordea). Om du uppgett en faktureringsadress skickas en pappersfaktura.

Inkvartering / 2 alternativ:

Hotel Sea Front (68–78 €/rum/natt i enkelrum och 83–98 €/rum/natt i dubbelrum). Bokning av hotellrum bör ske senast 31.1.2019 via info@hotelseafront.fi eller tele: 019-2461500. Bokningskod: SFF.

Ekenäs stadshotell (enkelrum 70 €/natt, dubbelrum, 80 €/natt, dubbelrum med balkong 100 €/natt, 1st 4 pers.rum 125 €/natt).

Bokning av hotellrum bör ske senast 31.1.2019 via tammisaaren@kaupunkihotelli.fi eller tele: 019-2413131. Bokningskod: SFF.

Gångavstånd mellan hotellen är ca 1 km. Transport mellan Karis tågstation och Ekenäs kommer troligen att arrangeras. Mera info senare.

Frågor gällande studiedagarna besvaras av:
Anne Nylund: anne.nylund@sffi.fi eller tele: 045 153 7075.

VÄLKOMNA MED!

Vårdaren i Fokus

Fredag 29.3.2019

Moderator Annika Rehn

08.30–09.30	Anmälan
09.30–09.45	Öppning och utmärkelser. Annika von Schantz, SFF ordförande och Benita Öberg, social- och hälsovårdsdirektör, Raseborg.
09.45–10.30	Erfarenheter av sjukskötarens begränsade föreskrivningsrätt av läkemedel. Susanna Nordström, sjukskötare och John Shaw, läkare.
10.30–11.15	IBD-mottagning. Tina Stenroos, sjukskötare.
11.15–12.15	Utvecklandet av patientdataprogrammet Apotti. Terese Lindholm, sjukskötare.
12.30–13.30	Lunch
13.30–14.30	Vårdarens rättigheter. Carola Arjatsalo, överinspektör, Valvira.
14.30–15.00	Kaffe
15.00–16.30	Motivation och arbetsglädje. Lars Losvik, föreläsare bl.a. inom ledarskap, organisationsutveckling och arbetsglädje.
16.30	Avslutning på dagen
19.00	Middag på Hotel Sea Front

Sjuksköterskeföreningen i Finland rf



Årets sjukskötare 2019

Varje regional förening kan föreslå en medlem till Årets sjukskötare 2019. Styrelsen utser sedan Årets sjukskötare bland de förslagna. Avsikten är att årligen premiera någon av föreningens medlemmar som i sitt arbete nära patienten bidragit till utveckling av vårdarbetet och därmed ökat patientens välbefinnande och kvaliteten på vårdarbetet.

Kriterier på årets sjukskötare

- medlem i SFF, har visat intresse för föreningens verksamhet
- har under de senaste åren genom sin yrkesutövning utvecklat det professionella kunnandet och bidragit till utvecklingen av vårdarbetet
- har god samarbetsförmåga och resurser att stöda sina kolleger

Förslaget till Årets sjukskötare skall innehålla

- ett fritt formulerat förslag med den förslagnas namn, personbeteckning, adress, tjänsteställning och arbetsplats
- motivering till förslaget
- regionala föreningens namn

Förslagen skall vara hos Sjuksköterskeföreningens i Finlands styrelse senast 31.1.2019. Årets sjukskötare offentliggörs på föreningens studiedagar i Ekenäs 29.3.2019.



De Sjukas Vål

i huvudstadsregionen rf

Utmärkelse

På Svenska dagen 2018 tilldelades De Sjukas Vål i huvudstadsregionen rf Bojan Sonntag-priset som mottogs av Jannica Påfs-Jakobsson och Inger Östergård.

Prismotiveringen är: De Sjukas Vål är en förening med målsättningen att hjälpa sjuka som inte själv har kraft att driva sin sak och få den hjälp som de behöver och är berättigade till. Föreningen samarbetar med de sjuka, anhöriga och med vårdpersonalen och de försöker påverka beslutsfattare. Målet är att de svenskspråkiga sjuka skall få den hjälp som de behöver.

Föreningen har två fysioterapeuter som går i hemmen hos svenskspråkiga klienter och ger handledning och rehabilitering åt personer som bor ensamma eller får vård av en närstående. Klienterna väljs ut av social- och hälsovården i Helsingfors.

Klienten kan enligt behov få upp till tio behandlingar kostnadsfritt.

FORTBILDNING

ARBETSHANDLEDARUTBILDNING 2019–2021

Vill du bli en aktör som är med och utvecklar framtidens organisationer och samfund?

Yrkeshögskolan Arcadas arbetshandledarutbildning lägger vikt vid:

- Arbetshandledarens person och identitet
- Kartläggning av arbetsamfunds och grupperns dynamik
- Medvetet etiskt ledarskap och arbetshandledarens etik
- Organisationers systemvärld och idé
- Arbetslivet i förändring
- Arbetshandledningens metodologi
- Arbetshandledningens metodik och verktyg

Utbildningens omfattning är **70 sp under 2,5 år** och pågår under perioden 9.2.2019–30.5.2021 . Utbildningen ger beredskap och formell kompetens att arbeta självständigt som arbetshandledare och utvecklare för samfund, grupper och individer.

Intresserad? Läs mer på
www.arcada.fi/arbetshandledare

Sjuksköterskeföreningen i Helsingfors med omnejd

24.1.2019 kl.18.00, **årsmöte** på Annegatan, kom med och påverka!
Ta gärna kontakt med styrelsen om du har önskemål om verksamheten.

Sjuksköterskeföreningen i Mellersta Österbotten

18.2..2019 kl. 18.30, **årsmöte**. Plats och program meddelas senare.

Sjuksköterskeföreningen i Sydösterbotten

20.2.2019 kl. 18.00, årsmöte på Kristinahemmet i Kristinestad. Vi går på rundvandring på nya Kristinahemmet och efteråt håller Jasmine Hietanen en föreläsning om "De äldres näringsbehov". Välkomna!

Sjuksköterskeföreningen i Vasa

6.2.2019 kl. 18.00, **ljusmessa** i Trefaldighetskyrkan i Vasa tillsammans med Vasa svenska församling. Kaffeservering i kryptan efteråt.
20.2.2019 kl. 18.00, **årsmöte** på Vasa Centralsjukhus, auditoriet Grågås. Sjukvårdsdistriktets direktör Marina Kinnunen informerar om aktuellt inom vården. Därefter stadgeenliga ärenden med bl.a. val av ordförande och styrelse. Servering. Anmälningar senast den 12 februari till sfvasa@netikka.fi eller tele: 050 3504411.

Besök föreningens hemsida www.sffi.fi och där klickar du på Vasaföreningen och du hittar det som är aktuellt för tillfället. Följ oss gärna på Instagram: [sjukskoterskeforeningenvasa](https://www.instagram.com/sjukskoterskeforeningenvasa)

Välkommen med i vårens aktiviteter!

Styrelsen önskar alla medlemmar En Fridfull Jul och Ett Gott Nytt År!

Sjuksköterskeföreningen i Västra Nyland

5.3.2019 kl. 18.00, **årsmöte** på Kerstins lunchhörna i Ekenäs (Genvägen 4). Stadgeenliga ärenden. Bjuds på saltigt och sött. Välkommen med!

Sjuksköterskeföreningen i Åboland

5.2 2019 kl.18.00, **årsmöte** med sedvanliga årsmöteshandlingar på Attendo Lilla Ro i Pargas Norrgårdsvägen 4. Traktering ingår samt rundvandring efter mötet. Välkommen med! God fortsättning på det nya året!

Sjuksköterskeföreningen på Åland

God Jul. Styrelsen är i full gång och planerar vårens program. Följ med på vår lokala FB sida och häng med på våra aktiviteter. Succén My Fair Lady blev snabbt uppbokad så håll utkik efter våra aktiviteter!

Styrelsen

Sjuksköterskeföreningen i Östra Nyland

God Jul och Gott Nytt År önskas alla medlemmar. Tack för det gångna året och välkomna med i nästa års verksamhet!

Styrelsenytt

- styrelsen har beviljat stipendier för olika ändamål.
- föreningen har sponsorerat studentföreningen N.U.D vid YH Novia, Vasa och ämnesföreningen HoSK vid YH Arcada.
- föreningen har deltagit i Bokkatalogen och Bokmässan 2019.
- sekretariatet har deltagit i firandet av Svenska Dagen vid HUS (Helsingfors Universitetssjukhus).

Viktiga datum 2019!

- 23.2.2019 styrelsemöte
- 23.2.2019 deadline för material till Vård i Fokus 1/2019
- 28.3.2019 styrelsemöte
- 29.3.2019 Studiedag, Ekenäs
- 30.3.2019 fullmäktigemöte, Ekenäs
- 4.5.2019 styrelsemöte
- 23.5.2019 deadline för material till Vård i Fokus 2/2019



Styrelsen och fullmäktige 2017–2020

Styrelsen

Ordförande	Annika von Schantz , HVM, verksamhetsledare, Hugo och Maria Winbergs stiftelse. Vågbrottet 3 A 10, 02320 Esbo, 040-5370376 annika.vonschantz@winbergs.fi
Vice ordförande	Carola Sundberg , barnmorska, sjukskötare, Staden Jakobstad, Social- och hälsovårdsverket. Durkvägen 5 A 1, 68620 Jakobstad, 050-3564324 carola.sundberg@jakobstad.fi
Ledamöter	Katarina Ekberg , sjukskötare, Västra Nylands Sjukhus. Snicknäs vägen 1, 10520 Tenala, 040-5210612 katarina.ekberg@outlook.com
	Ann-Maj Johansson , HVM, avdelningsskötare, Åbolands sjukhus, somatiska polikliniken. Vävargatan 12, 21600 Pargas, 044-3444945 ann1maj.johansson@gmail.com
	Ann-Charlotte Lindfors-Nenonen , spec.sjukskötare, avd.skötare, Johannisberg. Kompassvägen 19 J, 06150 Borgå, 0400-905601 ann-charlotte.lindfors-nenonen@porvoo.fi
	Annika Kvist-Östman , sjukskötare, hälsovårdare, boendeledare inom Vörå kommuns äldreomsorg. Brudsund 736, 66640 Maxmo, 050-5910088 annika.kvist-ostman@vora.fi
	Lisbeth Schultz , pensionerad specialistsjukskötare, Åland. Bygatan 3, 22410 Godby Åland, 0457-5244085 lisbeth.schultz@aland.net
	Helena Strandholm , sjukskötare, avd.skötare hemvården i Kristinestad. Asvägen 100, 64220 Yttermark, 050-3738348 helenastrandholm@gmail.com
	Karla Wendt , HVM, avdelningsskötare, Helsingfors stad. Utterhällsstranden 22 A 1, 00180 Helsingfors, 043-8243535 karla.wendt@welho.fi
Suppleanter	Pia-Maria Haglund, Monica Mattila-Ekholm, Charlotta Liesipuro, Inger Runn, Marice Nedergård, Jana Sundberg, Gerd Metsäranta, Anna Holmström.

Fullmäktige

SF i Helsingfors	Carola Aspholm-Backman, Liljendal Nette Kumlin, Helsingfors Hanna Lindquist, Helsingfors Marit Råman, Helsingfors
SF i Mellersta Österbotten	Annica Haldin, Jakobstad Marica Hinders, Nykarleby Sissel Lövsund, Jakobstad Ann-Kristin Svenlin, Bosund
SF i Sydösterbotten	Nancy Westerlund, Pjelijax Rose-Marie Holmberg, Tjock
SF i Vasa	Lisbeth Fagerström, Vasa Camilla Kamila, Vasa Gunilla Hallvar-Hudd, Vasa Ann-Helén Sandvik, Vikby Helena Svahn, Iskmo
SF i Västra Nyland	Anna Lindbom, Ekenäs Henrita Fagerström, Ekenäs Terese Lindholm, Ekenäs
SF i Åboland	Charlotta Liesipuro, Åbo Monica Drugge-Mäkälä, Masku Mia Ehrström, Åbo
SF på Åland	Laila Aaltonen, Mariehamn Patrice Karlsson, Saltvik Sussi Sjövall, Mariehamn Katarina Ulenius, Föglö
SF i Östra Nyland	Ann-Catrin Tapanainen, Liljendal Marika Innanen, Borgå Catrina Hollmén, Borgå

Anmälningsblankett till studiedagen 2019 i Ekenäs

OBS! Bindande anmälan hos oss senast torsdagen 1.3.2019.

Jag anmäler mig härmed till föreningens studiedag fredag 29.3.2019.

Namn: _____

Födelsedatum: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ **Postanstalt:** _____

Telefon: _____

Arbetsplats: _____

E-post: _____

Faktureringsadress: _____

Deltagaravgiften är 200 € (moms 0 %). I priset ingår föreläsningar, lunch, kaffe, och middag. Avgiften inbetalas på föreningens konto FI15 1228 3000 0505 32 NDEAFIHH (Nordea) senast 8.3.2019. Om du uppgett en faktureringsadress skickas en pappersfaktura. Föreningen har inte möjlighet att skicka elektroniska fakturor. Studerandemedlemmar deltar gratis, men förhandsanmälan krävs.

Jag deltar:

- fredag
- endast i middagen fredag kväll
- diet, vilken? (födoämnesallergier) _____

Frågor angående studiedagarna: Anne Nylund 045 153 7075
eller på anne.nylund@sffi.fi

Massbrev



Vik här och nita eller tejpa ihop de fria kanterna! Lägg direkt på posten! Föreningen betalar portot.

Adressaten
betalar
portot

Sjuksköterskeföreningen i Finland rf
Kod 5009299
00003 SVARSFÖRSÄNDELSE