

# VÅRD I FOKUS

1/18



Sjuksköterskeföreningen i Finland rf

# VÅRD I FOKUS nr 1

## årgång 35 januari 2018

Organ för Sjuksköterskeföreningen i Finland rf  
[www.sffi.fi](http://www.sffi.fi)

Ansvarig utgivare: Annika von Schantz, telefon 040 5370376

Redaktionssekreterare: Sandra Alldén, telefon 045 1437575

e-post: [sandra.allden@sffi.fi](mailto:sandra.allden@sffi.fi)

Tryckt hos: Grano Oy Ab, Vasa

### Innehållsförteckning

Ledare: Annika von Schantz.....	3
Framtidens sjukhus, "Hospital of the Future 2025–", Sirkku Säätelä.....	4
De äldre i framtiden: kompletterande och alternativa vårdmetoder samt etiska problem ur ett nordiskt och baltiskt perspektiv, Neil Olson & Christopher Aloo & Sofia Blomqvist & Rika Levy-Malmberg.....	7
RANCARE Action Training School, Åbo 18–22.9.2017, Annika Ahläng.....	12
Psykosocial arbetsbelastning inom vården, Charlotte Schröder & Anu Grönlund.....	17
Queen Silvia Nursing Award.....	21
Barn-HLR inom ÅHS, Christel Qvarnström & Sonja Ståhl.....	22
Studiebesök till Karolinska Institutet i Stockholm, Lisen Kullas-Nyman & Anita Ståhl-Levón.....	26
Luftburen lungpest på Madagaskar, Bengt Sigvardsson.....	28
Vårdvetenskapens 30-årsjubileum 28.9.2017, Berit Haga.....	34
ICN kongress, Barcelona 27.5–1.6.2017, Sandra Alldén & Anne Nylund.....	36
Upplevelser från ICN kongressen i Barcelona 2017, Monica Drugge-Mäkilä & Mia Ehrström.....	40
Do something, sister! Gör någonting, syster! Del 5, Kinge Berglund.....	42
SF i Västra Nylands medlemsresa till London, Monica Mattila-Ekholm.....	50
Praktik i Helsingfors, Sofia Koivisto.....	52
Annons: Arcada.....	54
Nya Barnsjukhuset 2018, Annika von Schantz.....	55
Annons: Novia.....	56
Föreningens stipendier.....	57
Annons: Åbo Akademi.....	58
Annons: Åbo Akademi.....	59
Regionala föreningar.....	60
Styrelsenytt.....	61
Styrelsen och fullmäktige 2017–2020.....	62
Ansökan om medlemskap.....	63

Pärmbilden:  
Handtvätt, Madagaskar.  
Foto: Jesper Klemedsson

ISSN 0781-495X

## Rättvist och jämlikt

Vi sjukskötare är i den lyckliga situationen att vi kan jobba med en mängd olika arbetsuppgifter, med en och samma grundexamen som bas. Vilken annan yrkesgrupp kan det? Klart att vi hela tiden lär oss nya saker, vi bygger ständigt på vårt kunnande. Bland oss finns de som jobbar i tre skift, i två skift och de som jobbar dagtid eller bara nattid. Någon sjukskötare är alltid vaken och någon är alltid på jobb! Vi kan jobba på båtar, i ambulanser, helikoptrar, på polikliniker, bäddavdelningar, intensivvårdsavdelningar och operationssalar. Vi kan vara lärare på yrkeshögskolor och på sjukhus, ADB experter, experter inom sjukvårdens alla områden, forskare, professorer, sakkunniga och mycket mer. Vi jobbar offentligt och privat, i Finland och runt om i världen. Vi vårdar patienter som inte ännu är födda, vi vårdar patienter tills livet tar slut. Våra patienter kan väga mellan 400 gr till långt över 100 kg. Alla patienter, oberoende storlek, ålder, modersmål, hudfärg eller kön förtjänar lika god vård. Alla patienter förtjänar att bemötas rättvist och jämlikt.

Samhället fungerar inte utan oss. Sjuksköternas ansvarstagande är gränslöst. Jag önskar att rättvisa och jämlikhet också skulle synas i lönen. Det gick knappt ett dygn av Tehys övertidsförbud och förbudet att byta arbetsturer innan det blev stora svårigheter att trygga sjukvården.

Sjuksköterskeföreningen vill bemöta och behandla medlemmarna jämlikt och rättvist. Alla vi medlemmar har samma rättigheter. Vi har alla möjligheter att söka en mängd olika stipendier, att delta i studiedagarna och att delta i den egna regionalföreningens verksamhet så mycket man bara vill. Varför inte också i grannregionalföreningarnas verksamhet? Gemenskapen inom vår yrkeskår är guld värd, en gång sjukskötare alltid sjukskötare!

Vår förening har möjlighet att lyfta fram och ge egna utmärkelser till medlemmar som särskilt förtjänstfullt tillfört något extra betydelsefullt till vår förening och yrkeskåren. Nästan varje år, sedan 1992, har Årets Sjukskötare utnämnts. I skrivande stund har vi 56 hedersmedlemmar. Några medlemmar har fått Florence Nightingalelampan, Sophie Mannerheimmedaljen, standarden och två medlemmar har fått Valborg Louhistro-priset.

Styrelsen har beslutat att vi inte kommer att utnämna Årets Sjukskötare i år, utan i stället har regionalföreningarna haft möjlighet att föreslå en Jubileumssjukskötare 2018. Dessa åtta har troligen helt olika arbetsuppgifter som de sköter på sitt allra bästa, personliga sätt! Jubileumsåret till ära kan också Valborg Louhistro-priset delas ut.

Jag hoppas att vi tillsammans kan ta steget in i framtiden, mötas på studiedagen och i rättvisans och jämlikhetens namn sitta sida vid sida under festmiddagen.

Jag önskar er alla en solig vår!

**Annika von Schantz, ordförande**

# Framtidens sjukhus, "Hospital of the Future 2025–"

Sirkku Säätelä

Under våren 2017 fick jag förfrågan via mitt nätverk om jag hade intresse att delta i ett internationellt webbadministrerat projekt med temat framtidens akutsjukhus 2025–. Projektet administrerades av den USA baserade konsultorganisation Wikistrath (1) som är specialiserad på internetbaserade projekt främst inom försvar och underrättelse, men företaget utför också projekt inom andra områden med internationell dimension.

## Projekt "Hospital of the Future 2025–"

Projektet "Hospital of the Future 2025–" var ett beställningsarbete och ett s.k. "crowdfunded" projekt d.v.s. gräsrotsfinansierat av olika parter/organisationer med intresse för just den-

na sak. För att genomföra projektet hade totalt 42 experter från olika områden rekryterats. I expertpanelen fanns bl.a. läkare, sjukskötare, arkitekter, ingenjörer, IT-specialister, för att få en så stor bredd på kompetensen som möjligt. Experterna rekryterades från olika delar av världen. Uppdragsgivarna var okända för experterna för att inga ekonomiska kopplingar ska kunna missbrukas, allt enligt USA-tradition.

Karakteristisk för projekt, koordinerade av Wikistrath, är att dessa genomförs på kort tid (under några veckor) i virtuell miljö. Detta kräver ett välplanerat och bra organiserat förverkligande med möjlighet till teknisk hjälp för deltagarna i olika tidszoner. En välutvecklad virtuell wiki-plattform och möjlighet till fungerande helpdesk har utvecklats för att kunna uppfylla dessa krav. En wiki betyder att alla med rättigheter kan gå in och skriva samt revidera det som redan finns producerat i form av text. Alla revideringar syns hos administratören och man kan från projektledningen sålunda följa med aktiviteten hos deltagarna.

## Upplägg och uppdrag

Projektupplägget och -uppdraget bestod av att simulera akutsjukhus i framtiden med en tidsdimension efter år 2025. Projektet drog i gång med workshops över internet där alla skulle visionera utgående från sitt eget kompetensområde. Inläggen skulle bestyrkas med evidens och forskningsresultat samt med dokument av pågående utveckling. Efter brainstormingen kategoriserade projektledningen idéerna i fem kategorier och deltagarna delades i mindre grupper beroende på intresseområde och kompetens. Den grupp jag deltog i fick som uppgift att fundera på patientperspektivet och framförallt patientens deltagande och möjligheter att påverka sin egen vård.

Resultaten av expertgruppernas visioner och arbete sammanfattades av administratören till en rapport som delgetts uppdragsgivarna. Enligt amerikansk lagstiftning faller detta inom ramen för företagshemlighet så rapporten är tyvärr inte offentlig. Jag ska ändå försöka mig på en kort summering av framtidsvisionerna genom de anteckningar jag gjort under projektets gång.

## Sammanfattning – nytt fokus

Den viktigaste konklusionen var att fokus ändras från expertvärde till patient-empowerment (empowerment = makt, befogenhet) med patienten i fokus. Individcentrerad vård och möjligheter för patienterna att i större utsträckning ta del av vården blir ett måste. Patienterna kan i allt större utsträckning sköta sig själva eller sköts på distans. Monitorering och egenvård av t.ex. kroniska sjukdomar sker självständigt med hjälp av ny teknologi och handledning med möjlighet till flexibel kontakt i realtid med vårdpersonal via trådlösa förbindelser. Detta möjliggörs i viss utsträckning redan i dag. Sjukskötarens expertroll kommer att förstärkas och största delen av vården kommer att ske utanför sjukhus.

Vistelsen på sjukhus kommer ändå inte helt att kunna undvikas. Olycksfall och livshotande tillstånd behöver så klart fysiska sjukhus även i framtiden. Vårdperioderna (s.k. inhospital period) kommer att förkortas och fokusera på

ingrepp/åtgärder medan både för- och eftervården kommer att skötas utanför det fysiska sjukhuset i allt större utsträckning. Vid elektiva ingrepp/vårdåtgärder kan både förberedelse och eftervård fysisk ske på annat ställe än i själva akutsjukhuset, vilket antas öka patienttillfredsställelse, ge möjlighet till större patientengagemang, minska infektionsrisken och även minska på kostnaderna.

Med hjälp av applikationer, ny design på diagnostikteknologi, "internet of things" och kläder med nanoteknologi för monitorering av kroppsfunktioner (2, 3) är möjligheterna oändliga. Trådlösa förbindelser ger möjlighet att utnyttja säkra, krypterade molntjänster för överföring av data. Således kan olika undersökningar och uppföljning av patienten göras utan att patienten behöver besöka eller vistas på sjukhuset. Resultaten kan överföras i realtid och analyseras av AI (Artificiell Intelligens) som kan hitta patofysiologiska förändringar mycket effektivare än människor och på så sätt kan man förebygga och åtgärda störningar i ett tidigt skede.

Inom kirurgin kommer avancerad robotik att möjliggöra större effektivitet och mera precision men kommer inte helt att kunna ersätta mänsklig insats. Utrustning inom bl.a. radiologi och endoskopi kommer att utvecklas så att undersökningar kan göras utan stora utrymmen och resultat kan uppföljas via internet i realtid eller lagras för analys. För detta finns redan i dag kapslar som patienten kan svälja för endoskopi av t.ex. mag-tarmkanalen (4). Nanoteknologin kommer att möjliggöra lösningar vi inte kan drömma om idag.

CT och MRI kombinerat med robotik och AI möjliggör redan idag simulering av t.ex. operationer innan ingrepp görs på den "äkta" patienten. Med hjälp av detta kan man förutse och undvika komplikationer och skraddarsy ingreppet för just den patient som ska behandlas (5).

## Sjukskötarens roll i framtiden

Ur vårdarperspektiv betyder framtidens sjukhus att fokus flyttas. För- och eftervården sker i hemmen eller i lättare typer av

vårdinsatser. Sjukskötarens roll kommer att förändras i och med detta och i bl.a. England och USA har förändringen redan börjat. Det betyder att även undervisningen av nya sjukskötare bör ta en ny riktning. Framtidens krav torde även vara ett intressant forskningsområde inom vårdforskningen (6, 7). Kunskaper i omfattande helhetsbedömning av patienten, ett självständigt arbetssätt med flexibel kontakt till andra yrkesgrupper samt digitala lösningar för patientkontakt kommer att bli avgörande för sjuksköтарыkets framtida genomförande. Patientcentrering, individuell vård samt deltagande är nyckelorden för framtidens sjukvård (2). Patienterna äger sin egen information och har möjlighet att hitta allt mera kunskap om sin egen sjukdom. Problemet blir att sälla i informationsflödet och att kunna avgöra vad man kan lita på. Detta problem finns ju redan idag då många väljer att hellre tro på annat än etablerad forskning och evidensbaserade fakta. I denna urskiljningsprocess behövs vårdpersonalens kompetens.

## Framtiden

Denna text är tyvärr enbart ett litet ytskrap av resultaten i projektet. Den enormt snabba tekniska utvecklingen ger möjligheter vi inte ens kan drömma om idag. I de utvecklade länderna går USA, Australien, England och Tyskland i bräschen för utvecklingen och många teknologiska lösningar finns redan i användning. IT-företagen konkurrerar hårt om marknaden och innovationerna avlöser varandra. Bland beställarna av projektet fanns även organisationer från utvecklingsländer där man starkt tror att teknologin i framtiden kan lösa många av de problem som man där tampas med i och med att vården inte längre kommer att vara bunden till tid eller rum.

## Deltagande i projektet

Projektet deltagande gav mig personligen en unik möjlighet att ta del av många internationella experters spetskunskap och fantastiska visioner. De personer som deltog i expertpanelen har enorm kompetens, entusiasm och

dedikation. Därför gick projektet att genomföra under en kort tidsperiod. En stor eloge också till helpdesk och administratörerna på Wikistrath som höll i trådarna och styrde diskussionen i rätt riktning då vi kom in på sidospår, samt att de skötte all administration från rekrytering till rapportsammanställning. Det gav även en inblick i ett helt nytt sätt att driva ett projekt, snabbt och effektivt, helt och hållet via internet.

I Finland har vi bara börjat utnyttja alla dessa teknologiska innovationer inom hälsovården men det finns på agendan (8, 9, 10). Framtiden kommer med stormsteg.

## Referenser

1. Wikistrath.com (Internet). Hämtad från: [www.wikistrath.com](http://www.wikistrath.com).
2. Medical Futurist. Will the hospital of the future be our home (Internet); 2017. Hämtad från: <http://medicalfuturist.com/future-home-hospital/>.
3. Engadget. Japanese "smart-clothing" uses nanofibers to monitor your heart-rate (Internet); 2017. Hämtad från: [www.engadget.com/2014/01/30/ntt-docomo-toray-smart-cloth/](http://www.engadget.com/2014/01/30/ntt-docomo-toray-smart-cloth/).
4. RTE. Study sees 50 patient testing new pill camera (Internet); 2017. Hämtad från: [www.rte.ie/amp/899693/](http://www.rte.ie/amp/899693/).
5. Sood McNeil. How is Health Information Technology changing the way do deliver hospital care (Internet). *Future Hosp J* June. 2017; 1 (4:2): 117–12. Hämtad från: <http://futurehospital.rcpjournals.org/content/4/2/117>.
6. Institute of Medicine. The Future of Nursing Education (Internet); 2010. Hämtad från: [www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report%20Files/2010/The-Future-of-Nursing/Nursing%20Scope%20of%20Practice%202010%20Brief.pdf](http://www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report%20Files/2010/The-Future-of-Nursing/Nursing%20Scope%20of%20Practice%202010%20Brief.pdf).
7. Institute of Medicine. The Future of Nursing (Internet); 2010. Hämtad från: [www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report%20Files/2010/The-Future-of-Nursing/Nursing%20Education%202010%20Brief.pdf](http://www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report%20Files/2010/The-Future-of-Nursing/Nursing%20Education%202010%20Brief.pdf).
8. Health Capital Helsinki (Internet); 2017. Hämtad från: [www.healthcapitalhelsinki.fi/en/#top](http://www.healthcapitalhelsinki.fi/en/#top).
9. Oulu Health (Internet); 2017. Hämtad från: <http://oulu-health.fi/future-hospital/>.
10. Tekes. Yritykset pääsevät testaamaan uusia innovaatioita säännellyssä sairaalaympäristössä (Internet); 2017. Hämtad från: [www.tekes.fi/nyt/uutiset-2017/yritykset-paasevat-testaamaan-uusia-innovaatioita-saannellyssa-sairaalaymparistossa](http://www.tekes.fi/nyt/uutiset-2017/yritykset-paasevat-testaamaan-uusia-innovaatioita-saannellyssa-sairaalaymparistossa).

---

## Författaren

Sirkku Säätelä

Specialsjukskötare, MPA, lektor,  
YH Novia, Vasa

# De äldre i framtiden: kompletterande och alternativa vårdmetoder samt etiska problem ur ett nordiskt och baltiskt perspektiv

Neil Olson • Christopher Aloo • Sofia Blomqvist • Rika Levy-Malmberg

## Introduktion

13–17.3.2017 ordnade det nordiska och baltiska Nordplusnätverket för utbildning, intensivkursen "The elderly in the future: Complementary therapies and ethical concerns" vid VIA University College i Randers, Danmark. Kursens fokus låg på kompletterande och alternativ medicin (KAM) samt användningen av dessa metoder bland äldre.

Det preliminära syftet med nätverket är att skapa kunskap och djupare förståelse för nya ämnen relaterade till vård; följaktligen skapar fenomenet KAM även etiska problem som vi måste börja diskutera. Det sekundära syftet med Nordplusnätverket är att skapa en möjlighet för studerande och lärare att träffas, dela

Kunskap om KAM (kompletterande och alternativ medicin) ger vårdpersonal möjlighet att implementera metoderna i vården samt få en djupare förståelse för användningen av dessa, vilket kunde förbättra vården av de äldre. Antagandet är baserat på vetenskaplig forskning som påvisar en ökande användning av KAM bland den europeiska befolkningen och speciellt bland den äldre delen av befolkningen.

idéer och skapa nätverk som kan gynna utvecklingen av vårdpraxis i framtiden.



*Föreläsare och elever som deltog i kursen.*

## **Kursinnehåll**

Kursens innehåll bestod av föreläsningar, praktiska sessioner och workshops. I kursen deltog 27 studerande och 10 lärare från 7 nordiska och baltiska länder: Finland, Sverige, Norge, Danmark, Island, Estland och Lettland. Kursens syfte var att centralisera användningen av KAM och dess fördelar både för patienten och vårdare. Detta på grund av att andelen äldre i befolkningen växer och användningen av KAM-terapier blir allt populärare. Fler och fler äldre individer i samhället väljer alternativa terapiformer.

Några exempel på KAM-former är massage med eteriska oljor, akupunktur, djurterapi, dansterapi och användning av naturliga

produkter. Evidens för dessa terapier hittas i vård- och medicinsk litteratur. Kursen varade i fem dagar, var pedagogisk, gav god kunskap och bättre attityd gentemot KAM. Under kursen togs etiska problem upp.

## **Presentationer**

Under förberedelserna inför kursen läste vi artiklar och sökte efter evidens för KAM. I vårdlitteratur hittade vi information om användningen av aromaterapi och vi bestämde oss för att förbereda vår presentation om detta ämne. Varje universitet valde ett KAM-ämne. De flesta presentationerna handlade om de vanligaste KAM-terapierna i respektive land. T.ex. de norska studerandena höll sin presentation om



djurterapi. Målet var att visa hur hundar kan hjälpa äldre patienter att må bättre genom att erbjuda beröring och närhet, ett av människans grundläggande behov. Dessa hundar är speciellt tränade i att vara nära patienterna.

De danska studerandena från Randers höll sin presentation om kinesisk akupunktur. Målet med denna akupunkturform är att förändra energiflödet i kroppen och höja koncentrationen av endorfiner för att få ett svar på smärta.

Studerandena från Köpenhamn presenterade dansterapi, en terapiform med mål att stimulera minnet för patienter med demens. Avsikten är att hjälpa patienter med demens att få tillbaka minnen från ungdomen genom dans och musik. Trots att en person lider av demens och inte kan minnas sitt förflutna eller känna igen sin omgivning kan positiva känslor fås tillbaka genom musik och fysisk kroppsrörelse.

Vi som representerade den engelska linjen vid yrkeshögskolan Novia höll vår presentation om aromaterapi, som enligt definition är användning av eteriska oljor genom massage, inandning eller intag. Vi diskuterade hur eteriska oljor kan användas för att förbättra livskvaliteten hos äldre, presenterade evidens som förklarar vad aromaterapi är, dess historia och redogjorde för vetenskapliga studier, i form av fyra artiklar om användningen av aromaterapi bland den äldre befolkningen (1, 2, 3, 4).

Efter varje kursdag skulle vi reflektera över våra erfarenheter och skriva en guddad reflektion. Vi anser att den information och den nya kunskapen vi fick under kursen har skapat ett nytt sätt att tänka kreativt när vi tar hand om äldre. T.ex. anser vi att dansterapi kunde tillämpas i vården av äldre patienter med demens, men att mer utbildning om metoden för vårdpersonal behövs. Detta nya tankesätt kan förbättra livskvaliteten för patienten och ge nya praktiska och kreativa verktyg för vårdpersonal.

## Andlig vård och livets slutskede

En föreläsning om andlighet vid livets slutskede, böner och patienters andliga behov presenterades och diskuterades. Vi lärde oss att synen på döden har förändrats genom tiden

och att sjukskötare idag kan hjälpa döende patienter och familjer att hantera döden. Vi anser att detta är ett känsligt ämne som inte alltid är lätt för patienten eller hälsovårdspersonal att prata om. Människor kan ha olika åsikter om andlighet/livet efter detta och sjukskötaren och andra vårdare borde respektera patienten och hans syn och önskemål speciellt i dagens multikulturella samhälle.

Kursens teoretiska ram var omsorgsteorin beskriven av Katie Eriksson och Jean Watson. Omsorg diskuterades som en klinisk vårdkompetens och varför det uppfattas som grunden för vårdpraxis. I detta sammanhang handlar det om att hjälpa och vårda hela människan: sinne, kropp och ande (5, 6, 7, 8).

## Etisk workshop

Under kursen hölls en etisk workshop med målet att ta upp juridiska problem relaterade till KAM-praxis i olika länder, samt etiska problem relaterade till användningen av KAM. Exempel på ämnen vi diskuterade: i många länder (t.ex. Storbritannien, Finland, USA) utövas KAM främst inom den privata sektorn och kostnader ersätts normalt inte av det officiella vårdssystemet. Vilken sorts etiskt dilemma skapar detta? KAM-utövare saknar ofta medicinsk bakgrund och är vanligtvis inte vårdgivare. Hur är det i ditt land och vilket slags etiskt dilemma kan det skapa? Möjligheten att höra studerande och lärare diskutera dessa etiska problem skapar en medvetenhet och ny förståelse.

## Praktisk erfarenhet

De praktiska sessionerna var stärkande erfarenheter. Vi inledde kursdagarna med olika praktiska sessioner. Den bestod av guddad meditation. Detta var en avslappnande erfarenhet som vi anser vara en bra start på dagen. Guddad meditation används inom olika vårdområden för att öka välmående både hos patienter och personal. Guddad meditation har även visat sig effektiv bland patienter med Alzheimers sjukdom (9).

Under den andra praktiska sessionen fick vi prova på konstterapi. Vi lärde oss att kommu-



*Christopher Aloo, Neil Olson, Rika Levy-Malmberg och Sofia Blomqvist.*

nicera icke-verbalt genom att använda vattenfärger. Idéen var att lära sig "öppna upp" och beskriva våra känslor för andra personer. Vi tror att konstterapi kan gynna äldre i allmänhet och speciellt de som inte kan kommunicera med ord.

Den tredje praktiska sessionen var "fem tibetanska övningar", som gick ut på att tänja och andas. Målet med dessa övningar är att hjälpa patienten behålla en god kroppsbalans. Studier visar att äldre kan dra nytta av sådana övningar.

Den fjärde och sista praktiska sessionen bestod av yogaövningar, som förbättrar stabilitet och flexibilitet. Även här visar studier att

yoga förbättrar balans och välmående bland äldre.

### **Sammanfattning**

Deltagandet i kursen gav oss en möjlighet att få ny insikt i ett växande vårdområde. Vi har kunnat implementera kunskap vi fick från kursen i arbetslivet; en handmassageteknik vi lärde oss under kursen har använts inom äldreomsorgen för att hjälpa patienterna att slappna av och för att behandla sömnlöshet. Kursen gav oss mycket ny kunskap och nya vänner. Eftersom deltagarna kom från olika länder lärde vi oss dessutom om olika kulturer

och användningen av KAM-terapier inom vården i olika länder. Vi insåg att KAM kan vara både utmanande och skapa etiska problem, men samtidigt förstod vi att det följer omvårdnadshandlingen, vilket är viktigt för utöandet av vård.

## Referenser

1. Choi N. The Effects of Hand Massage Using Aroma Essential Oil and Music Therapy on Anxiety and Sleeping for Elderly Women in the Sanatorium. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*. 2015; 7(5), 151–158.
2. Satou T, Chikama M, Chikama Y, Hachigo M, Urayama H, Murakami S, Hayashi S, Koikem K, Tadaaki S, Mizuki C, Yoshiko C, Masato H, Haruna U, Shio M, Shinichiro H, Kazuo K. Effect of Aromatherapy Massage on Elderly Patients Under Long-Term Hospitalization in Japan. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*. 2013; 19(3): 235–237.
3. Snow A L, Hovanec L, Brandt J A. Controlled Trial of Aromatherapy for Agitation in Nursing Home Patients with Dementia. *The Journal of Complementary and Alternative Medicine*. 2004; 10 (3): 431–437.
4. Tang S K, Mimi Tse M Y. Research Article. Aromatherapy: Does It Help to Relieve Pain, Depression, Anxiety, and Stress in Community-Dwelling Older Persons? *Biomed Research International*. 2014; (1): 1–12.
5. Erikson K. Understanding the world of the patient, the suffering human being: the new clinical paradigm from nursing to caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly*. 1997; 3(1): 8–13.
6. Watson J. Nursing's caring-healing paradigm as exemplar for alternative medicine? *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 1995; 1(3): 64–69.
7. Ulric A, Evron L, Ostenfeld-Rosenthal A. Patients' view of CAM as spiritual practice. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2011; 17: 221–225.
8. Levy-Malmberg R, Hilli Y. The enhancement of clinical competence thought caring science. *Journal of caring sciences*. 2014; 28(4): 861–866.
9. Halcon L L, Schein C, Cheung C. Integrative Nursing of Older Adults across the Continuum. In Kreitzer M J, Koithan M. (eds.). *Integrative Nursing*. Oxford; 2014.

---

## Författarna

Neil Olson

Sjukskötarestuderande, Nursing degree program, YH Novia

Christopher Aloo

Sjukskötarestuderande, Nursing degree program, YH Novia

Sofia Blomqvist

Sjukskötarestuderande, Nursing degree program vid, YH Novia

Rika Levy-Malmberg

HVD, lektor i vård, YH Novia

# RANCARE Action Training School, Åbo 18–22.9.2017

Annika Ahläng

RANCARE Action är ett internationellt projekt ämnat att belysa vådransonering och fenomenet ”utebliven vård” samt hur patienter och vårdare påverkas när en högkvalitativ vård inte kan ges på grund av tidsbrist och knappa resurser.

## Projektet RANCARE Action

En höstvecka i september deltog jag i en internationell doktorandkurs vid Turun yliopisto. Kursen var en av COST RANCAREs utbildningar. Ett av de projekt som finansieras av COST är Rationing – missed care: An international and multidimensional problem (RANCARE Action). Projektet lanserades i september 2016 i Bryssel och ska fortgå i fyra år (2). Care rationing, missed care, unfinished care... fenomenet har många namn. Det handlar alltså om ransonering av vård och vård som av oli-

ka anledningar uteblir. En definition är: ”Care rationing is the withholding or failure to carry out necessary nursing tasks due to inadequate time, staffing level, and/or skill mix” (3).

Fritt översatt avser man med uttrycket missed care (utebliven vård) sådan vård som inte ges av anledningar såsom: inte tillräckligt med tid, inte tillräckligt med personal eller inte tillräckligt med utbildning och kompetens. Vårdpersonalen är orolig över bemanningsnivåer och stressade över sin förmåga att utan tillräckliga resurser kunna leverera säker och effektiv vård. Vådransonering och utebliven vård är ett etiskt dilemma som vårdpersonalen tacklar dagligen (3).

Evidensen visar att förekomsten av utebliven vård är hög på akutvårdssjukhus internationellt. Utebliven vård kan associeras till negativa utfall vad gäller patienter, vårdare och organisationer. RANCARE Action-projektet har som målsättning att underlätta diskussionen om vådransonering och utebliven vård. Målet är att öka samarbete och nätverkande samt



*På första raden sitter några av föreläsarna:  
Fr vänster: prof. Helena Leino-Kilpi, prof. Anat Drach-Zahavy, prof. Riitta Suhonen,  
prof. Terry L. Jones, prof. Anne Scott och prof. Walter Sermeus.*

ett ökat utbyte av sakkunskap och expertis på internationell nivå. Man strävar till att integrera olika discipliner och närmelsesätt från vård, etik, hälsovård, ekonomi och socialpolitik (2).

### Projektets uppbyggnad

RANCARE Action har deltagare från 28 länder, både i och utanför Europa. Deltagarna kommer från discipliner såsom vård, psykologi, filosofi, etik, hälsoekonomi, hälsovårdsadministration samt sakkunniga från akademier, politiken, pedagogiken och patientgrupper. Projektet har fyra arbetsgrupper:

1. Koncept, organisation och metodologi.
2. Evidensbaserade interventioner och designs.

3. Etiska dimensioner i vårdransonering.
4. Utbildningsrelaterade frågor (2).

Finland deltar i projektet via enheten för vårdvetenskap vid Turun yliopisto där professor Riitta Suhonen leder arbetsgrupp tre och professor Helena Leino-Kilpi är medlem av styrgruppen för RANCARE.

### Training schools

RANCARE Action ordnar kurser som kallas för Training schools. Kurserna är ämnade för doktorander och forskare i början av karriären. Syftet med kursen är att uppmuntra nya forskare och utveckla deras forskningsförmåga vad gäller olika koncept, teorier och metodologier. Man vill även lära ut forskningsplanering och

### Faktaruta:

European Cooperation in Science & Technology (COST) grundades 1971 och är det äldsta europeiska nätverket som stöder samarbete mellan forskare, ingenjörer och akademiker över hela Europa. COST erbjuder möjligheter för tvärvetenskaplig idéutveckling och initiativtagande inom vetenskap och teknologi inklusive socialvetenskaper och humanistiska ämnen genom ett europeiskt nätverk av nationellt finansierade forskningsaktiviteter (1).

publicering i vetenskapliga tidskrifter. Vidare vill man stärka medvetenheten om utebliven vård samt skapa ett nätverk för kunskapsutbyte och spridning av god praxis på europeisk och internationell nivå (4).

I september 2017 var det Turun yliopistos tur att stå värd för en kurs. För att bli antagen till kursen krävdes en relativt omfattande ansökan som innehöll ett fritt formulerat följebrev, ett abstrakt om ansökandes egen forskning och hur denna kan relateras till vådransonering och utebliven vård samt en CV.

I mitten av juli kom beskedet att jag blivit antagen till kursen och 18.9 befann jag mig på plats i Åbo. Jag hade valt att delta i kursen som hänförde sig till arbetsgrupp tre: Etiska dimensioner i vådransonering och utebliven vård. Parallellt med den kursen ordnades även en kurs för arbetsgrupp ett: Koncept, teorier och metodologier.

Det totala antalet antagna var 40, 20 för varje arbetsgrupp. Deltagarna kom från 16 olika länder, främst Finland, Polen, Cypern och Irland. Kursdragarna och föreläsarna hör till de mest sakkunniga forskarna och utbildarna inom respektive område. Nämnas kan professor Chris Gastmans från Centre for Biomedical Ethics and Law vid KU Leuven i Belgien, professor Terry Jones från Virginia Commonwealth University i USA, professor Anne Scott från National University of Ireland, Galway, professor Walter Sermeus från Leuven Institute for Healthcare Policy, Belgien samt professor Riitta Suhonen och professor

Helena Leino-Kilpi från vårdvetenskapen vid Turun yliopisto (4).

Vådransonering och utebliven vård är fenomen som jag inte var bekant med sedan tidigare. När jag insåg vad det handlar om så ser jag att det är något som konstant förekommer inom vården. Jag har bara inte haft ett namn på det tidigare och visste inte att det är ett fenomen där det finns ett stort forskningsintresse och en ökande mängd evidens. Vådransonering och utebliven vård kan ske på alla nivåer, på makronivå handlar det om fördelning av resurser på nationell nivå, på mesonivå om t. ex. geografisk placering av sjukhus i ett land och på mikronivå kan det handla om utbildad och/eller otillräcklig personal på vårdhem.

### Utebliven vård

Vad är då utebliven vård? Det är den vård som kunde ges och skulle behöva ges om det fanns mera tid och mera resurser. Det är den vård som sjukskötare, närvårdare och andra vårdare medvetet eller omedvetet väljer bort för att man helt enkelt inte hinner med allt man borde göra. Vad är det för sorts vård som uteblir? Studier visar på att det är främst samtal med patienter som lämnas bort. Även utveckling och uppdatering av vårdplaner, information/skolning av patienter och deras anhöriga samt dokumentering i vårdjournalen kommer högt upp på listan. Patienters munvård och munhygien hamnar även det högt på listan av vård som lämnas bort på grund av tidsbrist. Det som man sällan missar i vården och som alltså hamnar lägst på listan är smärtbehandling, vårdåtgärder och administrering av mediciner på rätt tid. Dessa fynd är liknande från studier som gjorts på sjukhus över hela Europa (5).

Konsekvenserna av utebliven vård är många. För patienternas del kan det betyda ett sämre vårdresultat i form av ökad dödlighet, medicineringsmisstag, fall- och andra olyckor, trycksår och sjukhusinfektioner. För vårdarnas del kan utebliven vård och känslan av otillräcklighet leda till minskad arbetstillfredsställelse, att man lämnar vårdyrket eller att personalen ofta byter arbetsplats samt utbrändhet (5).

Något som visade sig ha en stor effekt på



*Annika Ahläng.*

sjukskötarens resurser och tid är den vanliga praxisen att använda dem till andra uppgifter än vad som hör till deras sjukskötaransvar och -kompetens. En tredjedel av de sjukskötare som deltog i Ausserhofer's europeiska studie rapporterade att de ofta utförde icke-vårdrelaterade uppgifter. Frågan väcks då, hur mycket påverkar det att nödvändiga vårduppgifter lämnas ogjorda för att sjukskötarens färdigheter och resurser missbrukas i form av krav på att utföra icke-vårdrelaterade arbetsuppgifter? Med icke-vårdrelaterade uppgifter avses t.ex. städning av patientrum, rengörning av utrustning, hämtande av material och dylikt (5).

## Sammanfattning

Det var en givande vecka i Åbo. Jag nämnde tidigare att jag inte var insatt i ämnet före kursen men det var verkligen ögonöppnande att få höra om detta fenomen, ett fenomen

som jag själv i mitt arbete som sjukskötare och avdelningsskötare upplevt så gott som dagligen. Ämnet är i högsta grad aktuellt dels för de ökade kostnader som ett negativt patientutfall ger vården i allmänhet och dels för de effekter det har på vårdpersonalen. Många nyutbildade vårdare väljer att lämna yrket på grund av stress och den upplevda bristen på stöd från organisationen. Många väljer att arbeta deltid för att orka med arbetet och andra blir långtids-sjukskrivna på grund av utmattningssymtom.

Vårdare som arbetar i sjukhus och på avdelningar med bättre arbetsmiljö, mindre arbetsbörda och färre krav på att utföra icke-vårdrelaterade arbetsuppgifter, har angett en lägre förekomst av utebliven vård (5). Detta är något vi även i Finland behöver ta fasta på och diskutera på alla nivåer inom hälsovården. Slutligen ett stort tack till RANCARE Action och till Turun yliopisto för en välorganiserad och givande kursvecka.

För mer information om RANCARE Action: [www.rancare-action.eu](http://www.rancare-action.eu). Mera information om kurserna: [www.rancare-action.eu/call-for-participation/training-schools/](http://www.rancare-action.eu/call-for-participation/training-schools/).

## Referenser

1. About COST (Internet) (hämtad 21.10.2017) Hämtad från: [www.cost.eu](http://www.cost.eu).
2. COST RANCARE (Internet) (hämtad 21.10.2017) Hämtad från: [www.utu.fi/en/units/med/units/hoitotiede/research/projects/older-individuals/rancare/Pages/home.aspx](http://www.utu.fi/en/units/med/units/hoitotiede/research/projects/older-individuals/rancare/Pages/home.aspx).
3. Care Rationing (Internet) (hämtad 22.10.2017) Hämtad från: [www.nzno.org.nz/carerationing](http://www.nzno.org.nz/carerationing).
4. Annual Training Schools (Internet); 2017 (hämtad 21.10.2017) Hämtad från: [www.rancare-action.eu/wp-content/uploads/2017/05/RANCARE\\_TS\\_Finland\\_Sept17\\_Deadline\\_Extension.pdf](http://www.rancare-action.eu/wp-content/uploads/2017/05/RANCARE_TS_Finland_Sept17_Deadline_Extension.pdf).
5. Ausserhofer D, Zander B, Busse, R, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multi-country cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf.* 2014; 2(23): 126–135.

## Författaren

Annika Ahläng

Avdelningsskötare

Doktorand vid enheten för vårdvetenskap,  
Åbo Akademi

# Psykosocial arbetsbelastning inom vården

Charlotte Schröder • Anu Grönlund

Syftet med studien var att beskriva den psykosociala arbetsbelastningens olika dimensioner inom vården och belysa dess inverkan på personalens hälsa samt ge konkreta förslag hur man kan förebygga den.

## Inledning

Vården är en bransch utsatt för hög belastning; vårdare är ofta tvungna att ha många bollar i luften. Patientarbetet är tidvis fysiskt tungt samtidigt som det råder personalbrist. Många organisationer drar ner på personal för att spara pengar (1). Det här gör att vårdare lätt tappar motivationen för arbetet, då det kanske inte går att genomföra det på ett korrekt och

patientsäkert sätt. Samtidigt har vårdpersonal begränsade påverkningsmöjligheter på det här området. Hur ska vi handskas med den ökande psykosociala arbetsbelastningen inom vården?

Det här är något jag intresserade mig för då jag märkte att problemet med hög arbetsbelastning inom vården är utbrett. Psykosociala belastningsfaktorer skapade stor oro och ibland utmattning hos vårdpersonalen. Därför ville jag söka evidensbaserad kunskap om temat och finna hälsofrämjande åtgärder. Det här är ett angeläget tema eftersom vårdare behöver ha en god hälsa för att kunna ta hand om andra. Studien är även inspirerad av mitt examensarbete "Arbetsbelastningens inverkan på läkemedelssäkerheten".

## Arbetsbelastning

Arbetsbelastning förekommer på alla arbetsplatser. Den kan vara för låg, rimlig eller för hög. För hög arbetsbelastning kan bli skadlig



och få negativa hälsokonsekvenser (2). Resurser för att klara av arbetskraven är kunskap och erfarenhet, möjlighet till återhämtning, stöd från omgivningen och påverkningsmöjligheter i arbetet (3). Arbetskraven kan vara arbetsgivarens krav eller arbetstagarens krav på sig själv (4). Arbetsbelastningen blir för hög då arbetstagaren saknar resurser att möta arbetskraven (3, 4), speciellt om detta sker ofta eller om arbetskraven är mycket högre än arbetstagarens förmåga (5). För hög arbetsbelastning kan leda till stress. Hur man reagerar beror emellertid på personlighet, erfarenhet, hälsotillstånd, kunskaper och färdigheter (4).

Enligt en modell delas psykosociala belastningsfaktorer in i tre grupper. Den första gruppen, belastningsfaktorer i relation till arbetsinnehållet, handlar om till exempel ensidigt arbete, krav på konstant koncentration, stor informationsmängd, upprepade avbrott, oskäligt ansvar och påfrestande kundkontakter. Den andra gruppen, belastningsfaktorer i relation till arbetsarrangemanget, handlar om för mycket eller för lite arbete, skiftarbete, rörligt arbete, bristfälliga arbetsredskap, oklara arbetsbeskrivningar, oklara mål eller oklar ansvarsfördelning. Den sista gruppen, faktorer i arbetsgemenskapen, handlar om till exempel ensamt arbete, dåligt samarbete, dåligt informationsflöde, brist på stöd av chefen och arbetskamraterna, mobbning och osakligt bemötande (5).

Vårdbranschen är utsatt för hög arbetsbelastning (4, 6). Vanliga problem på äldreboenden är personalbrist, fysiskt tungt arbete och tidspress (6). På sjukhus råder också ofta personalbrist. Ibland gör sjukskötarna uppgifter som inte kräver sjukskötarcompetens, t.ex. tvättsortering och tidsbokning (7). Den psykosociala belastningen ökar också då arbetsmängden är stor samtidigt som det finns studerande eller oerfarna vikarier på enheten. De erfarna sjukskötarna känner då ofta stress över hur de ska klara arbetsbördan. En annan orsak till belastning är rädslan för att inte bli uppskattad av arbetsgemenskapen. Det här kan orsakas av dålig kommunikation och dåligt stöd av arbetskamraterna (8).

## Lag och förordning

Arbetsbelastningen regleras i arbetarskyddslagen, lagen om företagshälsovård och förordningen om principerna för god företagshälsovårdspraxis (9, 10, 11). Detta för att undvika hälsoskadlig arbetsbelastning. Arbetarskyddslagen förpliktar arbetsgivaren att värna om arbetstagarnas hälsa och säkerhet i arbetet (9). Det här kräver kontinuerligt och systematiskt arbete.

För att identifiera belastningsfaktorerna kan arbetsgivaren använda sig av utvecklingssamtal, undersökningar av arbetstillfredsställelsen och -klimatet samt arbetstidsbokföring. För hög arbetsbelastning indikeras av förlängda arbetsdagar, sämre arbetsprestationer, förändringar i arbetstagarnas beteende, mer konflikter och fler olycksfall i arbetet. Arbetsgivaren bör bedöma riskernas betydelse för hälsan och därefter prioritera åtgärderna. Åtgärderna syftar till att avlägsna eller minska belastningsfaktorerna, erbjuda arbetstagarna medel att hantera belastningsfaktorerna eller stödja skadligt belastade arbetstagare. Medel att hantera belastningsfaktorer är t.ex. utbildning, flexibla arbetstider, pauser och socialt stöd. Det är viktigt att arbetsgivaren utarbetar handlingsplaner och rutiner eftersom skadlig belastning kan leda till ökad sjukfrånvaro och högre personalomsättning. Slutligen bör man följa upp åtgärdernas effekter (5).

## Studiens syfte

Syftet med studien var att beskriva den psykosociala arbetsbelastningens olika dimensioner inom vården och belysa dess inverkan på personalens hälsa samt ge konkreta förslag hur man kan förebygga den. Det här leder till studiens frågeställningar:

- 1) vilka faktorer bidrar till hög psykosocial arbetsbelastning inom vården?
- 2) hur påverkar psykosocial arbetsbelastning vårdpersonalens hälsa?
- 3) med vilka konkreta åtgärder kan man förebygga psykosocial arbetsbelastning inom vården?

## Metod och genomförande

Studien är en litteraturstudie av kvalitativ design. Vetenskapliga forskningsartiklar söktes i databasen ScienceDirect. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, inte vara äldre än tio år, vara publicerade i en vetenskaplig tidskrift och handla om psykosocial arbetsbelastning i en vårdkontext. Sökorden psychosocial, workload, nursing, health, service, psychosocial\*, practices, to, reduce, risk, factors, at, work, nurs\*, environment, demand, job, stress, manag\*, reduc\*, improv\* och intervention användes i olika kombinationer. Fem relevanta artiklar inkluderades i studien. Alla forskningsartiklarna som inkluderades var max fem år gamla. De var gjorda i Italien, Schweiz, Australien och Taiwan.

Analysmetoden som användes var kvalitativ innehållsanalys. Artiklarna lästes igenom flera gånger för att få en bra uppfattning om innehållet. Relevanta textsegment ströks under i texten. Textsegmenten lades sedan in i en tabell, där de kondenserades till koder. Liknande koder lades sedan ihop till underkategorier. Underkategorier med liknande tema lades ihop till kategorier. Varje frågeställning analyserades skilt för sig.

## Resultat

Fyra kategorier av belastningsfaktorer hittades: dåligt socialt klimat, brist på resurser, krav och begränsningar samt arbetets karaktär. Konflikter, dåligt samarbete och dåliga relationer, icke-stödande arbetsmiljö, våld på arbetsplatsen och orättvisa på arbetsplatsen formar ett dåligt socialt klimat. Det sociala stödet är centralt (12, 13, 14) och förmannen har en viktig roll i att skapa en stödande arbetsplatskultur. Exempel på dåligt stöd är att personalen inte får belöning och erkännande när de lyckats (12). Orättvisa kan bl.a. handla om låg lön. Våld på arbetsplatsen är ganska vanligt inom vården. Det förekommer i olika former: fysiskt, verbalt, mobbning och sexuella trakasserier (15).

För mycket arbete, bristfälliga arbetsredskap, låg kompetens, bristfällig information och bristfällig bemanning har att göra med brist

på resurser. Låg kompetens kan till exempel innebära att personalen känner sig osäker på hur de ska bemöta patienters känslomässiga behov. Bristfällig bemanning innebär att man inte kan prioritera högkvalitativ vård och reflektion på grund av personalbrist (12). Bristfällig information innebär bl.a. att informationen inte är tillförlitlig eller att den delges i fel tid (15).

Krav och begränsningar förekommer i form av höga arbetskrav, dåliga möjligheter att använda och utveckla kunskaper, brist på kontroll i arbetet och begränsad delaktighet i beslutsprocesser. Höga arbetskrav kan t.ex. innebära krav på konstant koncentration. Bl.a. enformiga arbetsuppgifter begränsar arbetstagarnas möjligheter att utvecklas (15). Hög arbetsbelastning associeras med utmattning. Kontroll i arbete minskar dock utmattningen hos arbetstagare (16).

Typiska drag i arbetet och en föränderlig arbetsmiljö hör till arbetets karaktär. De här faktorerna, till exempel tresiftsarbete, är svåra att förändra (13). Vårdpersonal exponeras också för svårt lidande och döende patienter, vilket kan vara känslomässigt tungt (16). Hälso- och sjukvården är dessutom en bransch som är utsatt för ständiga förändringar; till exempel förändringar i arbetstider och balans mellan arbete och fritid (13).

## Psykosocial arbetsbelastning

Två kategorier av hälsoeffekter av psykosocial arbetsbelastning hittades: fysisk ohälsa och psykisk ohälsa. Fysisk ohälsa som relateras med psykosocial arbetsbelastning är t.ex. huvudvärk, högt blodtryck, ryggsmärta och ledvärk. De två sistnämnda är vanligast och associeras med verbal aggressivitet gentemot personal (12). Vanliga psykiska problem är nedstämdhet, fientlighet, svagt självförtroende (15), problem i sociala relationer (12) och sänkt motivation (16). Våld på arbetsplatsen associeras med psykologiska problem, posttraumatiskt stressyndrom, ångest, sömnproblem och depression (15).

Stress är ett vanligt resultat av psykosocial arbetsbelastning (13, 14, 15, 16). Stress kan orsaka depression, irritabilitet, sömnstörningar,

trötthet, dåligt minne och dålig uppmärksamhet. Den kan bidra till fysisk ohälsa genom sämre hälsovanor, fysiologiska förändringar i kroppen och försämrat immunförsvar (14). Långvarig arbetsstress ökar risken för utmattningssyndrom. Utmattningssyndrom associeras med sämre arbetsprestationer och sjukfrånvaro (16). Studier har indikerat att psykisk ohälsa kan vara smittsam inom en arbetsgemenskap (15, 16).

## Förebyggande åtgärder

Tre kategorier av åtgärder för att förebygga psykosocial arbetsbelastning hittades: öka samverkan, öka resurser och införa strategier. Genom att tydliggöra rollerna inom organisationen, ge stöd i arbetet, förbättra delaktighet och påverkningssmöjligheter samt stärka teamarbete kan man öka samverkan. Arbetstagarna ska få feedback (13) och handledning (14) samtidigt som de borde få mer kontroll över sitt arbete (16). De borde också få vara delaktiga i beslutsfattande (14). Teamarbete borde stärkas genom bättre kommunikation, diskussion och reflektion (13).

Man kan öka resurserna genom att höja kompetensen, öka bemanningen och satsa på välbefinnande och balans mellan arbete och fritid. En ökad kompetens bidrar till känslan av kontroll (15). Flexibla arbetstider bidrar till balans mellan arbete och fritid (16).

Regler och riktlinjer, strategier för uppföljning av arbetsbelastningen och målsättningar är också metoder för att förebygga psykosocial arbetsbelastning. Det kan till exempel handla om att införa en etisk kod för vårdpersonal, riskhanteringssystem och säkerhetshandteringssystem (13).

## Diskussion

Resultatet bekräftar att vården är en bransch med hög psykosocial arbetsbelastning (15). Belastningsfaktorerna har visats förekomma på vårdanstalter, sjukhus och i öppenvård (12, 13, 14, 16). Resultatet kan fungera som en checklista för arbetsgivare i sitt arbete med att identifiera belastningsfaktorerna.

Psykosocial arbetsbelastning kan leda till många olika typer av ohälsa och därigenom arbetsoförmåga och långa sjukskrivningar (13, 14, 16). Speciellt utmattningssyndrom associeras med sjukfrånvaro (16), kanske på grund av dess potential till långtgående negativa hälsokonsekvenser både fysiskt och psykiskt (17). Utmattningssyndrom hos en arbetstagare kan påverka andra arbetstagare t.ex. genom ökat antal arbetsolycksfall. Dessutom kan utmattningssyndrom vara smittsam mellan personer i samma arbetsgemenskap (16). Psykisk ohälsa hos arbetstagare påverkar således hela arbetsmiljön negativt.

En del arbetstagare kommer på jobb även om de mår dåligt. Då presterar de sämre, vilket har en direkt inverkan på organisationens effektivitet (14). Stress kan också påverka arbetsengagemang och -tillfredsställelse negativt. Därigenom kan det orsaka hög personalomsättning och fler avvikelser. Stress är alltså en patientsäkerhetsrisk. Personalomsättningen orsakar förlust av kunskap och erfarenhet inom organisationen, vilket även det leder till försämrad effektivitet. Om man inte hittar ny personal skapas ännu högre arbetsbelastning. Försämrad effektivitet orsakar ekonomiska förluster för arbetsgivaren (14). Samtidigt drabbas hälso- och sjukvårdssektorn ofta av ekonomiska sparåtgärder. Detta ställer krav på att minska personal och höja effektiviteten (15). I ljuset av forskning kring arbetsbelastning verkar detta vara en omöjlig ekvation.

Att öka och förbättra interaktionen mellan människor på arbetsplatsen visade sig vara en effektiv åtgärd. Kontroll i arbetet hörde till den här kategorin. Enligt en studie är hög arbetsbelastning inte ett stort problem när arbetstagarna har tillräckligt kontroll i arbetet (16). Kommunikation, diskussion, reflektion och kunskap om sin roll i arbetet är viktigt (13). Kunskap om den egna och andras roller är viktigt inom sjukvården eftersom man ofta arbetar i team. Rollerna gör att man kan fördela ansvaret mellan teammedlemmarna. Ett språk som kan förstås av alla professioner i teamet underlättar samarbetet (18).

Att få belöning och beröm för ett bra gjort jobb kallas positiv förstärkning. Positiv förstärk-

ning har visats öka arbetstagarnas motivation, förbättra arbetsprestationerna och höja arbetstagarnas kompetens. Det finns alltså effektiva och billiga sätt att öka personalens mentala och kunskapsmässiga resurser. En annan metod är erbjuda flexibla arbetstider (16). Det här är en bra lösning eftersom arbetstagarna får möjlighet att skapa en god balans mellan arbete och fritid. Detta har visats stärka hälsan och arbetsförmågan (19).

Sammanfattningsvis, åtgärder för att minska skadlig belastning behöver inte alltid vara svåra, tidskrävande eller dyra. Åtgärderna borde vidtas i ett tidigt skede för att undvika att ohälsa sprids på arbetsplatsen. Om insatserna är omfattande får de en mer hållbar positiv effekt på personalens hälsa (13). Exempelvis kunde man satsa på ledarskapsutbildningar, övningar i teamarbete, flexibilitet och stresshantering i form av gemensamma rekreativ-aktiviteter och motionsmöjligheter.

## Referenser

- Häggman F. Social- och hälsovårdsfacket. Vårdbolagen gör vinst genom att skära ner på personal (Internet). Svenska yle; 2017 (hämtad 16.9.2017) Hämtad från: <https://svenska.yle.fi/artikel/2017/09/08/social-och-halsovardsfacket-vardbolagen-gor-vinst-genom-att-skara-ner-pa-personal>.
- Arbetskyddsförvaltningen. Psykosocial belastning (Internet). Arbetskyddsförvaltningen (hämtad 10.09.2017) Hämtad från: [www.tyosuojelu.fi/web/sv/arbetsforhallanden/psykosocial-belastning](http://www.tyosuojelu.fi/web/sv/arbetsforhallanden/psykosocial-belastning).
- Arbetsmiljöverket. Stress (Internet). Arbetsmiljöverket; 2017 (hämtad 23.09.2017) Hämtad från: [www.av.se/halsa-och-sakerhet/psykisk-ohalsa-stress-hot-och-vald/stress/](http://www.av.se/halsa-och-sakerhet/psykisk-ohalsa-stress-hot-och-vald/stress/).
- Kimell P, Schröder C. Arbetsbelastningens inverkan på läkemedelssäkerheten (Internet). Examensarbete, Arcada, vård, Helsingfors; 2017 (hämtad 09.09.2017) Hämtad från: [http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/124882/Kimell\\_Paulina\\_Schroder\\_Charlotte.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/124882/Kimell_Paulina_Schroder_Charlotte.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Arbetskyddsförvaltningen. Psykosocial belastning på arbetsplatsen (Internet) Arbetskyddsförvaltningen; 2017 (hämtad 16.9.2017) Hämtad från: [www.tyosuojelu.fi/documents/95094/2510212/Julkaisu\\_022017\\_psykosocial\\_belastning/](http://www.tyosuojelu.fi/documents/95094/2510212/Julkaisu_022017_psykosocial_belastning/).
- Ruda A. Sjukfrånvaron inom vården ökar (Internet). Svenska yle; 2017 (hämtad 10.09.2017) Hämtad från: <https://svenska.yle.fi/artikel/2017/05/19/sjukfranvaron-inom-varden-okar>.
- Degerman R. Yksinkertaiset konstit auttoivat Oysissa: Hoitajia siirettiin kiirepaikkoihin ja pyykinpesun hoitavat nyt muut (Internet). Yle; 2017 (hämtad 19.10.2017) Hämtad

från: <https://yle.fi/uutiset/3-9757308>.

- Rautiainen R. Ikääntyvä hoitaja on myös asiantuntija (Internet). Yle; 2012 (hämtad 20.10.2017) Hämtad från: <https://yle.fi/uutiset/3-6090490>.
- Finlands författningssamling. Arbetarskyddslag 23.8.2002/738 (Internet) (hämtad 17.9.2017) Hämtad från: <http://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=arbetarskyddslag#L2P8>.
- Finlands författningssamling. Lag om företagshälsovård 21.12.2001/1383 (Internet) (hämtad 17.9.2017) Hämtad från: [www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2001/20011383#L3P12](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2001/20011383#L3P12).
- Finlands författningssamling. Statsrådets förordning om principerna för god företagshälsovårdspraxis, företagshälsovårdens innehåll samt den utbildning som krävs av yrkesutbildade personer och sakkunniga 708/2013 (Internet) Finlex; 2013 (hämtad 17.9.2017) Hämtad från: [www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2013/20130708#Pidp451483472](http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2013/20130708#Pidp451483472).
- Dhaini S R, Zúñiga F, Ausserhofer D, Simon M, Kunz R, De Geest S, Schwendimann, R. Care workers health in Swiss nursing homes and its association with psychosocial work environment: A cross-sectional study, International Journal of Nursing Studies. 2016; 53: 105–115.
- d'Ettorre G, Greco M. Healthcare Work and Organizational Interventions to Prevent Work-related Stress in Brindisi, Italy, Safety and Health at Work. 2015; 6: 35–38.
- Rickard G, Lenthall S, Dollard M, Opie T, Knight S, Dunn S, Wakerman J, MacLeod M, Seiler J, Brewster-Webb D. Organisational intervention to reduce occupational stress and turnover in hospital nurses in the Northern Territory, Australia, Collegian. 2012; 19: 211–221.
- Cheng W-J, Cheng, Y. Minor mental disorders in Taiwanese healthcare workers and the associations with psychosocial work conditions, Journal of the Formosan Medical Association. 2017; 116: 300–305.
- Portoghese I, Galletta M, Coppola R C, Finco G, Campagna M. Burnout and Workload Among Health Care Workers: The Moderating Role of Job Control, Safety and Health at Work. 2014; 5: 152–157.
- Ahola K, Tuisku K, Rossi H. Työuupumus (burnout) (Internet) Duodecim Terveyskirjasto; 2015 (hämtad 4.11.2013) Hämtad från: [www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00681](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00681).
- Johansson F, Sylvan E. Vårdteamet - Faktorer som skapar ett fungerande team (Internet). Kandidatuppsats, Högskolan Halmstad; 2013 (hämtad 5.11.2017) Hämtad från: [www.diva-portal.org/smash/get/diva2:624163/FULLTEXT01.pdf](http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:624163/FULLTEXT01.pdf).
- Clarín A, Boman J. Balans i arbetet, balans i livet (Internet). En kvantitativ studie om arbetslivets inverkan på privatlivet, Södertörns Högskola; 2007 (hämtad 5.11.2017) Hämtad från: [www.diva-portal.se/smash/get/diva2:15534/FULLTEXT01.pdf](http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:15534/FULLTEXT01.pdf).

## Författarna

Charlotte Schröder  
Hälsovårdarstuderande, YH Arcada

Anu Grönlund  
Examensansvarig lektor, YH Arcada

# Queen Silvia Nursing Award stipendiat 2017



Katri Sajama tilldelas Queen Silvia Nursing Award Finland 2017. Juryn konstaterade i sitt val att Katris idé om en "Vänlig dörrvakt" förenar empati och teknologi på ett innovativt sätt. Den talande dörrvakten aktiveras av att dörrhandtaget på ytterdörren till bostaden rörs och med en bekant, exempelvis närståendes, röst lugnar och påminner den äldre om att exempelvis inte gå ut mitt i natten.

Katri studerar första året vid Tampereen Ammattikorkeakoulu:s flerforms-utbildning till sjukskötare. Hon är utbildad metallsmed vilket hon kompletterat med en andra stadiets delexamen i välfärdsteknologi. Självs beskriver hon sig inte som ett teknikers underbarn utan främst som en person som vill hjälpa andra.

Katri är den fjärde Queen Silvia Nursing Award stipendiaten i Finland och den andra som studerar vid Tampereen Ammattikorkeakoulu. Förutom ett stipendium på 6 000 € tilldelas hon en individanpassad praktik som innebär att Katri har möjlighet att bekanta sig med Queen Silvia Nursing Awards partners verksamheter såväl i Finland som i Sverige, Polen och Tyskland som är de övriga länderna där stipendiet ordnas. Stipendiet har grundats av Forum for Elderly Care & Swedish Care International (SCI) och möjliggjorts av samarbete med: Elisa, Essity, Hugo och Maria Winbergs stiftelse, Nordnet, Sairaanhoidajaliitto, Sjuksköterskeföreningen i Finland, Sopimusvuori, Stiftelsen Silviahemmet & Folkhälsan Välfärd, som är huvudpartner i Finland.

# Barn-HLR inom ÅHS

Christel Qvarnström • Sonja Ståhl

Vi som jobbar med projektet Barn-HLR inom ÅHS (Ålands hälso- och sjukvård) är Christel Qvarnström, sjukskötare på akuten sedan 11 år och Sonja Ståhl, sjukskötare på barn- och ungdomsklinikkens avdelning sedan 16 år.

## Bakgrund

Inom ÅHS utbildas all personal sedan 2008 inom vuxen-HLR (grund hjärt-lung-räddning).

Sjukvårdspersonal går därefter S-HLR (HLR för sjukvårdspersonal) och valda enheter går vidare med A-HLR (avancerad hjärt-lungräddning). Vid omhändertagandet av vuxna med hjärtstopp har man, efter att utbildningarna startade, sett en tydligare struktur, större beredskap inom personalen och man har uppnått bättre överlevnad av vuxna med hjärtstopp än innan. Den strukturen och beredskapen ville man inom ÅHS även att våra barnpatienter skall få möta. Det ledde till att inom Barn-HLR utbildas sedan 2015 de enheter inom ÅHS som kan möta svårt eller akut sjuka barn, så som räddningsverket, fältchefer, akuten, barn- och ungdomskliniken, intensivvården och operationsav-



*Våra dockor Emil, Anton, Sara, Ida och Elsa.*

delningen samt de läkare som har jourtjänstgöring på akuten.

Alla utbildningar har gemensamt att de grundar sig på svenska HLR-rådets upplägg. Svenska HLR-rådet är en nationell, ideell organisation med ett färdigt koncept med utbildningar, handlingsplaner och utbildningsmaterial, vars riktlinjer revideras vart femte år enligt ERC:s (European Resuscitation Council) uppdateringar.

Inom vuxen-HLR på ÅHS finns det två huvudinstruktörer som utbildar instruktörer (två personer per enhet) som i sin tur utbildar sina kolleger på enheten. Den stora skillnaden är att inom barn-HLR är vi två instruktörer som

utbildar all sjukvårdspersonal inom de nämnda enheterna. För att bli instruktörer gick vi två utbildningar i Göteborg 2015, först till barn-HLR/S-HLR instruktörer och sedan till instruktörer i A-HLR för barn. Nu jobbar vi fortgående med utbildningarna tio veckotimmar från september till maj.

### **Hjärtstopp hos barn**

För att förstå handlingsplanerna vid hjärtstopp hos barn är det väsentligt att förstå varför barn får hjärtstopp. Förutom olika medfödda sjukdomar och cancer är det bland de yngre barnen drunkning som dominerar vid dödsfall



*Sonja Ståhl och Christel Qvarnström.*

och bland de äldre barnen olika trauma. Det betyder att då barn drabbas av hjärtstopp orsakas det i de flesta fall av en andningsstörning som lett till en hypoxi som obehandlad kan leda till bradykardi och hjärtstopp. I de fallen är det av största vikt att uppmärksamma andningssvårigheterna och arbeta förebyggande genom att upprätthålla fria luftvägar och en effektiv ventilering, så att man i bästa fall kan förhindra ett hjärtstopp. Behandling vid dessa hjärtstopp är adrenalin och HLR, samt att åtgärda det som förorsakat hjärtstoppet. Endast en tiondel av barnen med hjärtstopp drabbas av ett primärt hjärtstopp med ventrikelflimmer eller pulslös ventrikeltakykardi som behandlas med defibrillering.

## **Dockor**

Vi använder oss av dockor i två olika storlekar vid våra utbildningar. Dels babydockor

som representerar barn 0–1 år och dels juniordockor som representerar barn från ett år till puberteten. Det finns flera orsaker till att olika storleks dockor används. Det självklara, att barn är olika stora, men också att orsakerna till hjärtstopp varierar i olika åldrar samt att även handgreppen vid ventilering och kompressioner skiljer sig mellan barn yngre än ett år och barn över ett år. Det övas på de olika dockorna. Den avancerade utbildningen, A-HLR för barn kräver även att dockorna skall vara möjliga att intubera, man skall kunna lägga intraosseös nål och gärna även kunna använda defibrillering på dem.

## **Utbildningen S-HLR för barn**

S-HLR för barn är en 3,5 h grundutbildning där teori varvas med praktiska övningar och fokus ligger på att lära känna handlingsplanen och handgreppen vid ventilering och hjärtkomprimering på barn i olika åldrar. Vi övar både som ensam livräddare och med två livräddare.

A-HLR för barn är en åtta timmars utbildning där förmiddagen består av en kort teoretisk del och fyra stationsövningar. Stationerna är:

1. Fri luftväg och ventilation, bedömning och hantering av barn med andningsproblem. Vi går gradvis igenom vad vi kan göra för att underlätta för ett barn som har andningsproblem att andas själv, till hur vi assisterar ett barn med andningsstopp.
2. HLR på barn med bästa kvalitet. Två minuter HLR utförs parvis på både baby- och juniordocka, där babydockan ger feedback på kvaliteten av både ventilering och kompressioner. Deltagarna ger själva feedback till varandra då juniordockan används.
3. Hjärtrytm och defibrillering. Vi går igenom de vanligaste hjärtrytmerna ett barn med hjärtstopp kan uppvisa och hur vi går vidare enligt handlingsplanen. Även genomgång av den manuella defibrillator som är aktuell om ett barn drabbas av ett hjärtstopp som behöver defibrillering.
4. Intraosseös infart och kontrollerad vätsketillförsel.





*Övning i full gång.*

Eftermiddagen består av scenarieträning. Alla deltagare jobbar i sin egen yrkesroll och skall vara arbetsklädda. De olika momenten i scenarierna skall utföras så verklighetstroget som möjligt så att man blir varse om hur lång tid alla moment tar och även att man får känna på hur mycket personal en återupplivning kräver. Rekommendation är minst fyra personer vid en återupplivning, men det krävs oftast fler än det. Vi försöker anpassa scenarierna till vår verksamhet, både var scenarierna inträffar och också hurudana situationerna är, så att alla

kan känna igen sig. Vid båda utbildningarna är grupperna blandade med personal från de olika enheterna, det medför att vi lär känna varandra bättre men också att vi kan lära av varandra och byta erfarenheter.

Efter de inledande utbildningarna strävar vi efter att alla går en repetitionskurs på tre timmar /år. Repetitionskursen består av enbart scenarieträning.

## Sammanfattning

Det var en intensiv uppstart hela 2015 med att lära känna varandra, gå våra egna utbildningar, och sedan planera allt material, motivera våra inköp för ledningen, boka in deltagare för utbildningarna och starta med själva utbildningarna. Under tre månaders tid, mars-maj 2015, höll vi 18 utbildningar i barn-HLR med sammanlagt 126 deltagare, idag har 184 gått grundutbildningen. Under samma höst började vi med A-HLR för barn och idag har 117 personer gått den utbildningen. Nu efter snart tre år tycker vi att det är fantastiskt att vi fick möjligheten att starta upp projektet barn-HLR inom ÅHS och vi är tacksamma över våra arbetskolleger som med stort engagemang och intresse deltar i utbildningarna.

---

## Författarna

Christel Qvarnström  
Sjukskötare, akuten, ÅHS

Sonja Ståhl  
Sjukskötare, barn- och ungdomskliniken,  
ÅHS

# Studiebesök till Karolinska Institutet i Stockholm

Lisen Kullas-Nyman • Anita Ståhl-Levón

Hösten 2016 var vi på studiebesök till Karolinska Institutet i Stockholm för att besöka olika kliniska undervisningsavdelningar. Syftet med studiebesöket var att få en inblick i hur kliniska undervisningsavdelningar fungerar i vårdverkligheten. En annan bidragande orsak till studiebesöket var att Korsholms kommun och Yrkeshögskolan Novia hade ingått avtal om att under hösten 2016 utveckla en undervisningsavdelning vid Korsholms närsjukhus.

Vi, två utbildningsansvariga för blivande sjukskötare, fungerar som projektdragare för KUA/Korsholms utvecklingsavdelning. Inför uppdraget hade vi inhämtat kunskap om kli-

niska undervisningsavdelningar (KUA) och interprofessionellt lärande (IPL). Trots att vi hade läst på ordentligt upplevde vi att vi inte hade den kompetens vi behövde för detta projekt.

Första dagen besökte vi Södersjukhuset där vi fick träffa föreståndaren för Center för Kliniskt Interprofessionellt lärande. Svenskarna verkar ha en förkärlek för förkortningar så det förkortades C-IPL. Vi fick välkomst-te, information om veckans program och information om KUA, KUM och CEPS. KUM står för kliniskutbildningsmottagning medan CEPS återigen betyder: Centrum för patientsimulering Södersjukhuset. CEPS är en pedagogisk modell för teamträning i simulator som har utarbetats vid Södersjukhuset i Stockholm och som har fått en utbredning i hela Sverige. Fokus under övningarna ligger på samarbete och kommunikation i teamet. Genom att träna tillsammans på akuta situationer kan personalen agera rätt

när situationen väl blir verklig (1).

Efter ett utomordentligt informationstillfälle blev vi presenterade för en sjukskötare som var utbildningsledare. Tillsammans med henne gick vi till CEPS avdelningen. Där fick vi vara åskådare då ett vårdteam bestående av olika yrkesgrupper från intensivvårdsavdelningen agerade vid en simuleringsövning. Vårdteamet övade på hur de skulle agera om tillståndet dramatiskt förändras till det sämre för en patient. Teamträningen filmades och efteråt såg alla deltagare på filmen och det blev en livlig diskussion om vad som gått bra och vad som gått mindre bra. Vi tror att vi alla lärde oss en hel del av denna CEPS träning.

Efter denna simuleringsövning hastade vi iväg till blåbussen för vi skulle inom en timme infinna oss vid huvudentrén till Aula Medica vid Karolinska Institutet i Solna. Vi skulle med andra ord åka från ena ändan av staden till den andra. Restiden var drygt en timme. Den långa bussresan blev samtidigt som en liten sightseeing.

I Solna hade vi inbokat ett möte med en universitetsadjunkt. Universitetsadjunkten arbetar inom klinisk forskning och utbildning. Även detta blev ett matnyttigt besök. Vi fick många bra tips på och namn till olika kontakter som arbetar med KUA, KUM, IPL och CEPS.

Följande dag åkte vi med tåg till Karolinska sjukhuset som finns i Huddinge. Vi orienterade oss fram till KUA K81 i hus K2 på plan 2. Det tog en stund att hitta vägen. Vi behövde hjälp med att hitta till avdelningen och frågade av två olika personer som vi mötte på vägen var vårt mål K81 fanns. Tyvärr kunde de inte hjälpa oss. Vi fick som svar att de inte vet för de bara jobbar där! Men som sagt, till slut stod vi utanför dörren vid K81. Vi blev mottagna av en utbildningsledare som gav information om dagsprogrammet. Därefter bytte vi om till arbetsdräkter och så ut i vårdverkligheten. Vi hospiterade hela dagen med studenterna och handledarna. Begreppet hospitera står för att auskultera eller gästståhöra. Ordet används i Sverige då någon är på tillfällig praktik. Vi fick följa med vid rapport, ronder, vårdåtgärder, diskussioner och reflektioner. En mycket intressant dag. Nu började vi få en uppfattning

om vad KUM och IPL står för.

Tredje dagen var vårt besöksmål igen Södersjukhuset. Södersjukhuset hade vi besökt tidigare, så att hitta vägen var denna gång lätt. Programmet för förmiddagen var också att hospitera men jämfört med gårdagens program på ett annat sjukhus och på en annan avdelning. Vi bytte om till arbetskläder och så fick vi hospitera under förmiddagen. Att hospitera vid Södersjukhuset var lika mycket värt som på Huddinge sjukhus. Efteråt åkte vi i väg med föreståndaren för Kliniskt Interprofessionellt Lärande till Danderyds sjukhus. Där blev vi inbjudna på fest eftersom Danderyds sjukhus hade invigning av den kliniska utbildningsmottagningen (KUM). På festen var det många representanter från sjukhuset, institutioner, universitetet, staden och landstinget. Vi blev särskilt gott mottagna på denna fest. I invigningstalet lyftes det fram att de var glada över att ha två gäster från Yrkeshögskolan Novia som finns i Finland. Det blev festtal, bandklipping, kaffe och te med tillugg. Efter invigningen fick vi gå rundvandring på Danderyds KUM. Personalen berättade också om hur deras KUM fungerade.

Studiebesöket som helhet gav oss ny kunskap om KUA och många nya erfarenheter, insikter och även ny energi att försöka skapa en fungerande KUA vid Korsholms närsjukhus.

Skribenterna vill tacka Sjuksköterskeföreningen för möjligheten till studiebesöket.

## Referens

1. [www.sodersjukhuset.se/System/Testyta/Forskning-utbildning](http://www.sodersjukhuset.se/System/Testyta/Forskning-utbildning)

---

## Författarna

Lisen Kullas-Nyman

Utbildningsansvarig för sjukskötare, lektor  
YH Novia

Anita Ståhl-Levón

Utbildningsansvarig för sjukskötare, lektor  
YH Novia

# Luftburen lungpest på Madagaskar

Bengt Sigvardsson



Foto: Jesper Klemmsson.

*Sjukskötare Randriafanisana Fidinambo Arina Fendarisoa.*

Hösten 2017 drabbades Madagaskar av ett utbrott av dödlig luftburen lungpest. Smittan spred sig i alarmerande fart. Med kort varsel och en dags utbildning förflyttades sjuksköterskor från sina ordinarie arbetsplatser till pestkliniker.

En dag i mitten av oktober 2017 kallades den 34-åriga sjuksköterskan Randriafanisana Fidinambo Arina Fendarisoa till ett möte med sjukhusledningen som gjorde henne livrädd.

– Jag grät av rädsla när jag fick veta att jag skulle förflyttas hit. Jag försökte protestera men sjukhusledningen sa att det var på order av Hälsoministeriet. Jag var tvungen att acceptera det, säger hon.

Randriafanisana skulle förflyttas från sin arbetsplats på en statlig obstetrikmottagning i Madagaskars huvudstad Antananarivo till landets största pestklinik, CHAPA, i utkanterna av staden. Det värsta utbrottet av luftburen lungpest på 50 år hade slagit till på Madagaskar och smittan spred sig i rasande fart. Det första fallet rapporterades i slutet av augusti. I mitten av oktober hade 700 personer smittats. Ett



*Sedan 1980 är pest endemisk på Madagaskar. Det rör sig vanligen om böldpest som smittar människor via loppor från gnagare och som framförallt drabbar landsbygden. 2017 bröt luftburen lungpest ut. Framförallt tätorter drabbades.*

70-tal hade dött. Landets pestkliniker saknade personal och fick kalla in tusentals vårdarbetare från andra sjukhus. Randriafanisana fick en dags utbildning.

– Vi fick lära oss om symptomen, pestpatientvård och hur vi skulle undvika att bli smittade. Det finns inget vaccin mot pest, men under första veckan på CHAPA fick jag Doxycyklin (en antibiotika) i förebyggande syfte, säger hon.

### **Rädd för att gå till jobbet**

När vi träffar Randriafanisana på CHAPA är hon klädd i en ljusblå skyddsrock som täcker hela kroppen. Hon har hårnät, gummihandskar och munskydd. Randriafanisana ger ett glatt intryck och ler ofta, men hon minns sin första

tid på CHAPA med fasa.

– Jag var livrädd för att bli smittad och ville inte gå hit på morgnarna, men efter en vecka började jag vänja mig, säger hon.

Förutom en läkare, två andra vårdare och några vakter syns inte en människa till. Patienter lyser med sin frånvaro.

– När jag började jobba här fanns det 60 patienter, men endast två sjukskötare som arbetade i tvåskift. Jag fick jobba nonstop som enda sjukskötare från åtta på morgonen till sex på kvällen alla veckans dagar utan pauser och mat, säger hon.

Så småningom utökades antalet sjukskötare till tre per skift. Kliniken består av ett konsultationsrum, ett behandlingsrum, ett labb och ett personalrum. Bredvid ligger två stora tält som tjänar som sjuksalar. När pestutbrottet var som



*Madagaskars största pestklinik CHAPA omringas av en hög tegelmur. Alla som släpps in förses med munskydd och måste trampa med skorna i desinfektionsmedel.*

värst, från första hälften av oktober till början av november, fanns det sex tält med bäddar för 62 patienter. Randriafanisanas arbetsuppgift var att ge patienterna injektioner med streptomycinantibiotika.

– Vi besökte aldrig patienterna i tälten. De köade utanför behandlingsrummet. På grund av smittorisken höll vi avstånd från dem och bad dem att inte prata med oss. När de kom in fick de dra ned byxorna för att bli injicerade i skinkan, säger hon.

### Inget stöd

Sedan 1980 är pest endemisk på Madagaskar. Den bryter vanligen ut varje år mellan oktober och april. Då rör det sig om bubonisk

pest, eller böldpest, som smittar människor via loppor från råttor. År 2017 slog pesten till redan i slutet av augusti. Denna gång i form av lungpest, eller pneumonisk pest, som är luftburen och dödligare.

– Jag hörde först om utbrottet på radion, men trodde bara att det var ett rykte. Jag kände givetvis till böldpest, men visste inte mycket om pneumonisk pest, säger Randriafanisana.

Lungpest smittar mellan människor via droppar från upphostningar. Båda typerna av pest botas med antibiotika och behandlingen tar åtta dagar. De två första dyggnen får patienten en injektion var tredje timme. De tredje och fjärde dyggnen ges den var fjärde timme och de fyra sista dagarna på morgonen och kvällen. Inkubationstiden för böldpest är i genomsnitt



*Sjukskötare Randriafanisana (till höger) tillsammans med läkarsekreteraren Rahamtavololona Liva Nisina (i mitten) och sjukskötare Delle Florie (till vänster) utanför CHAPA:s byggnad.*

tre dagar. För lungpest en till tre dagar och den drabbade måste få behandling inom 24 timmar efter de första symptomen. Annars riskerar han eller hon att dö. Två barn och en vuxen dog på kliniken.

– De var i mycket dåligt skick när de kom hit och dog inom sex timmar. Vi får inget stöd när patienter dör. Vi får själva bearbeta det, men under denna period fanns det ingen tid för reflektioner, säger Randriafanisana.

### Tröst på avstånd

Läkaren Terman Merrill Martin berättar att både böld- och lungpest ger hög feber och huvudvärk. I övrigt skiljer sig symptomen åt. Vid böldpest svullnar lymfkörtlarna.

– Lungpest ger kraftiga, ofta blodiga, hostningar. Det kan förväxlas med till exempel lunginflammation, tuberkulos, influensa eller andra respiratoriska infektioner, men under epidemin tar vi inga risker. Även om vi är tveksamma till att diagnostisera så är det bättre att ge behandling för lungpest än att skicka hem patienten, säger Terman.

På kliniken görs snabbdiagnostiska test, en så kallade RDT-test. Positiva resultat måste sedan bekräftas ännu en gång på ett annat labb. Många patienter, framförallt barn, bröt ihop när de fick veta att de hade pest. Tröst fick ges på avstånd.

– Vi försökte lugna och trösta dem med ord. När de fick sin första injektion berättade vi att de var i trygga händer och snart skulle bli fris-



*Sjukskötare Randriafanisana och läkaren Terman Merrill Martin på hans rum på CHAPA.*



*Byte till arbetskläder i personalrummet på CHAPA.*

ka. Det lugnade dem, säger Randriafanisana.

Ett tiotal vårdanställda smittades under pestutbrottet, bland annat en läkare på CHAPA.

– Det är klart att vi blev oroliga då, men han hade inte varit tillräckligt försiktig när han handskades med blodprover, säger Randriafanisana.

All vårdpersonal som smittades överlevde och sjukskrevs med full lön i tre veckor. Randriafanisana har inga släktingar eller vänner som smittades.

– Men jag har tre barn som jag började överbeskydda. Skolorna stängde i en månad då pestutbrottet var som värst. Då lät jag inte mina barn gå utanför vår bostad, säger hon.

### **Ingen övertidsersättning**

I grannskapet kring kliniken visste de flesta att Randriafanisana arbetade där.





*Randriafanisana i CHAPA:s labb där en av klinikens läkare smittades av pest när han handskades med blodprover.*

– Det var tydligt att folk var rädda att jag skulle smitta dem. Det märktes till exempel i butikerna. Biträdena höll avstånd från mig och såg rädda ut när de tog emot mina pengar. Även jag var orolig när jag var ute på stan. Hörde jag någon hosta på bussen så blev jag rädd, säger hon.

Enligt WHO har hittills 2400 personer smittats under utbrottet, framförallt av lungpest, och 209 har dött. Sedan slutet av 2017 har inga nya fall registrerats. CHAPA har tagit emot cirka 450 patienter. Oroliga personer kommer fortfarande dit. Pestperioden är inte över förrän i april.

– Nu är arbetet bara en lång väntan, men jag hoppas att vi slipper ett nytt pestutbrott, säger Randriafanisana.

Sedan i slutet av november arbetar hon var tredje dag i 24-timmars skift. Personalen har inte fått övertidsersättning för arbetet under

pestutbrottet.

– Vi borde få bonus, men jag har inte tagit upp det med ledningen eftersom jag är ny här, säger hon.

Hon är inte med i Madagaskars sjuksköterskeförbund. Enligt en annan sjukskötare är förbundet svagt och har få medlemmar. Randriafanisana funderar dock på att ansluta sig.

– Sjukskötarlönen är till exempel väldigt låg. Inom den offentliga sektorn tjänar vi 450 000 ariary (114 €) i månaden, oavsett om vi jobbar övertid eller på helger. För att överleva måste vi ta andra jobb vid sidan om, avslutar hon.

## Författaren

Bengt Sigvardsson

Jesper Klemedsson

Fotograf

# Vårdvetenskapens 30-årsjubileum 28.9.2017

Berit Haga

Enheten för vårdvetenskap vid fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier, Åbo Akademi inledde sin verksamhet den 1 september 1987. Grundandet av en vårdvetenskaplig enhet i Vasa utgjorde ett led i utvecklingen av den akademiska utbildningen inom vårdområdet som helhet. Enheten för vårdvetenskap är en livskraftig enhet som har huvudansvaret för den finlandssvenska utbildningen i vårdvetenskap.

## **Vårdvetenskapen, för framtidens hälsovård**

Jubileumsdagen innehöll många intressanta föreläsningar, om dagens vård och om framtidens vård. Föreläsningarna väckte både igenkännande och nya tankar om framtiden. Jubileumsdagen inleddes med ett fint sånguppträdande av studentkören Pedavoces. Professor Lisbeth Fagerström hälsade välkommen till jubileumsdagen.

Åbo Akademi rektor Mikko Huopa lyfte fram hur svårt det var under 80-talet att börja med något nytt på svenska inom den aka-

demiska världen. Vårdvetenskapen startade verksamheten under Pedagogiska fakulteten. Även ett gott samarbete inom Norden var och är viktigt.

Vårdvetenskapen har under 30 år genomgått en snabb och stor utveckling. Under den tiden har 331 magisteravhandlingar, 25 licentiatavhandlingar och 66 doktorsavhandlingar producerats, vilket är en fin prestation. Han lovordade också professor Katie Eriksson som varit en stark ledare.

Docent Carola Wärnå-Furu föreläste om hälsans och vårdandets idé. Under 70-talet diskuterades vad en sjukskötare gör och vad vårdandet är. Senare under 80-talet rörde vad-frågorna hälsans ide, den mångdimensionella hälsan. Senare rörde frågorna det kliniska hälsobegreppet där hälsa står i relation till sjukdomsbegreppet. Människan längtar mest av allt efter hälsa och strävar bort från sjukbegreppet. Sundhet, friskhet och välbefinnande är utgångspunkten för allt vårdande.

Professor Lisbeth Fagerström föreläste förtjänstfullt om kärnan i den caritativa vårdteorin. Hon lyfte fram relationen mellan begreppen människa-lidande-hälsa och relationen ethos-caritas-vårdandet. Genom grundforskning utvecklas kunskap för den komplexa verkligheten för att få en stark grund för utbildningen inom vården.

Akademilektor Camilla Koskinen och universitetslärare Linda Nyholm framförde berättelser om när vårdandet gjorde skillnad. Berättelserna var talande och berörande.

Docent, universitetslektor Lena Wiklund-Gustin från Mälardalens högskola föreläste om att möta och bära andras lidande. Är medlidande grundläggande eller professionellt? Det kan beskrivas som ett mänskligt samspel; vad händer när vi får gensvar eller inte får gensvar? Vad händer om en sjukskötare inte vågar eller inte orkar visa reaktioner?

Hon betonade tre aspekter av medkänsla:

- att vara närvarande och bekräfta det som är.
- att visa värme och omsorg när det är svårt.
- att vara medveten om att man bara är en människa som andra.

Före pausen framförde flera organisationer och personer gratulationer till 30 åringen.

Chefsöverläkare Auvo Rauhalas föreläsning om vart hälsovården är på väg, var mycket intressant men också skrämmande. Forskningar har gett resultat om vård vid svåra sjukdomar, men obalansen är stor mellan behov och resurser. Vad är det som styr vården i framtiden, vem skall göra prioriteringarna i samhället? Är målet fortsättningsvis att maximera hälsan i samhället?

Professor Britt-Inger Saveman, från institutionen för omvårdnad vid Umeå Universitet, föreläste om familjen – en resurs för framtidens hälsa och vård. När hälso- och sjukvården i början på föregående sekel flyttades över från hemmen till institutioner minskade kraven på familjen, professionella vårdare tog över ansvaret. Nu har trenden svängt och i allt större utsträckning sker professionell vård och omsorg av äldre personer i hemmet och familjemedlemmar utövar vårdande.

Det krävs att arbetsformer och fokus förändras efter de nya behov som uppstår.

Rektor för Åbo Akademi i Vasa Göran Djupsund talade om vårdvetenskapen – en del av hälsovetenskaperna i Svenskfinland.

Jubileumsdagen avslutades med festmiddag.

---

## Författaren

Berit Haga

HVM, spec.sjukskötare

# ICN kongress, Barcelona 27.5–1.6.2017

Sandra Alldén • Anne Nylund

ICN (International Council of Nurses), arrangerar vart annat år en internationell kongress. År 2017 var kongressen i Barcelona och år 2019 kommer kongressen att gå av stapeln i Singapore.

## International Council of Nurses, ICN

ICN grundades 1899 och är världens första och bredaste internationella organisation för hälso- och sjukvårdspersonal. Det är de över 130 nationella sjukskötarorganisationerna som är medlemmar av ICN. Finland har varit medlem sedan 1909 och representeras idag av Finlands Sjuksköterskeförbund.

ICN:s mission är att internationellt representera vården, främja professionen och påverka hälsopolitiken globalt. Under kongressen i Barcelona presenterades ICN:s nya ordförande Annette Kennedy från Irland. I styrelsen sitter även Karen Bjørø från Norge.

## Flyktingkrisen berördes

Några dagar före själva kongressen samlades alla medlemsländer till möte och diskussion. På agendan fanns diskussion om vårdarens roll i dagens samhälle där mera människor än någonsin är på flykt. Idag har vi i världen ca 250 miljoner internationella migranter. 150 miljoner av dessa migrera p.g.a. att de inte har ett arbete i sitt hemland. Världen har aldrig tidigare sett så många människor röra på sig i så stora mängder. Vissa är flyktingar emedan andra är immigranter. Den tredje gruppen är personer som är tvångsförflyttade. En del av dessa har varit tvungna att lämna sitt eget land och befinner sig nu i något annat land emedan andra befinner sig inom sitt hemlands gränser. De människor som idag lämnar sitt hem, gör det för att de inte ser sig ha en enda chans där de befinner sig. Enligt IOM (International Organization for Migration) ambassadören William Lacy Swing är alla människor legala, det finns inga illegala människor. Att vara en flykting betyder inte att du gjort ett brott. En

“It is said that a person who saves a life is a hero. A person who saves hundreds of lives is obviously a nurse.”

“That person is likely to be overworked, underpaid, and vastly under-appreciated, especially at the policy-making level. Yet that person is saving lives, all the same.”



Margaret Chan, OBE MD, DSc, MScPH, FFPHM, JP  
Director General of the World Health Organization



Confidential

5/30/2017

flykting är inte en brottsling. Enligt W.L.Swing måste världen sluta att kriminalisera flyktingar.

Genom att öka planerade migrationer kan vi minska på den "illegala migrationen". T.ex. i Canada har man uttalat att flyktingar och migranter som kommit till Canada är landets framtida medborgare.

W.L. Swing uttalade att vi lever i tre världar: **"A world on the move"**: mera människor än någonsin rör på sig, de flesta för att finna ett jobb och/eller för att få leva i trygghet. Migration är inte ett problem som kan lösas utan någonting vi bör lära oss att leva med.

**"The world in the middle of a (migration) storm"**: vi lever i en tid av humanitär katastrof tillika som klimatförändringen påverkar hela världen. Swing lyfte fram humanitära katastrofer i Sudan, Somalia, Jemen, Afghanistan, Irak, Syrien och Nigeria. Samtidigt som vi kan se och är en del av dessa katastrofala händelser, kan vi även lägga märke till hur världen bygger murar och stänger dörrar och stereotyper får allt större rum. I många länder är flyktingpo-

litiken föråldrad och motsvarar inte dagens krav. T.ex. genom att lämna människor utan hälsovård sätter vi hela samhället i fara.

**"The world on a high ground"**: om migrationen sköts väl kan den även leda till stor ekonomisk utveckling. De mänskliga rättigheterna för människor på flykt bör vara grundläggande i alla beslut.

Under själva ICN kongressen behandlades även flyktingfrågan och sjukskötarens roll. För att citera Shamian: "our duty to strangers". Vård handlar främst om att vårda en främling, flykting eller inte.

### Sjukskötare som ledare

Temat för kongressen i Barcelona var "Nurses at the forefront transforming care" (fritt översatt: Sjukskötare som ledare i att förändra vården). Den röda tråden var att var och en av oss sjukskötare har en röst och ett ansvar i världen. Vi kan inte blunda för vad som händer i andra delar av världen, vi har ett ansvar



SSN:s utställningsmonter.

och en makt som inte kan förbises mera. Vi vårdare bör se till att vi har en uttalad plats vid de bord där beslut görs: "If you don't have a seat at the table, you are probably on the menu". Som sjukskötare bör vi även satsa på att skapa relationer både inom och ytterom vår egen profession.

Under huvudföreläsningarna handlade inläggen bl.a. om hållbar utveckling, klimatförändringarnas inverkan på hälsan och vården, katastrof- och krisberedskap samt sjukskötarernas beredskap och roll då en katastrof är ett faktum.

En kongress av den här kalibern innehåller allt och kongressprogrammet (en katalog på tre språk och 85 sidor...) var långt. Det gällde att noga planera sin dag. På de inledande huvudsessionerna fick man alltid plats men på föreläsningarna, som gick parallellt under dagen, var de populäraste framföranden ofta fullsatta och man fick snällt se på då dörren stängdes framför en. Man lärde sig att göra en plan B;

först pricka ut de föreläsningar man helst ville lyssna på och sedan några "alternativ B".

Den avgående ordföranden Judith Shamian från Canada inledde dagarna på sitt karakteristiska sätt. Att vara sjukskötare är något att vara stolt över och det är VI som räddar världen! Det finns över 20 miljoner sjukskötare i världen – alltså något att räkna med och höra på!

## Sjukskötare som nyckelperson

De inledande föreläsningarna var en bra start på en ny kongressdag, man kom in i rätt stämning – Health is all about nurses!

Lågkonjunkturen och den ökande folkmängden ter sig likadan över världen. För lite sjukskötare, behovet av vårdpersonal är större än de ekonomiska resurserna och man måste prioritera. För lite personal har effekter vilket leder till att dödsfallen ökar. Att anställa assistenter till sjukskötarna är inget botemedel. Det minskar inte arbetsbördan och t.ex. risken för dödsfall ökar med 12 % ifall sjukskötarens andel minskar och icke-vårdkunnig personal tas in i stället. Med korrekt antal vårdare kan man t.o.m. minska sjukhusinfektionerna.

Gällande sjukskötare/sjuksköтарыrket kom det fram bl.a. att 30 % går hellre till en sjukskötare och talar om sina besvär än till en läkare, åtta av tio litar mest på en sjukskötare när hen är sjuk.

En patientförenings råd till oss sjukskötare: lyssna på patienten, det inger trygghet. Ta dig tid att ta reda på hur patienten känner sig, patienten ska/får ta ansvar för sin hälsa, ska få vara med i beslutsfattande men det är en utmaning att få patienten att vara jämbördig med de professionella. Kontinuitet, personlig vård som är designad just för den personen är viktig. Det kan vara bra att komma ihåg att vi alla kan vara patienter någon gång... en diagnos stannar klockan.

Kunskap kommer idag i snabb takt och en kontinuerlig inläring är ett måste. Men vi kan bara minnas sju saker på en gång, därför är dokumenteringen viktig. Även stor arbetsbörda påverkar minnet. Omständigheterna kan ibland vara orsaken till en så kallad "human factor". En omständighet kan vara att rutinerna



*De danska sjuksköterna var klädda i rött, vilket gav fin synlighet.*

är bristfälliga och att arbetsfördelning är otydlig. Ju tröttare personal desto sämre vård – Let's take care of our nurses!

APN (Advanced Practice Nurse och i Svenskfinland AKS) togs upp som en möjlighet för att klara av den ständigt föränderliga världen och de bristfälliga ekonomiska resurserna inom hälsovården. Även sjukskötarens roll förändras i och med detta. Hen behöver idag kapacitet för analytiskt tänkande med både bredd och djup i sin kunskap, kliniskt kunnande och hen skall kunna axla en specialistroll i vården. I den bästa av världar är undervisningen/kraven på en APN globala så att samma nivå nås i alla länder.

### De nordiska sjuksköterna

De nordiska sjuksköterna var väl framme under kongressen. SSN (Sjukskötares Samarbete i Norden) fanns med i den stora utställningshallen. Finland, Sverige, Danmark, Island, Norge samt Färöarna bildade teamet

”Nordic Nurses”.

Föreningens anställda representerade Finland och övriga nordiska länder under några dagar. Utställningsmontern var välbesökt och glädjande många hade varit i Finland och var bekanta med vårt hälso- och sjukvårdssystem.

Under kongressen kunde man även ta del av föreläsningar samt posters från de olika nordiska länderna. SSN hade även ett ”policycafé” där man behandlade ämnet ”Patient Centred Care” (personcentrerad vård) och i den nordiska kvällsreceptionen deltog ca 530 personer varav 41 från Finland.

### Författarna

Sandra Alldén  
Verksamhetsledare, SFF

Anne Nylund  
Verksamhetskoordinator, SFF

# Upplevelser från ICN kongressen i Barcelona 2017

Monica Drugge-Mäkilä • Mia Ehrström



*Mia och Monica.*

Vi har haft den stora äran och glädjen att delta i ICN:s kongress 28–31.5.2017 i Barcelona. Via Sjuksköterskeföreningen fick vi ett stipendium och vår arbetsgivare beviljade oss tjänstledigt med lön för att vi skulle kunna delta i kongressen. Ingen av oss hade tidigare varit på en så stor kongress utomlands.

Temat för kongressen var "Nurses at the forefront transforming care" och 8000 deltagare från 125 olika länder deltog. Sjukskötare och föreläsare från hela världen höll intressanta föreläsningar och det fanns möjlighet att delta

i paneldiskussioner som rörde sjukskötares arbete och vardag. Ett flertal sponsorer och företag fanns representerade på kongressen och de hade egna stånd på kongressområdet där de berättade om sina produkter och sin verksamhet.

## **Katastrofberedskap**

Några föreläsningar blev speciellt kvar i vårt minne, bland annat WHO:s Ian Nortons föreläsning om katastrofberedskap. Han berättade om hur team som kommer till katastrofområden arbetar och ska vara förberedda. Han menar att det inte räcker med att endast ha ett gott hjärta och en känsla av att vilja hjälpa till, välutbildade och synkroniserade team behövs för att lyckas. Ian berättade att de 73 första



timmarna på ett katastrofområde är de viktigaste/mest kritiska, och att katastrofen går i vågor som måste bemästras. Han poängterade även vikten av att det finns tillräckligt med sjukskötare på plats, helst tre sjukskötare till en läkare och en sjukskötare för åtta patientsängar. All personal i teamet ska ha sina licenser i skick för att underlätta och försnabba arbetet på katastrofområdet. Han var även noggrann med att påminna om att ta vara på de lokala resurser och sjukvårdspersonal som redan finns till hands på katastrofområdet.

Katja Iversen från Women Deliver, var en annan mycket intressant föreläsare som förespråkade att världen borde satsa på flickor och kvinnor och ta vara på deras resurser. Hon berättade om hur arbete görs för att förverkliga detta. Hon pratade även om hur viktiga sjukskötare är för hälsa och välbefinnandet för världens befolkning. Att kvinnor syns och har högre befattningar på arbetsmarknaden är även något som hon tycker att är viktigt. Mera information på <http://womendeliver.org/>.

## Nordisk representation

En paneldiskussion, ordnad av de nordiska sjukskötarorganisationerna, hölls om personcentrerad vård. Vi märkte att det i övriga nordiska länderna förekommer samma problematik som i Finland. I den patientcentrerade vården blir patienten ändå ofta åsidosatt och fungerar inte som ledare i sitt team, som är tanken i den patientcentrerade vården. Det diskuterades om hur viktigt det är att patienten t.ex. på avdelningen skulle vara med vid rapporter och läkarronder för att få möjlighet att vara ledare och göra beslut om sin egen vård. Vikten av att även ta med barn i beslutsfattningen i vården poängterades.

Ett par finska sjukskötare fanns representerade bland utställare av posters. Vi pratade med Marjut Nieminen från Tays (Tammerfors universitetssjukhus) som utvecklat en checklista för patienter som får cancerbehandling. Hon berättade om hur den används i Tays och vilken nytta de haft av den i patientvården.

Vår första kväll i Barcelona deltog vi i en nordisk kväll som ordnades av danska sjukskö-



*Barcelona bjöd på vackra intryck.*

tarföreningen. 500 sjukskötare från olika nordiska länder deltog i ett gemensamt poolparty med mat och dryck på Hotel Hiltons takterrass. Vi hade möjlighet att utbyta erfarenheter med kollegerna från grannländerna och njöt av varandras sällskap.

I övrigt tyckte vi att Barcelona var en fin stad som bjöd på fin arkitektur, vackra vyer och underbara stränder. Staden bjuder på bra och relativt billig shopping, god mat och dryckesupplevelser samt trevliga och hjälpsamma människor. Vädret var bra och vi hann även med ett uppfriskande men salt dopp i medelhavet. Vi njöt av varje sekund under vår lilla resa. Fötterna hade vi sjuka efter att ha traskat upp och ner längs turistgatan La Rambla, och efter att ha gått av och an i de långa heta tunnlarna vid metrobytena.

---

## Författarna

Monica Drugge-Mäkilä

Mia Ehrström

# Do something, sister! Gör någonting, syster!

Del 5

Kinge Berglund

Del fem: Kinge får sitt diplom, fixar bl.a. is till operationssalen, extraknacker på privatsjukhus och får ett nytt jobb som avdelningssköterska på en intensivvårdsavdelning.

Tiden på barnsjukhusets operationssal var rena mardrömmen. Jag räknade dagligen timmarna som var kvar. Själva arbetet var inte roligt heller. Att se barn med hjärntumörer

som skulle förkorta deras liv var inte lätt att se på. Det fanns inte många olika cytostatika då. Leukemi var också svårt att bota. Mammorna satte alltid gummiband runt huvudet, de trodde att det skulle minska håravfallet. Jag kan inte tänka mig en plats med mer församlad sorg än just canceravdelningen för barn. Alla som gnäller på sina barn borde få se så här obotligt sjuka barn.

Så blev det ett slut på det året också. Vi hade muntlig och skriftlig statsexamen som kronan på verket. Översköterskan var inte förtjust i mig, jag hade alltför ofta undrat varför

de viktorianska sederna, som man höll fast vid, inte kunde ändras. Hon tyckte också om skvaller. Att gå till henne med historier om hur och vad den och den hade gjort eller sagt hade jag ingen tanke på. Jag visste nog att det förde med sig fördelar. Jag hade inte tänkt stanna alltför länge där, behövde bara diplomaten. Det muntliga provet var en pärs, det var översköterskan och en mycket gammal kirurg som ställde frågorna. Det var första gången som jag inte fick laudatur i båda proven, men nog i det skriftliga. Översköterskan hade satt mig på plats, det går inte att slåss mot väderkvarnar. Först var jag nog lite besviken, men det gick över.

Efter kursens slut med diplomaten i hand, kunde vi vara ensamma på nattdejourerna. Vanligtvis med två–tre sjuksköterskeelever som hjälpredor. Jag försökte behandla dem som människor, vilket de nog märkte och nattdejourerna blev ganska trevliga. Nätterna var oerhört jobbiga. Johannesburg är en stor stad, det händer mycket då det skjuts och knivhuggs överallt. Men det fanns annat att göra också. Njurtransplantationer gjordes ofta nattetid.

## **Två ämbar is för njurtransplantation, Johannesburg**

En kväll lite före midnatt fick jag ett samtal som meddelade att två njurar skulle komma med flyg från en stad inåt landet. Transplantationen skulle börja klockan 7.00. Mitt jobb var att ha två salar färdiga för operationerna. Det första var att skaffa is, två stora ämbar behövdes för att hålla njurarna kylda. Jag ringde vaktmästarna och bad en av dem att hämta massor av is. Jag fick svaret att maskinen inte fungerade. Jag skickade då vaktmästaren till ett mindre sjukhus, inte så långt därifrån. Han kom tillbaka cirka klockan 1.30 och sade att det sjukhusets ismaskin också var sönder.

Vad skulle jag nu göra? Om jag inte fick tag på is så skulle de två donerade njurarna inte duga till annat än kattmat. Så fick jag, i mitt tycke, en briljant idé. Statssjukhuset var beläget i Hillbrow, omgivet av många 5-stjärniga hotell. Barerna var öppna till klockan 3.00–4.00. Alla hade ismaskiner. Alltså skickade jag vaktmästaren med två stora ämbar till

det närmaste lyxhotellet. Bartendern blev helt begeistrad. Förstås skulle han ge is. Det var förfärligt spännande tyckte han.

Jag var nog gladare än glad då vaktmästaren kom tillbaka cirka klockan 3.00 med två ämbar, proppfulla med de vackraste iskuber man kunde tänka sig, de var stjärn- och månformade. Njurarna anlände en timme senare och jag kände mig oerhört mallig att jag hade klarat krisen och hittat på en bra lösning. Men översköterskan ansåg att jag var den största idiot sjukhuset hade fått stå ut med.

Följande kväll då jag började nattdejourerna såg jag att hon hade skrivit med stora bokstäver på svarta tavlan vid dörren: I morgon kl. 8.00 en lektion i hur man INTE skall förfara vid beredandet av en sal för njurtransplantation, absolut ingen visit till en bar. Alla andra klappade mig på ryggen och tyckte att det jag gjort var det absolut klokaste på länge.

## **Operationssalstrions fall**

Ungefär ett år senare fick operationssalstrion sitt rättmätiga straff. De behandlade medicinekandidaterna på samma sätt som sköterskorna. De blev jämt utskickade från operationssalen för att de var "osterila". Operationskläderna drogs av dem i allas åsyn. Det var inte lätt att för dem att se och lära sig någonting.

Kirurgerna var också trötta på att alltid få avbrott i arbetet. Ett par av dem beslöt att ta reda på hur de skulle bli av med de här tre häxorna. Anställda på ett statssjukhus är svåra att avskeda, det är nästan endast stöld som kan få dem att avskedas. Läkarna började undersöka timlistorna och kom underfund att de här tre var konstant "on call". Ingen hade någonsin sett dem nattetid eller helger, men de tog ledigt då och då, tack vare det här systemet. I allas ögon blev det här stöld. Sjukvårdsnämnden har en egen domstol. Rättegången hölls i Pretoria, domarna blev hårda.

Översköterskan, som var skotska, talade inte ett ord afrikaans, skickades till ett förlösningssjukhus cirka 50 kilometer öster om Johannesburg. Hon fick anställning som barnmorska, ett arbete hon inte hade sysslat med

på många, många år. Till råga på allt, personalen var afrikaanstalande, få kunde engelska.

Lärarinnan måste arbeta på Baragwanath sjukhuset, det största sjukhuset i hela Afrika om hon ville behålla sin rätt till pension. Det ligger söder om Soweto, inte ett så trevligt område. De skulle bli utan pension om de inte gjorde så som domen löd.

Avdelningssköterskan, som var irländska, fick helt sonika gå, ingen ljus framtid precis. Det var många som blev glada över det här domstolsbeslutet. Jag tyckte att det var synd att det kom för sent för min del.

### Extra inkomster på privatsjukhus

Lönen på operationssalen var inte den bästa man kunde få, men som med all lärdom, det kostar pengar. För att få det att gå ihop arbetade jag lediga dagar, om det passade, på olika privatsjukhus. Räntan på bostadslånet var 26 procent då och jag sade inte nej om något sjukhus ringde, även om det var 50–100 kilometer från mitt hem.

Det var alltid ont om specialutbildade sköterskor och lönen var ganska bra. Ofta på små sjukhus som hade byggts enkom för privatläkarna i området och de finansierade vanligtvis av några operationssalar och en intensivvårdsavdelning. Sjukförsäkringsfirmorna på den tiden, var ganska blåögda och betalade oerhörda summor för operationer och intensivvård. Det tog år innan de förstod att anställa arbetare som faktiskt visste vad som användes i en operationssal och vilka patienter som behövde extra tillsyn. Så som det var då, sattes alla patienter som kom in nattetid på intensivven och sköterskan där skötte det mesta. Det hände nog ibland att den stackars sköterskan hamnade i mycket tråkiga situationer. Det var inte alltid så roligt att jobba extra, men nöden har ju ingen lag, så var det för mig.

Bypassoperationer började göras också på de små sjukhusen. Pumpsteknikerna arbetade ungefär såsom läkarna gör, bokade operationer och reste runt med sina maskiner. Billiga var de inte heller, det fanns inget överflöd av

dem. En kväll hade jag blivit bokad till ett litet, alldeles nytt, sjukhus i en av de södra delarna. En bypass-patient väntades från operationssalen vid ungefär åttatiden och jag körde hemifrån i god tid för att ställa allt i ordning. Jag visste sen gammalt att frasen 'Allt är färdigt för dig' inte hade någon praktisk betydelse.

Jag hade just fått så gott som allt i ordning då min arbetskamrat för natten anlände. Hon var en vit kvinna, ungefär 30 år gammal, alltid pigg och glad. Jag hade träffat henne några gånger förut på olika sjukhus. Anne hette hon och då hon satte sig ner med en kopp kaffe sade hon:

– Jag använder inte heroin mera, endast kokain, så att du vet.

Det här var helt oväntat. Hur skulle jag klara natten med en medhjälpare som förr eller senare under natten skulle uppföra sig som en hårt uppvriden leksak och flyga runt på avdelningen. En kokainanvändare har svårt att sitta stilla. Det är i sådana här situationer som man sätter sig ner och ber en stilla bön: Gode Gud, om du har tid, var snäll och hjälp mig genom den här natten. En kokainhög person är inte att lita på. Jag visste inte heller att hon varit heroinmissbrukare. Sådant fick man vanligtvis veta via skvaller. Jag måste lyssna lite bättre på vad som sades bakom ryggen på folk. Då är man lite förberedd.

Tyvärr var drogmissbruk mycket vanligt bland läkare och sköterskor. Att stjäla en patients starka läkemedel var inte så vanligt längre, många hade blivit fast. Nu var det heroin, kokain och amfetamin som användes. Dagga var lika vanligt som cigaretter. Det odlades i Transkeis skogar och ansågs vara det bästa på marknaden. Det kallas också hasch eller marijuana. Och nu satt jag här och inväntade det värsta. Gudarna var på min sida, Anne tog inte mer under natten utan uppförde sig såsom en ordentlig sköterska borde.

Några månader senare såg jag en notis i den dagliga tidningen – Sjuksköterska arresterad för drogdistribution: heroin, kokain och amfetamin. Namnet var bekant för mig – Anne. Klientelet bestod av läkare och sköterskor.

## Tonåring DOA (dead on arrival)

Natten hade varit lång och monoton. Arbetet på en intensivvårdsavdelning handlar inte alltid om liv och död. Vanliga rutiner måste också hållas igång. Patienter tvättas, sängkläder bytas, observationer varje timme. Respiratorpatienter sugas och vändas varannan timme. Jobbigt, men inte nervslitande. Den här speciella morgonen var jag ganska trött. Klockan var 6.50 och jag hoppades innerligt att dagdejouren skulle uppenbara sig före klockan 7.00.

Dörren öppnades och en städerska stack in huvudet och sade att en läkare på akutmottagningen var ensam och hade bett henne söka hjälp. Det var absolut det sista jag hade lust att göra den här tiden på morgonen. Typiskt av akutmottagningssköterskan att alltid komma lite senare till sjukhuset än hon var tvungen. Jag kunde ju inte säga att jag inte hade tid, alltså småsprang jag ner till akuten. Där möttes jag av en makaber syn. På undersökningsbordet låg en överviktig tonårspojke och på golvet ett äldre par på knä som bad, högt skrikande till Gud att rädda deras enda son.

Läkaren höll på med konstgjord andning, ganska halvhjärtat tyckte jag. Pojken behövde syre, så jag grep en Ambu bag och började pumpa den rytmiskt. I mitt tycke tryckte läkaren på bröstkorgen lite hur som haver, så jag sade: Borde vi inte synkronisera vårt görande lite bättre?

– Pojken har varit död i flera timmar, det kan du väl se. Det här gör vi endast för föräldrarnas skull.

Jag var faktiskt så trött att jag inte hade tittat ordentligt på pojken, men nu såg jag att läkaren hade rätt. Han hade nog dött i sömnen av en hjärtinfarkt eller något liknande. Inte helt ovanligt då det gäller överviktiga tonårspojkar. De stackars föräldrarna trodde att han bara var medvetslös och att deras böner skulle besvaras. Att se dem knäböjande på golvet framför den döda pojken var faktiskt obehagligt.

Jag hoppades att läkaren skulle berätta den tragiska nyheten för dem och inte lämna det till mig. Jag var så trött, så trött. Att också orka med att ge dödsbudskapet till de helt oförstående föräldrarna var mer än jag skulle klara av utan att själv börja gråta. Det hjälper

ingen om en sköterska bara gråter, hon måste kunna hjälpa de stackars närmaste sörjande. Det är hennes plikt.

Till all lycka kände läkaren familjen sedan många år och kunde få dem att förstå att ingen hade kunnat göra någonting för att rädda sonen. Han hade antagligen haft ett medfött hjärtfel.

Jag körde hem med en brännande känsla i bröstet, tårarna ville komma. Livet kan vara mycket grymt ibland och snabbt avbrutet.

## Drunknad baby

Det hade hänt ganska ofta att jag blev kallad att hjälpa till på någon annan avdelning och alltid just före klockan 7 på morgonen, när jag var som tröttast och hade haft en besvärlig natt på intensivvården. Jag satt och stirrade på klockan, 6.50 och jag hoppades att dagdejouren skulle uppenbara sig före någon fick för sig att jag inte hade haft tillräckligt med arbete under natten. Och då stod städerskan som en ond ande i dörröppningen och sade: Det finns en patient på akuten men ingen sköterska.

Vad gör man? Det var bara att springa ner till akuten. Där väntade min värsta mardröm: En svart drunknad baby, kanske tio–tolv månader gammal, iskall, medvetslös.

Det här sjukhuset var ett litet privatsjukhus ägt av de lokala privatläkarna och det hade ingen barnavdelning. Därför fanns ingenting på akuten för ett barn, allra minst en baby. Syre med den allra minsta masken kunde jag hitta, och så började jag hjärtmassage med två fingrar. Det var omöjligt att se hur lågt syret var. Man kan endast se på insidan av läpparna på en svart baby den blå syrefattiga färgen, men jag behövde syremasken på mun och näsa, så jag gissade att det var ganska lågt. Mamman talade endast sotho och grät så mycket att jag inte skulle få någonting vettigt ur henne ändå. Hennes arbetsgivare, ägare till poolen, berättade att babyn hade hittats flytande i vattnet, men hon visste inte hur länge. Det var inte så viktigt, det som var viktigt var att få babyn att vakna så att man möjligen skulle kunna veta om han hade fått en hjärnskada. Som sköterska får man inte visa hur skräckslagen man är,

adrenalinet flödar som saften ur en pressad apelsin, men man måste se ut som om man har situationen under kontroll, alltid. Just innan jag började kallsvettas lika mycket som baby, började han ha lite ljud för sig. Då jag inte talade sotho visste jag inte om han använde riktiga ord eller om det endast var underliga ljud från en medvetslös baby. Men mamman slutade gråta och då förstod jag att jag var på rätt väg. Efter en stund, en evighet för mig, började han sparka och skrika. Han var fortfarande mycket kall, jag visste att en hypotermi inte fick värmas upp alltför snabbt, men jag lindade honom i ett lakan, i brist på bättre.

Som på alla privatsjukhus måste man veta vart räkningen skulle skickas och vem som skulle betala. Nu fick jag veta att poolägarens sjukförsäkring inte inkluderade tjänarinnan. Hon hade inga möjligheter att stå för röntgen och blodprov, baby, måste skickas till Baragwanath sjukhuset, ett jättestort sjukhus för svarta, som hade mycket bra läkare. Transporten måste ske med ambulans, också den måste betalas om man inte hade intyg från en läkare att det här var en nödvändig resa. Jag var ingen läkare, det skulle inte gå att ringa och bluffa ambulansen och barnakuten. Jag kände inte så många läkare som använde just det här sjukhuset, då jag endast gjorde inhoppsbesök då och då.

Jag ansåg att mamman kunde hålla om baby, nu som skrek ordentligt medan jag gick på jakt efter en hjälpsam läkare. Inte alltid så enkelt. Jag gick in på operationssalens omklädningsrum i hopp om att hitta en bekant narkosläkare. Men de två som höll på att klä om sig sade att de absolut inte hade tid. Det gällde ju en Pro Deo patient. Jag sprang till medicinska avdelningen och mötte i korridoren en kvinnlig läkare som jag sett några gånger i operationssalen. Jag hade hört att hon var trevlig mot sköterskor och lyssnade, inte en allmän företeelse bland läkare. Jag hasplade ur mig med så få ord som möjligt mitt bekymmer och gudarna var på min sida. Hon sade genast, jag kommer om några minuter, måste se en patient här på avdelningen först.

Jag sprang tillbaka och hoppades att mamman skulle förstå när jag förklarade att baby

måste undersökas ordentligt. Det kunde endast ske på Baragwanath. Den kvinnliga läkaren kom och undersökte baby, snabbt, tyckte som jag att det nog behövdes röntgen och olika blodprov. Hon hade arbetat länge på Baragwanath och ringde genast till barnavdelningen där hon var välkänd och blev lovad en bädd. Nästa steg var en ambulans och de behövde ett intyg för sina räkenskaper. Ett likadant behövdes också på barnavdelningen. Jag visste inte hur jag skulle tacka henne för den vänliga hjälpen, men hon sade endast att man måste ju försöka hjälpa sina medmänniskor också. Inte alltid tänka på vem som skall betala. När ambulansen kom var jag mer än lättad att se mamman och baby ta plats i baksätet. Jag ringde några dagar senare till Baragwanath och fick veta att baby inte hade fått några men efter sin druckningsolycka.

Det är inte alltid så roligt att vara sjuksköterska, men ibland får man en känsla att man kanske gör livet lite bättre för andra, om man bara försöker och då blir man glad.

### **Det svarta gruvsjukhuset, W.E.N.E.L.A.**

Vid Johannesburgs västra utkanter finns ett stort sjukhus som byggdes under guldrushensdagar. Det var enbart för svarta gruvarbetare. Alla gruvor hade egna små sjukhus, men svårt skadade skickades alltid till det här sjukhuset. Där hade inrättats en stor sal som en intensivvårdsplats med tio bäddar. Ena delen av salen användes också som uppväckningsrum för nyopererade patienter. Ett ställe med mycket aktivitet. Det fanns också en medicinsk avdelning i ett rum med 150 bäddar, 75 på båda sidorna. Den kirurgiska avdelningen hade 100 bäddar indelad på samma sätt.

Jag hade hört att det söktes en vit avdelningssköterska dit. Jag hade en bekant från operationssalskursen som arbetade där. Alltså tog jag kontakt med henne och hon tyckte att det var ett bra ställe. Skillnaden mellan en operationssal och intensivvård är himmelsvid. Lönen var den bästa hittills, guldgruvorna hade råd att betala. Endast avståndet från min bostad till Johannesburgs utkanter fick mig att fundera. Jag ägde ingen bil. Jag hade

aldrig haft råd att köpa, men hade nog tagit körkort. Bussförbindelserna för vita var inte precis i toppklass. Men kanske det skulle bli intressant. Jag visste inte då, att skador som har uppkommit, tack vare gruvolyckor, är något av de värsta man kan få uppleva. Som att ta av stövlarna på en nyintagen patient och se foten följa med stöveln, sönderbränd fot. Det är mycket obehagligt.

Jag behövde ombyte från tråkiga chefer och sökte tjänsten som avdelningssköterska. Det fanns inte andra sökande. Sjukhusets översköterska blev mycket glad att få en person med intensivvårdsutbildning, det var fortfarande ont om dem. Hennes uppenbara glädje borde ha varnat mig. Jag var nog ganska nervös första dagen där. Det var som sagt, en stor gammal sal, med gamla järnsängar och det allra värsta var, i mitt tycke, syre på jättestora flaskor, kopplade i serie, som stod i ena delen av salen.

### Som avdelningssköterska på intensivvårdsavdelningen

Alla hjälpskötarna var shangaaner, en stam från Mocambique och mycket trevliga. Operationssalens hjälpskötare hade också underhållet av syreflaskorna på intensivvårdsavdelningen att se till.

Alarmet som gick, då syret i flaskorna höll på att ta slut, var öronbedövande, åtminstone i mina öron. Det lät som tre polisbilar rusande iväg med sirenerna på. Det besynnerliga var att ingen tog minsta notis av oljudet. Om det hände under skötarnas tetid, skrek alarmet oavbrutet tills den "heliga" tetiden var över. Då jag varit där ett par dagar ansåg jag att något måste göras för att förbättra situationen. Alla respiratorer behövde ju syre. Jag pratade med en av narkosläkarna, han hade flyttat från Zimbabwe till Sydafrika och han tycktes ha bra praktiska idéer. Sjukhusets tekniker, narkosläkaren och jag hade en liten konferens för att förbättra hastigheten av omkopplingen av syreflaskorna då alarmet gick. Sirenealarmet måste bort eftersom ingen reagerade på det. Det var någonting man hörde så gott som oavbrutet i Johannesburg. Alltså måste vi hitta på något annat oljud. Så kom jag att tänka på gäss, det är fåglar man varken ser eller hör där.

Första gången det nya alarmet gick kunde vi inte tro våra ögon. Alla sprang, även de vars jobb inte inkluderade syreflaskorna. Nu var en viktig sak fixad.

Det fanns mycket annat att ordna. Jag hade märkt att de flesta hjälpskötarna mest vandrade fram och tillbaka, utan att göra så värst mycket. Jag skrev arbetslistor för alla, det gjorde ingen skillnad, slöheten fortsatte. Då beslöt jag att hålla ett ordentligt föredrag för dem och slutade min predikan med att säga att kanske det var bäst att skicka alla tillbaka till Maputo. Jag kände mig riktigt nöjd med mitt tal. Då kom Ernest, en av shangaanerna och sa till mig: Syster, ingen förstod vad ni sade, de talar inte engelska, bara portugisiska. Jag var helt tyst ett par minuter tills jag såg det tokroliga i hela situationen och skrattade sedan så länge och så högt att jag nästan tappade andan. Efter det fick Ernest skriva ut arbetslistorna efter min diktamen, men på portugisiska.

### Tokoloshe

Patienterna var svarta från olika delar av Afrika. Alla hade armband gjorda av olikfärgade stenar och pärlor med olika koder som gjorde att man kunde läsa vilken gruva de kom från. Pärlor runt hals och midja hörde också till. De var personliga och fick inte röras. Sedan hade de flesta ungefär sex, åtta olika sjukdomar, skallskador, frakturer och brännskador inte medräknade. Malaria, TBC, diverse parasiter i hjärnan eller inälvor, löss av alla de slag, maskar, hudinfektioner, listan var lång. Jag lärde mig att döda löss med en peang, blev riktigt snabb faktiskt.

Men en sak som jag inte kunde göra någonting åt, var Tokoloshe. Om en Tokoloshe uppenbarade sig i en säng var det bara att sätta madrassen under sängen och sköta om patienten på golvet tills det ansågs att Tokoloshe hade försvunnit. Tokoloshe är en liten, elak, mycket besvärlig man, ungefär som irländarnas leprechaun. Jag hade lärt mig ganska mycket om de här små gubbarna i Port Elizabeth. Bantustammarna i de södra delarna av Afrika tror på honom, jag har förstått att han inte förekommer i Kenya eller Kongo.

Så en dag hade jag två patienter i sängar bredvid varandra som påstod att de hade varsin Tokoloshe i sin säng. Riktigt elaka gubbar. Jag kunde inte göra annat än flytta ner dem under sängarna tills gubbarna försvann. Överläkaren som kallades Gud av shanganerna, (vi vet att han finns, men ingen har sett honom) anlände på sin första inspektion just den dagen.

– Syster, jag har aldrig sett en så slarvig avdelning som den här, patienter på golvet. Vad menar ni?

– Ja, det är nog så att vi skulle behöva få hjälp med att få bort de två Tokoloshen som sitter där i sängarna. Han stirrade på mig som om han sett ett spöke, vände på klacken och jag såg honom aldrig igen. Förstod sedan varför de svarta kallade honom Gud.

De svarta sjuksköterskorna var först mycket avog mot mig. De gillade inte alls en vit avdelningssköterska. Jag hade märkt att svinnet från medicinskåpen var obegripliga. Hur kunde fem liter hostmedicin och tre liter laxativ bli förbrukade på ett par dagar. De flesta patienterna hade skullskador och var medvetlösa. Jag började undersöka och frågade lite här och där. Jag kom på att det mesta från skåpen stals och såldes i Soweto för en bra slant. Då ändrade jag medicinbeställningarna helt, de skulle vara endast för patienter som behövde dem, inget på hyllan i skåpet. Sköterskorna blev inte gladare av det.

Juldagen på intensivens var nog det sorgligaste jag varit med om. Tio patienter, alla medvetlösa, en stor del i respirator. Sjukhusets kör kom in och sjöng, så underbart vackert att det var svårt att hålla tårarna borta. Inga juldekorationer eller julmat, det behövdes inte. Ernest, min tolk, firade jul på sitt sätt, han var ganska full. Då jag irriterat frågade honom om det nu var så nödvändigt att dricka sig full just den här dagen, så svarade han ilsket:

– Bevisa, Syster, att jag är full. Bevisa det.

Följande dag var han sjukanmäld. Jag började långsamt lära mig att det inte gick att hålla långa tal om vad man skall göra eller inte göra. Man blev själv straffad.

Det talas 11 officiella språk i Sydafrika, omliggande dialekter och de olika språken i Zimbabwe, Zambia, Mocambique etcetera. Vid en brand

eller explosion skulle det var omöjligt att varna eller ge order på så många olika språk. I tidernas morgon då guldets upptäcktes, var det någon klyftig person som satte ihop olika ord som alla måste lära sig före de gick ner i gruvschaktet. Språket kallades Fanagolo och användes fortfarande av gruvarbetare.

## För mycket jobb

Sköterskorna hade inte stor erfarenhet av intensivvård. Några hade arbetat på Baragwanath, ett jättstort sjukhus för svarta. Utbildningen där var excellent och de hade lärt sig hur en respirator fungerar. Men alla andra som kom från mindre sjukhus var inte lika kunniga.

Det hände ofta att jag väcktes 2–3 tiden på natten av någon desperat sköterska, med orden: Vad skall jag göra, Meschack har dragit ut endotrakeala röret och ligger alldeles stilla nu?

Jag förstod ju att patienten antingen var död eller nära döden. Vad visar monitorn? fick ofta som svar: Bara en vinglig linje. Den tiden på natten orkade jag aldrig förhöra någon, var hade hon varit då patienten drog ut röret, sov säkert. Jag bad henne ringa läkaren på akuten om hjälp. Jag kunde inte göra någonting på distans. Men sedan var det helt omöjligt att somna igen.

Jag hade oerhört mycket att göra på avdelningen och gjorde mitt bästa att lära de som behövde undervisning. Det blev långa dagar, från klockan 7 till klockan 21, ofta utan lunch. Jag började magra och må dåligt. Mitt sociala umgänge tog helt slut eftersom jag inte orkade med någon eller någonting under veckosluten. Jag förstod några månader senare att jag måste gå till en läkare. Jag gick ner till akuten. Läkaren som hade dejour var en ung färgad man och efter en enklare undersökning sa han:

– Ni är mycket undernärd och har vitaminbrist. Ni får nog ändra er livsstil om ni inte tänker bli helt anorektisk.

Det var lättare sagt än gjort. Jag hade lång väg till sjukhuset och ingen bil, vilket gjorde mina dagar långa, andra som inte behövde använda buss varje dag hade inte samma problem.

En av kirurgerna på avdelningen var son-



son till kungen av Lesotho. Han hade studerat i England och hade en privatpraktik utöver arbetet på grusjukhuset. Han var en mycket charmerande man.

Han bodde i en dyr stadsdel, körde en stor Mercedes Benz. Han tog vägen genom Hillbrow norrut efter arbetsdagens slut, fick jag veta. Det skulle passa mig fint att få lift med honom till Hillbrow. Vägen skulle förkortas med minst en halv timme, om inte mer. Han hade inget emot det. Det här var under apartheidtiden och enligt lagen i Sydafrika så fick en vit kvinna inte sitta i framsätet om bilen kördes av en svart man. Det var ganska roligt att se polisernas ansiktsuttryck då de såg mig. Jag var alltid på stan i uniform, det var ett skydd också då man ville vara på polisens rätsida. De kunde inte veta vad för slags ärende man var ute i. Den svarta mannen var nog en chaufför, trodde de. Att hans farfar var kung Mosheshoe och mannen själv en kirurg, utbildad i England, skulle de inte ens i sina vildaste fantasier ha trott.

Men det blev inte mycket lättare för mig. Jag var alldeles grå i ansiktet och såg ut som en gammal gumma fast jag inte ens var 50 år. Jag kunde inte fortsätta så här, kunde inte se någon annan utväg än att säga upp mig. Översköterskan lovade mig tre månaders semester bara jag stannade och löneförhöjning. Det hjälpte inte, det var snällt, men jag visste att jag skulle komma tillbaka till samma omöjliga

arbetssituation.

Sista dagen på intensivvården var förfärlig. Sköterskorna hade bakat alla möjliga slags kakor och småbröd, köpt champagne och skrivit ett slags lovsång till mig. Det är en gammal tradition bland de flesta svarta stammar att ha en sångare som, istället för att hålla tal, sjunger till personens ära, den som skall hyllas. Jag grät strida tårar medan jag lyssnade till en av sköterskorna, som sjungande berättade hur de hade varit mycket misstänksamma mot den nya vita sköterskan och helst ville bli av med henne. Men så hade de märkt att hon försökte sitt bästa i en besvärlig omgivning. De lärde sig att tycka om henne och nu ville hon inte mera jobba här, vilket gjorde dem mycket ledsna. Vad kunde de göra för att få henne att stanna? Hur kunde en mor lämna sina barn? Det var nästan så att jag faktiskt undrade om det var rätt att lämna dem och den här besynnerliga avdelningen. Men jag visste ju att ingenting skulle bli annorlunda och jag skulle inte orka mycket längre. Alltså måste jag säga adjö och torka tårarna. Men nog var det hjärtknipande.

Så började ett nytt kapitel i mitt liv.

---

## Författaren

Kinge Berglund

# SF i Västra Nylands medlemsresa till London

Monica Mattila-Ekholm



Sjuksköterskeföreningen i Västra Nyland ordnade en medlemsresa till London 6–8 oktober 2017, där 18 nöjda medlemmar deltog.

Den 6.10 kl. 4.00 började resan med buss från Hangö mot Helsingfors-Vanda flygfält, till Gatwick i London. Där möttes vi av en energisk och mycket sakkunnig guide, Tina Engström, som underhöll oss och hjälpte till så att vi kom tillrättla gällande studie- och museibesök.

## London

I London bor det ca 9 miljoner människor. Det är svårt att se helheten i siffror, men helt klart så har man en annan uppfattning om staden efter att man själv har besökt den. Det är dyrt att bo i London. Husen är byggda av tegel, vid utkanten av staden är de oftast byggda i två våningar. Systemet för uppvärmning av bostäderna har ändrats och det innebär att de stora vackra husen har blivit dyra att bo i, så många har delat lägenheterna, från en familj upp till fyra familjer, om inte flera.

## Sjukvården

Det finns knappt om sjukskötare inom sjukvården i London. Man försöker rekrytera sjukskötare genom att skaffa bostad, och hyran kan eventuellt vara lite lägre än normalt.

Kommunal sjukvård och skola är gratis, men många londonbor väljer trots det privata. Guiden informerade att det är i de flesta fall samma läkare som jobbar både inom den privata sjukvården och i den kommunala sjukvården.

## Studie- och museibesök

Vi åker längs Londons gator med buss och guiden berättar om en del sevärdheter: Palace Of Westminster, British Museum, London Eye, Buckingham Palace, Hyde Park, Harrods, Tower Bridge och inte att förglömma Oxford Street, där man har tillgång till shopping m.m.

Man kan vila fötterna på någon av de praktfulla pubarna som t.ex. The Wellington, där det säljs öl av alla de slag. Det kan vara bra att hålla koll på procenten i ölen... I London är det vanligt att männen går på fredagslunch till puben, d.v.s. de tar lunchen i flytande form.

## Röda Korset

Under studiebesök till Röda Korset blev vi varmt mötta av Jonathan Morgan. Han informerade av hela sitt hjärta om Röda Korsets frivilliga tjänster, som bl.a. är:

- att vara sällskap för någon som är ensam.
- hjälpa till så att äldre människor kan ta sig till sjukhuset och hjälpa dem hem från sjukhuset och att stöda dem tills de klarar sig själv.
- att handla, städa, sköta husdjur.
- naturligtvis också hjälpinsatser vid större katastrofer.

Röda Korsets statistik från år 2016 visar att man sammanlagt har hjälpt 6235 människor, som varit i behov av social hjälp och stöd, vilket innebär 13 659 besök och 27 359 samtal.

Vad Röda Korsets frivilliga får i gengäld:

- en känsla av uppfyllelse och prestation.

- ett medlemskap i ett stödande och vänligt team.
- erfarenheter av olika arbetsplatser och sjukhusmiljöer.
- potentiella karriärmöjligheter.
- utbildningsmöjligheter.
- utmärkt praktisk erfarenhet av att hjälpa människor i nöd, i samarbetet med vård- och socialpersonal inom hälsovårdssektorn.

Efter besöket på Röda Korset åkte vi till St. Thomas´ Hospital, där Florence Nightingale museum finns. Där berikades vi av hennes historia. Hennes steg hördes, där hon vandrat fram på stenplattor med lampan i sin hand.

Sedan var det Hotell Royal National som gällde, incheckning och det återstod ca 1h för att göra oss i ordning till den gemensamma trerätters middagen på restaurang L'Etoile.

## Lördagen

Lördagsmorgonen startade med en traditionell "breakfast" som naturligtvis innehöll ägg, bacon, korv, bönor, rostpotatis och rostbröd med marmelad m.m. Dagen fortsatte med frivilligt program. På kvällen gick en stor del av oss på musikal. Musikal utbudet i London var stort.

## Söndagen

På söndag förmiddag samlades vi på Madame Tussauds Museum. Efter det hann vi ännu med den mest traditionella lunchmenyn – fish & chips. Efter det hämtade bussen oss från hotellet och resan hemåt började. Flyget startade kl. 18.45 och ca 2.30 var vi hemma i Västra Nyland. Trots att vi var trötta, var alla nöjda och tacksamma för vad som var och en hade fått uppleva under dessa tre intensiva dagar.

---

## Författaren

Monica Mattila-Ekholm

Ordförande för SF i Västra Nyland

# Praktik i Helsingfors

Sofia Koivisto

Att utföra en praktik på Kvinnokliniken på en antenatal avdelning var intressant, annorlunda och spännande. Att få ta hand om gravida med olika problem under graviditeten var något som jag aldrig hade varit med om förut. Då jag fick ta hand om kvinnor som hade åkt flera timmar från Norra Finland eller andra landsdelar till Kvinnokliniken, HUCS, förstod jag hur privilegierad jag var då jag fick praktisera på ett så fint sjukhus.

## Fyra veckors praktik

Till vår barnmorskeutbildning på Yrkes-högskolan Novia hör det till att vi gör en fyra veckors praktik på en prenatal avdelning i Fin-

land eller i ett annat land. Jag och mina två klasskamrater hade valt att göra vår praktik på Kvinnokliniken i Helsingfors i maj 2017. På Kvinnokliniken är vården fokuserat på krävande specialsjukvård av kvinnor och nyfödda. På sjukhuset vårdar man kvinnor med svåraste riskgraviditeter och mycket för tidiga förlossningar på HNS-området, det vill säga förlossningar före graviditetsvecka 32.

## Antenatalavdelning 42

Antenatalavdelning, NOS42, är en avdelning för gravida kvinnor. På avdelningen vårdar man till exempel kvinnor med för tidiga sammandragningar, för tidig barnvattenavgång, hyperemesis, högt blodtryck eller blödningar. Fastän mamman skulle må bra, kan fostrets mående kräva uppföljning på avdelningen, till exempel tvillingar där ena fostret växer bättre än den andra. Varje patient har en individuell vårdplan och om mamman och fostret mår bra,

kan de få åka hem till exempel under natten eller på dagen och komma bara på kontroller, till exempel CTG-kontroller där man kontrollerar att fostret mår bra. Vid något skede kan man komma till den punkten då läkarna funderar på hur längre det är tryggt att fortsätta graviditeten och när är det tryggare för fostret att födas. Avdelningen är delad i två olika delar. På ena delen tar man hand om antenatalpatienter som är på avdelningen för uppföljning och vilovård och på andra delen av avdelningen tar man hand om igångsättningar. Vanligaste orsaken till igångsättning under min praktikperiod var överburenhet, det vill säga graviditeten har inte kommit igång spontant före graviditetsvecka 41+5.

Andra orsak till igångsättningar kan vara fostrets försämrade mående, litet foster jämfört med graviditetsveckorna eller ett svårt hjärtfel hos fostret som kräver omedelbar vård efter födseln. Jag hade inte tidigare varit på praktik på en antenatalavdelning men tidigare erfarenhet från förlossningssalspraktiker och rådgivningspraktiken gjorde det lättare att jobba på antenatalavdelningen. Då man har satt på CTG-kurva på en föderska i graviditetsvecka 39, är det inte så annorlunda att sätta det på en kvinna med graviditetsvecka 26. Det svåraste var att få en bra kontakt med fostret eftersom fostret var så litet och hade mycket med rum att röra på sig.

## Ny kunskap

Jag fick även lära mig mycket nytt. Det första jag fick öva mig på var att bekanta mig med sjukhusets dokumentationsprogram, Obstetrix. Jag hade aldrig hört om det programmet förut och det tog några dagar innan jag började förstå mig på det. Då jag äntligen kom ihåg hur programmet funkar, var det lätt att skriva in vad jag gjort med mina patienter och hur de mått under mitt arbetsskift. Första dagen på praktiken fick jag bekanta mig med avdelningen, min handledare och olika patientgrupper. Redan andra dagen fick jag mera självständigt ta hand om patienter. Jag mätte bland annat blodtryck, temperatur, satte på CTG-kurvor och stixade urin. Och det underbara var att

jag hade handledare som hjälpte mig då jag behövde men gav mig även möjligheter att göra vissa saker självständigt. Alla handledare var trevliga och bemötte mig bra.

På avdelningen jobbade man i tre skift. Morgonskiftet var kl.7.30–15.30, kvällsskiftet 14.30–22.00 och nattskift 21.30–7.45. Nätterna var vanligtvis lugna och därför valde jag att göra enbart morgon- och kvällsskift. Efter varje skift bad jag min handledare att skriva i ett häfte en kort utvärdering om hur jag klarat mig och om jag hade något jag skulle tänka på under nästa skift. Det systemet var bra och det var alltid roligt komma nästa dag till skiftet då man hade fått bra respons av handledarna. Det är även roligt att ha häftet som ett minne av min underbara praktik på Kvinnokliniken.

## Fritid

På fritiden passade jag på att bekanta mig med Helsingfors. Jag gick på stan, satt i parker och gick på promenader. Om det var fint väder valde jag att promenera till och från sjukhuset. Jag bodde tillsammans med min klasskamrat i en lägenhet mitt i centrum. Innan praktiken var slut, valde vi att ta en båt tur till Högholmen. Tur-returresan kostade bara 3 €! På Högholmen såg vi bland annat tigrar, björnar och ugglor. Efter resan till Högholmen satte vi oss vid domkyrkan och såg på Finlands sista ishockeymatch i VM 2017. Vi var ca. 2000 personer som hejade på Finland. Det var en höjdpunkt på min Helsingforsresa.

Jag är mycket tacksam över det stipendium som jag blev beviljad våren 2017 från Sjuksköterskeföreningen i Finland rf.

## Litteratur

Antenataliosasto, HUS, på: [www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/naistenklinikka/osastot/osasto-42/](http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/naistenklinikka/osastot/osasto-42/).

Kvinnokliniken, HUS, på: [www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukhus/kvinnokliniken/](http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukhus/kvinnokliniken/).

---

## Författaren

Sofia Koivisto

Barnmorskestuderande, YH Novia/Vasa



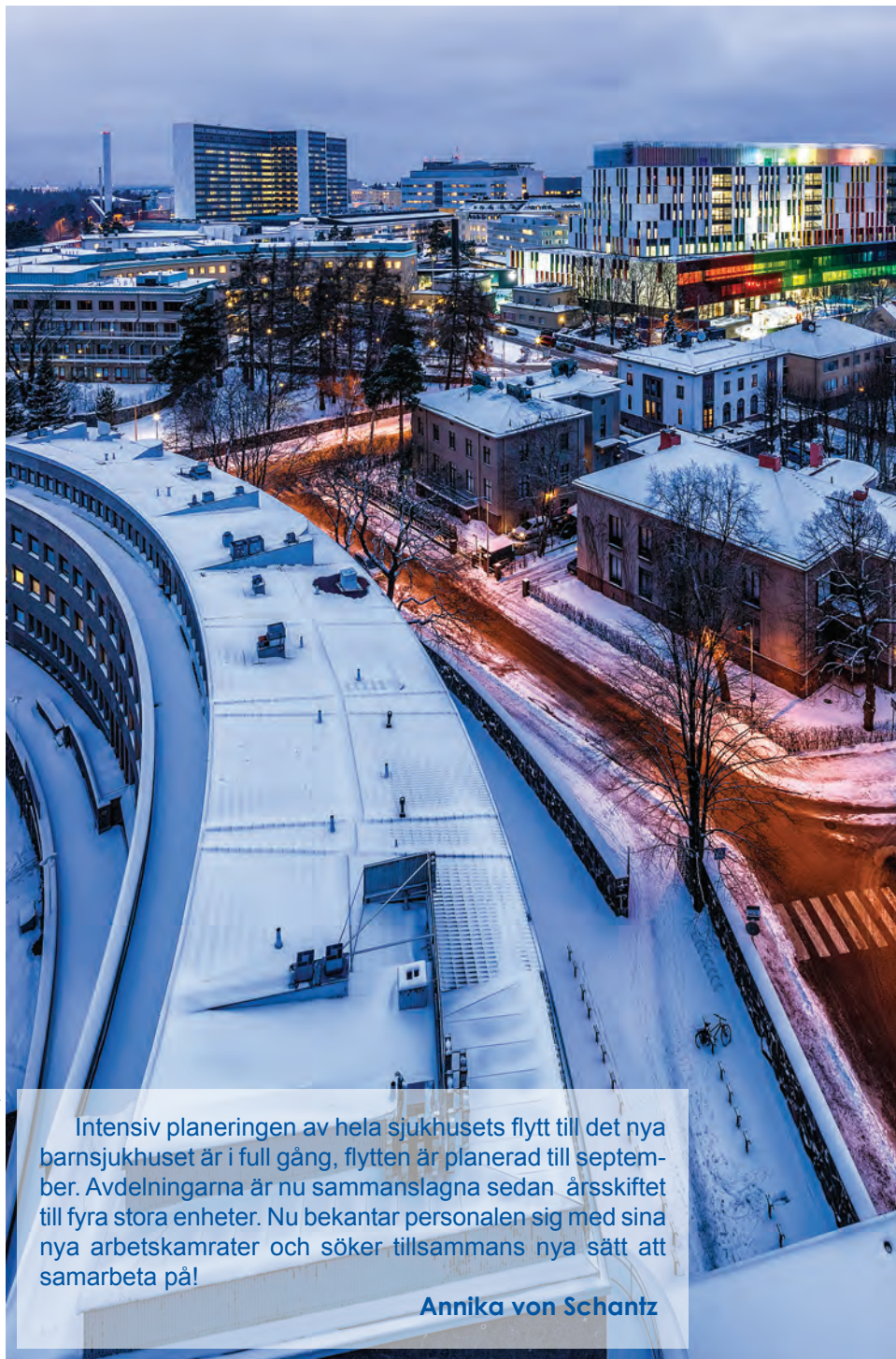
# VÄLKOMMEN TILL ARCADA!

**Ser du efter några år i arbetslivet fram emot nya spännande möjligheter och ökad konkurrenskraft på arbetsmarknaden?**

Arcadas högre yrkeshögskoleutbildningar (master) inom **avancerad klinisk vård**, **det sociala området**, **hälsofrämjande**, och **rehabilitering** riktar sig till dig som vill ta nästa steg i din karriär och arbeta med expert-, utvecklings- och ledaruppgifter.

En nyhet för året är att studierna **sköts helt via webben**, och att du kan studera antingen hel- eller deltid (vid sidan om heltidsarbete). Besök **arcada.fi** för att bekanta dig närmare med vårt studietutbud.

# Nya Barnsjukhuset 2018



Intensiv planeringen av hela sjukhusets flytt till det nya barnsjukhuset är i full gång, flytten är planerad till september. Avdelningarna är nu sammanslagna sedan årsskiftet till fyra stora enheter. Nu bekantar personalen sig med sina nya arbetskamrater och söker tillsammans nya sätt att samarbeta på!

**Annika von Schantz**

Foto: Matti Snellman, HNS. Fotot har publicerats i Husari 1/2018.



Ansökningstid

**14–28.3**

## DAGS ATT BYTA BANA?

- **Barnmorska (YH)**  
270 sp/4,5 år, Vasa
- **Bioanalytiker (YH)**  
210 sp/3,5 år, Vasa
- **Hälsovårdare (YH)**  
240 sp/4 år, Vasa eller Åbo
- **Röntgenskötare (YH)**  
210 sp/3,5 år, Vasa
- **Sjukskötare (YH)**  
210 sp/3,5 år, Vasa eller Åbo
- **Socionom (YH)**  
210 sp/3,5 år, Vasa eller Åbo

## HÖJ DIN KOMPETENS OCH FÖRDJUPA DIN KUNSKAP!

Social- och hälsovård, 90 sp/3 år,  
Vasa eller Åbo

- **Barnmorska (högre YH)**
- **Bioanalytiker (högre YH)**
- **Hälsovårdare (högre YH)**
- **Röntgenskötare (högre YH)**
- **Sjukskötare (högre YH)**
- **Socionom (högre YH)**

YRKESHÖGSKOLAN  
**NOVIA**

Gemensam ansökan sker via [studieinfo.fi](http://studieinfo.fi)

**novia.fi**



## Föreningen utlyser följande stipendier

- **Ett postdoktoralt stipendium om 6 000 €** för forskning eller utvecklingsarbete.
- Ett stipendium om **2 000 €** ur **Anita Hannusas minnesfond** för forskning eller utvecklingsarbeten inom äldreård.

### Fonden för vårdforskning och -utveckling

- Ett stipendium om **4 000 €** för postgraduala studier, licentiat- och doktorsavhandlingar
- Ett stipendium om **2 000 €** för magisterstudier
- Ett stipendium om **2 000 €** för utvecklingsarbete

Av sökanden krävs minst fem års medlemskap och aktivitet i föreningen. När det gäller forskning krävs en godkänd forskningsplan och för utvecklingsarbeten en godkänd utvecklingsplan. För utvecklingsstipendierna kan projektet vara mångprofessionellt, men projektledaren skall vara en aktiv medlem i föreningen.

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland senast **30.4.2018**. Ansökningsblanketten finns på föreningens hemsida på adressen: [www.sffi.fi](http://www.sffi.fi)

Frågor kan riktas till [sandra.allden@sffi.fi](mailto:sandra.allden@sffi.fi)

Styrelsen

## Stipendier för studerande

Om du studerar till:

- sjukskötare
- hälsovårdare
- akutvårdare
- barnmorska

och är studerandemedlem i Sjuksköterskeföreningen i Finland kan du ansöka om följande stipendium:

**Föreningen utlyser tio stipendier à 500 € att sökas av studerandemedlemmar.**

Om det i ditt studieprogram ingår någon form av studier som ger dig tilläggskostnader, t.ex. praktik utomlands, studieresor, seminarier, kan du ansöka om stipendium. För normalt uppehälle och resekostnader beviljas inte stipendium.

Stipendiet beviljas endast en gång under studietiden.

Till stipendieansökan skall ett officiellt studieutdrag bifogas.

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland senast **30.4.2018**.

Ansökningsblanketten finns på föreningens hemsida på adressen: [www.sffi.fi](http://www.sffi.fi)

Frågor kan riktas till [sandra.allden@sffi.fi](mailto:sandra.allden@sffi.fi)

Styrelsen

Ennakkokutsu/Förhandinbjudan

XV Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi  
XV Nationella vårdvetenskapliga konferensen

## IHMINEN KESKIÖSSÄ, TERVEYDENHUOLLOSSA JA HOITOTIETEESSÄ

### MÄNNISKAN I CENTRUM AV VÅRDEN OCH VÅRDVETENSKAPEN

26–27.9.2018

Åbo Akademi University, Faculty of Education and Welfare Studies, Vaasa  
Åbo Akademi, Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier, Vasa



Kutsumme konferenssiin tervetulleeksi kaikki alan tutkijat, opettajat, kliinisessä työssä toimivat, opiskelijat ja muut asiasta kiinnostuneet.

Vi välkomnar alla inom området verksamma forskare, lärare, vårdpersonal, studeranden och andra intresserade till konferensen.

Abstraktien jättö/inlämning av abstrakt 1.11.2017–16.3.2018  
Ilmoittautuminen 1.11 2017 alkaen/ anmälan fr. o. m. 1.11.2017

[www.abo.fi/htts2018](http://www.abo.fi/htts2018)

# Vill du bli vårdexpert, ledare eller vårdlärare?



Välkommen till vårdvetenskapen vid Åbo Akademi!

- Det nya magisterprogrammet ger nya möjligheter till fördjupning inom olika områden
- Inga bryggstudier för dig som är sjukskötare (YH), barnmorska (YH), hälsovårdare (YH) och förstavårdare (YH)
- Närvårdare kan söka in till kandidatnivån, individuell studieplan uppgörs

Studierna ger en fördjupad kompetens baserad på akademiska studier i huvudämnet vårdvetenskap och i valda profileringsområden, d.v.s. social- och hälsovårdsadministration, hälsovetenskapernas didaktik (vårdlärare), hälsokunskap, hälsoteknologi och klinisk vårdvetenskap som har två inriktningar: äldreomsorg och omsorg samt barn- och familjevård. Inriktningen hälsokunskap (+ pedagogiska studier) ger behörighet att undervisa i ämnet hälsokunskap på grundskole- och/eller gymnasienivå. Annat biämne kan även studeras inom Åbo Akademi, ett annat universitet eller utomlands.

#### Ansökningstid / [www.studieinfo.fi](http://www.studieinfo.fi):

- 14–28.3.2018 – antagning för avläggande av både kandidat- och magisterexamen
- 14–28.3.2018 – antagning för avläggande av enbart magisterexamen

#### Urvalsprov:

- 7 maj 2018 kl. 12:00–16:00 i Vasa, Åbo och Mariehamn.
- Språkprov i svenska för finskspråkiga: 18 april 2018.

Information: studierådgivare Britt-Marie Storbacka, [britt-marie.storbacka@abo.fi](mailto:britt-marie.storbacka@abo.fi), tfn. +358 (0)46 921 6120

[www.abo.fi](http://www.abo.fi)

### Sjuksköterskeföreningen i Helsingfors med omnejd

23.3.2018, **studiedag** i Helsingfors. Välkommen!

21.4.2018, **medlemskryssning**. Välkommen med på den traditionella kryssningen. Avresa från Helsingfors kl. 9. På båten frukost och samvaro. I Tallinn fritt program. Båten startar tillbaka kl. 18.30, i Helsingfors kl. 21. Buffémiddag på båten. Medlemmarna betalar 30 € (inkl. båt-biljetter, frukost och middag med drycker). Anmälan sker genom inbetalning av summan på Sjuksköterskeföreningen i Helsingfors med omnejds konto FI45 4055 1150 0026 44 senast 10.3. Skriv i meddelandefältet ditt namn och personsignum.

17.5.2018, **styrelsemöte**.

Tag gärna kontakt med styrelsen ifall du har önskemål om verksamheten!

### Sjuksköterskeföreningen i Mellersta Österbotten

Vi håller på att planera vårens program. Info kommer på facebook och e-post. Under hösten planeras en eventuell längre resa till Tallinn. Mer info senare.

Årsmöte hade föreningen 21.2. Följande personer valdes till styrelsen: Susanna Granbacka (ordf.), Carola Sundberg (vice ordf.), Siv Rönnbacka (sekr.), Sandra Esselström-Lillqvist (kassör), Sissel Lövsund (pr.sekr.), Isa Dahlbacka, Senny Enkvist (ny) och Johanna Sandbäck-Forsell.

### Sjuksköterskeföreningen i Sydösterbotten

12.5.2018, **föreläsning**. Vi firar Internationella Sjuksköterskedagen med en föreläsning av Lars Losvik. Föreläsningens tema är "Arbetsglädje och motivation relaterat till nytänkande, förändringar och framtiden". Tillfället hålls på Frank Mangs Center och inleds med brunch innan föreläsningen. Eventuellt i samarbete med Tehy-föreningarna i regionen.

På hösten ordnas en teater/rekreationsresa eller traditionell julfest. Närmare info senare.

23.3.2018 hålls Sjuksköterskeföreningens **studiedag** i Helsingfors på Clarion Hotel Helsinki. Temat för studiedagen är "Steget in i framtiden". Samtidigt firas Sjuksköterskeföreningens 120-årsjubileum.

### Sjuksköterskeföreningen i Vasa

12.4.2018 kl. 18.30, **medlemskväll** i Vasa Övningsskolans matsal, Kyrkoesplanaden 11–13. Temat för kvällen är portvinsprovning med sommelier Glenn Sundstedt. Anmälan senast 4.4 till sfvasa@netikka.fi eller 050 3504411. Deltagaravgift 20 € och summan inbetalas på föreningens konto FI62 2052 2001 0063 10 senast 4.4.

14.5.2018 kl. 18.30 Internationella Sjuksköterdagen uppmärksammas med en trivselkväll med god mat, sång och musik av "The Mamas" på restaurang Seglis. Föreningen står för underhållet och var och en betalar sin mat. Anmälan senast den 7.5 till sfvasa@netikka.fi eller 050 3504411.

Alla medlemmar är hjärtligt välkomna med!

### Sjuksköterskeföreningen i Västra Nyland

12.5.2018 kl. 09.00, **utfärd**. Välkommen med och fira Internationella Sjuksköterdagen med en utfärd till Kasnäs bad. Start kl.09.00 från Ekenäs busstation. I Kasnäs kan du välja mellan att gå naturstigen, göra ett besök till badet för att simma och/eller pröva på vattenspinning.

Gemensam lunch från stående bord ca kl. 12.30. Hemåt startar vi ca 14.30–15.00-tiden. Vi önskar att du meddelar om du vill simma och/eller delta i vattenspinning (begränsat antal till spinningen). Priset för dagen blir 25 € (betalas i bussen). Bindande anmälan före 12.4. Anmälningar tas emot av: Monica Mattila-Ekholm [monica.mattila-ekholm@hanko.fi](mailto:monica.mattila-ekholm@hanko.fi) eller 0400 513545 eller Katarina Ekberg [katarina.ekberg@outlook.com](mailto:katarina.ekberg@outlook.com) eller 040 5210612.

Vi skickar ut information även per e-post. Har du inte fått information via e-post så vänligen meddela [katarina.ekberg@outlook.com](mailto:katarina.ekberg@outlook.com).

## Sjuksköterskeföreningen i Åboland

12.4.2018 kl. 17.30, **medlemskväll** på restaurang Foija i Åbo. Vi ordnar en kväll där våra hedersmedlemmar Märta Marjamäki och Barbro Österberg gör en tillbakablick i vår förenings traditioner, verksamhet och historia. Välkommen såväl novis som expert till en oförglömlig kväll! Servering, meddela om eventuella matallergier i samband med anmälan senast 5.4.2018 till [monica.makila@gmail.com](mailto:monica.makila@gmail.com).

På hösten ordnas en medlemskväll i september med den alltid populära **"hemliga bion"**.

16.11.2018, **julfest**. Mer information senare.

Mera information om höstens program kommer senare. Om du inte uppgett din e-post ta kontakt till föreningen [monica.makila@gmail.com](mailto:monica.makila@gmail.com) så sätter vi dig med på postlistan.

Välkommen med på våra evenemang! Vi önskar er en riktigt fin och skön vår.

## Sjuksköterskeföreningen på Åland

Meddela om ni har bytt e-postadress eller inte får information per mail inför evenemang: [aland@sffi.fi](mailto:aland@sffi.fi). Vi tar gärna emot önskemål om evenemang.

## Sjuksköterskeföreningen i Östra Nyland

I maj 2018 planeras ett **studiebesök** till äldreboendet i Gråberg, Lovisa.

I augusti 2018 planeras en **kryssning** med J.L.Runeberg.

## Styrelsenytt

- 11 st studerandestipendier har beviljats. 23 st ansökningar inkom.
- 8 st rekreativstipendium har beviljats. 18 st ansökningar inkom.
- i Finland inkom år 2017, 107 idéer till Queen Silvia Nursing Award. 41 st var från finlandssvenska yrkeshögskolor.
- styrelsen presenterar sig under år 2018 på föreningens blogg, som ni finner på [www.sffi.fi](http://www.sffi.fi)
- sedan hösten 2017 finns SFF på instagram som **"nursefinland"**.
- SF i Vasa har beviljats ett extra verksamhetsbidrag på 500 €.

### Viktiga datum 2018!

- 22.3.2018 styrelsemöte
- 23.3.2018 Studiedagen i Helsingfors
- 24.3.2018 fullmäktigemöte i Helsingfors
- 23.5.2018 deadline för material till Vård i fokus 2/2018
- 26.5.2018 styrelsemöte

# Styrelsen och fullmäktige 2017–2020

## Styrelsen

Ordförande	<b>Annika von Schantz</b> , HVM, verksamhetsledare, Hugo och Maria Winbergs stiftelse. Vågbrottet 3 A 10, 02320 Esbo, 040-5370376 annika.vonschantz@tunaberg.net
Vice ordförande	<b>Carola Sundberg</b> , barmorska, sjukskötare, Staden Jakobstad, Social- och hälsovårdsverket. Durkvägen 5 A 1, 68620 Jakobstad, 050-3564324 carola.sundberg@jakobstad.fi
Ledamöter	<b>Katarina Ekberg</b> , sjukskötare, Västra Nylands Sjukhus. Snicknäs vägen 1, 10520 Tenala, 040-5210612 katarina.ekberg@outlook.com
	<b>Ann-Maj Johansson</b> , HVM, avdelningsskötare, Åbolands sjukhus, somatiska polikliniken. Vävargatan 12, 21600 Pargas, 044-3444945 ann1maj.johansson@gmail.com
	<b>Ann-Charlotte Lindfors-Nenonen</b> , spec.sjukskötare, avd.skötare, Johannisberg. Kompassvägen 19 J, 06150 Borgå, 0400-905601 ann-charlotte.lindfors-nenonen@porvoo.fi
	<b>Annika Kvist-Östman</b> , sjukskötare, hälsovårdare, boendeledare inom Vörå kommuns äldreomsorg. Brudsund 736, 66640 Maxmo, 050-5910088 annika.kvist-ostman@vora.fi
	<b>Lisbeth Schultz</b> , pensionerad specialistsjukskötare, Åland. Bygatan 3, 22410 Godby Åland, 0457-5244085 lisbeth.schultz@aland.net
	<b>Helena Strandholm</b> , sjukskötare, avd.skötare hemvården i Kristinestad. Åsvägen 100, 64220 Yttermark, 050-3738348 helenastrandholm@gmail.com
	<b>Karla Wendt</b> , 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-Mäkilä, 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

# Ansökan om medlemskap i Sjuksköterskeföreningen i Finland rf

Till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland rf

Jag anhåller om att bli antagen som medlem i Sjuksköterskeföreningen och förbinder mig att årligen erlägga medlemsavgiften

Tillnamn: \_\_\_\_\_

Förnamn: \_\_\_\_\_

Födelseid: \_\_\_\_\_

Näradress: \_\_\_\_\_

Postnummer och -anstalt: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_

Önskar ta emot medlemsfaktura på e-post: JA / NEJ

Sjukskötare	år _____	Sjukvårdsledare	år _____
Sjuksk. med spec.inr.	år _____	Sjukvårdslärare	år _____
Hälsovårdare	år _____	Hälsovårdskandidat	år _____
Barnmorska	år _____	Hälsovårdsmagister	år _____
Specialsjukskötare	år _____	Anna examen, vilken	_____ år _____

Ort och datum \_\_\_\_\_ den \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

## Ändringsanmälan

Namnändring

Adressändring

Tillnamn: \_\_\_\_\_ Tidigare tillnamn: \_\_\_\_\_

Förnamn: \_\_\_\_\_

Födelseid: \_\_\_\_\_

Näradress: \_\_\_\_\_

Postnummer och -anstalt \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_

Sjuksköterskeföreningen i Finland rf, Annegatan 31–33 C 50, 00100 Helsingfors  
tele: 045 153 7075 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**