

VÅRD I FOKUS

2/18



Sjuksköterskeförbundet i Finland rf

VÅRD I FOKUS nr 2

årgång 35 juni 2018

Organ för Sjuksköterskeföreningen i Finland rf
www.sffi.fi

Ansvarig utgivare: Annika von Schantz, telefon 040 5370376

Redaktionssekreterare: Sandra Alldén, telefon 045 1437575

e-post: sandra.allden@sffi.fi

Tryckt hos: Grano Oy Ab, Vasa

Innehållsförteckning

Ledare: Annika von Schantz.....	3
Hållbart Ledarskap – artikelserie, Maria Forss & Tua Weckström-Lundell & Eva Matintupa.....	4
Att lyckas med samarbete i multiprofessionella team, Jenny Vuonoranta & Jenni Larres & Magdalena Johansson & Jessica Björk-Keihäs & Anu Virtanen & Maria Forss.....	6
Den utomstående inuti – inom institutionen men utanför ”pojkklubben”, Nina Vuorenmaa & Nina Bergqvist & Maria Forss.....	11
Näringsstillståndet hos äldre på äldreboende. En deskriptiv studie av äldres näringsstillstånd, Jasmin Hietanen & Sirkku Säätelä.....	18
Kongressresa till Glasgow, Anna Tornivuori.....	24
Medinfo 2017 i Hangzhou i Kina, Outi Ahonen & Petra Ekman.....	28
Annons: Åbo Akademi.....	31
ENGAGE, seminarium om gynekologiska cancerformer, Wien 4–5.11.2017, Eva-Maria Strömsholm.....	32
Patienten i fokus, Gunlög Eriksson & Nina Rosén.....	36
Annons: Novia.....	39
Utmärkelse: Valborg Louhiso-priset, Annika von Schantz.....	40
Utmärkelse: Sophie Mannerheimmedaljen i silver, Elisabeth Sonntag-Österlund & Benita Backman.....	41
Studiedagen med firande av 120 verksamhetsår och förläning av utmärkelser, Carola Klawér.....	42
Utmärkelse: Jubileumssjukskötare 2018.....	45
Do something, sister! Gör någonting, syster! Del 6, Kinge Berglund.....	46
Nya Barnsjukhuset 2018, Annika von Schantz.....	52
Hedersmedlemsträff, Kerstin ”Käde” Skogman.....	53
Erasmus utbytesrapport, Pilvi Lehtinen.....	54
GDPR-info.....	57
Annons: SHKS.....	57
Sommarkryss.....	58
Styrelsenytt.....	59
Regionala föreningar.....	60
Styrelsen och fullmäktige 2017–2020.....	62
Ansökan om medlemskap.....	63

Pärmbilden:
Foto: Peter Johansson

ISSN 0781-495X

Kära medlem,

I skrivande stund, i mitten av maj, kom plötsligt sommarvärmen. Helt överraskande och fantastiskt. Många av oss njuter medan endel kraxar olycksbådande: det går nog snabbt om och sen regnar det två månader i sträck, vänta bara, ni skall nog få se. Vi sjukskötare är kanske mera vana än många andra att ha ledigt eller semester på lite udda tider. Kanske är vi bättre på att njuta av stunden, *carpe diem*? Lediga veckoslut är sällsynta för många, men då passar man ju på att njuta av ledigheten på onsdag och torsdag i stället. Sjukskötarna sörjer inte över att jobba på julafton, alla vet att någon skall ta hand om patienterna på årets alla dagar, dygnet runt. Ibland är det din eller min tur. Hur många sjukskötare har inte firat julafton den 22 eller den 23 december och sedan jobbat alla juldagar? Njut av julafton när det passar dej. Sjukskötarna är lösningsorienterade!

Semesterperioden på sommaren är ingalunda mellan juni och augusti, nej då, den börjar första maj och slutar sista september. Också i år har en del sjukskötare semester tre eller fyra veckor i september medan barnen går i skolan.

Jag blev inspirerad av vår gästföreläsare på Studiedagen, Olof Röhlanders tankar om konsten att njuta av livet. Han inspirerar oss att stanna upp, att bestämma sej för att njuta av stunden – just nu. Ta ansvar för din egen inställning till livet. Så är det med den kommande sommaren, bestäm dej för att njuta av den trots att det kanske regnar och är kallt. Njut av sommaren trots att du kanske inte har ledigt alls. Vi alla behöver stunder utan att göra någonting alls, prioritera att inte göra någonting. Eller som italienarna säger *La Dolce Far Niente* (konsten att göra ingenting). Hur vackert låter inte det? Kroppen och själen behöver lugnas ner i lugn och ro. Satsa på återhämtning i vardagen, inte på de få soliga semesterdagarna. Jag tror att man måste stanna upp för att kunna gå vidare. Semesterdagarna kommer sedan som extra bonus.

Jag önskar er alla en underbar sommar, njut av alla väder!

Annika von Schantz, ordförande

Hållbart Ledarskap

– artikelserie

Maria Forss • Tua Weckström-Lundell • Eva Matintupa



Från och med det här numret av *Vård i Fokus* kommer artiklar i serien *Hållbart Ledarskap* att publiceras. Artiklarna är ett samarbetsprojekt mellan yrkeshögskolorna Arcada och Novia, skrivna av masterstudenter tillsammans med lärare.

Studenterna har i de båda högskolorna byggt ledarskapskompetenser och fördjupat sig i olika ledarskapsteman. Kurserna *Hållbart Ledarskap* motsvarar 15 studiepoäng inom den högre yrkeshögskoleutbildningen och förbere-

der studenterna för ledarskapsuppgifter inom social- och hälsovården.

Att skriva en artikel fungerar som en katalysator för att arbeta med vetenskapliga texter och som grund för olika former av utvecklingsarbete. I ledarens dagliga arbete behöver beslut fattas och initiativ initieras på basen av evidens, något som förutsätter att ledaren kan läsa, analysera, jämföra och utvärdera olika former av texter och rapporter. Masterstudierna vid högskolorna stöder och uppmuntrar till ett dylikt kritiskt tänkande och ett aktivt deltagande i aktuella diskussioner. Våra utexaminerade masterstudenter driver och påverkar utvecklingsarbeten inom social- och hälsovården.



Fr. vänster: Tua Weckström-Lundell, Maria Forss och Eva Matintupa.

Samtliga artiklar i den här artikelserien följer temat hållbarhet i morgondagens ledarskap. Med hållbart ledarskap menar vi ett ledarskap som gör att såväl medarbetare som ledaren själv upplever ett klart arbetsvälmående. Vi vet att välmående individer i välfungerande arbetsorganisationer ger vinst för både individen, organisationen och samhället (1).

Vår vision är att artiklarna kan motivera och initiera till fortsatt utveckling av det hållbara i ledarskapet på alla arbetsplatser.

Referens

1. Delve L, Eriksson A. Hållbart ledarskap - I vardag och förändring. Högskolan i Borås: Borås; 2016.

Författarna

Maria Forss

Utbildningschef, Arcadas vårdsektion
RN, PhD

Tua Weckström-Lundell

Utbildningsansvarig lektor, Novia

Eva Matintupa

Avdelningschef för hälsovårdsbranschen,
Novia

Utbildningsansvarig lektor för högre yrkes-
högskoleutbildning, Novia
RN, RM, MSc

Att lyckas med samarbete i multiprofessionella team

Jenny Vuonoranta • Jenni Larres • Magdalena Johansson • Jessica Björk-Keihäs • Anu Virtanen • Maria Forss



Multiprofessionellt teamarbete behövs inom hälsovården för att ge alla patienter den vård de behöver. Med multiprofessionellt samarbete uppstår det också utmaningar. Hur kan dessa utmaningar se ut och vilka eventuella lösningar finns det? Vem bär ansvar för utmaningarna och hur kan man lösa dem?

Introduktion

Med tanke på att den nya social- och hälsovårdsreformen är på tapeten just nu, blir det multiprofessionella samarbetet aktuellt. Flera olika professioner kommer att samarbeta och mångprofessionella arbetsteam och nätverk kommer att utvecklas (1, 2). Multiprofessionella team innebär att medarbetare från flera yrken arbetar tillsammans och lär av varandra, mot ett gemensamt mål, men med olika bidrag (3). Multiprofessionella team inom hälsovården

är ett svar på patienternas behov, vilka kan vara komplexa eller talrika (4). Att organisera arbetet i multiprofessionella team bör ändå inte vara ett ändamål i sig. Utgångspunkten måste vara i vad som är bäst för patientgruppen samt att uppnå verksamhetsmål (5). För att samarbetet ska fungera smidigt, behövs en så kallad kunskap angående arbetsprocessen. Det betyder att alla teammedlemmar bör gestalta processens olika faser på samma sätt (6). Varje teammedlem i vårdkedjan har därmed en viktig roll.

Multiprofessionella team

Trots att det i multiprofessionella team arbetar medarbetare från flera yrken tillsammans, är det ändå upplevelsen av likhet som lägger grunden för gruppidentiteten (7). Obalans i grupper kan ses som ett misslyckande att behandla olika krafter som påverkar gruppen. Dessa kan innebära olika medlemmars behov eller maktkamp. Obalansen kan också handla om gruppens relation till sin omvärld, där det sätts stora krav på gruppen (7). Problem som kan uppstå inom multiprofessionella team kan bero på brist på förståelse olika yrkesgrupper emellan. Även en bristfällig kommunikation kan leda till konflikter (8).

Kan varje medlem i en multiprofessionell arbetsgrupp se sina kunskapsstyrkor och svagheter samt de andra professionernas styrkor och svagheter? Hur underlättar man detta? Syftet med denna artikel är att ur teammedlemmars och ledares perspektiv belysa utmaningarna för multiprofessionellt samarbete och ge lösningar till dessa.

Krav och utmaningar vid multiprofessionellt teamarbete

Då teamens medlemmar arbetar tillsammans utvecklas en struktur som kan höja eller försämra effektiviteten. Strukturen och utformningen av multiprofessionella team kan se ut på många olika sätt (9). Multiprofessionella team kan vara antingen stabila eller tillfälliga. Olika sammanfattningar av team ställer olika utmaningar för medarbetarskap och ledarskap.

Fördelar med att organisera teamen mer flexibelt är att organisationen blir flexiblare och kan ta vara på personalens kompetens på det mest optimala sättet. Jämfört med fasta team ställer flexibla team större krav på ledning och styrning mot tydliga mål. Multiprofessionella team med långvariga deltagare har flera fördelar genom att kommunikationen blir enklare, man lär känna varandra och varandras/sina kompetenser (3).

Risken med att arbeta i samma team en lång tid kan vara att det blir svårt för nya medlemmar att komma in. Gemenskapen i teamet kan bli ett självändamål, vilket ökar risken för att man inte utvärderar verksamheten, utvecklar målen eller strategier. Detta kan också leda till rädsla att utöka teamet med ny kompetens (10).

Om ett stabilt team blir som ett slutet system i organisationen finns risk för att revir- och maktkamper sker i det dolda (11). Andra orsaker till konflikter i interprofessionella team kan vara bristande förståelse för andra professionellas betydelse för lyckad vård, förändringar i arbetsfördelning som inte upplevdes som önskvärda eller lyckade samt ansvarsfullhet som uppfattades olika av olika professionella (8, 12). Konflikter kan också uppstå på grund av brist på öppenhet (13). I hållande konflikter på arbetsplatsen har en negativ inverkan både på människorelationer och effektiviteten (14). Som hinder för att lösa konflikter har identifierats tidsbrist och ojämna maktrelationer yrkesrollerna emellan. Brist på motivation att lösa konflikter samt rädsla för att orsaka emotionellt lidande hos andra har också lyfts upp (11).

Lösningar på organisatorisk- och individnivå

De fem vanligaste rapporterade konfliktlösningsslagmetoderna hos individer är att kompromissa, tävla, anpassa, undvika och konfrontera (14). Däremot strategier som leder till konfliktlösning har påvisats vara skapande av protokoll för konflikthantering samt ledningsgruppens ingrepp, policy och procedurer (8). Effektiv konfliktlösning är något som man kan lära sig (13).

Teamanalys och teamutveckling är viktiga instrument för organisationsutveckling och kvalitetshandling. De bidrar till att teamet kan arbeta optimalt (9). Organisationer rekommenderas att tillsammans utvecklas som ett team för att förbättra sin konfliktlösningsförmåga (14).

På individnivå kan man nämna goda kommunikationsfärdigheter som en viktig komponent i ett lyckat teamarbete (14). Då kommunikation lyckas, styr och sporrar teammedlemmarna varandra med instruktioner, sammanfattar kunskap, stöder varandra i prestationer och gruppsamhörighet. Genom en lyckad kommunikation med varje teammedlem skapar även ledaren goda relationer som i sin tur hjälper i att skapa och upprätthålla motivation, mentorskap och resursstärkande (15).

För att åstadkomma ett lyckat samarbete krävs att alla deltagare ser den samlade kompetensen som finns i teamet och optimalt kan använda den (16). För detta krävs det att medarbetarna i ett arbetsteam kan stödja, respektera och tro på varandra. Förutom tillit krävs även en positiv attityd (17).

För att lyckas med multiprofessionellt samarbete måste varje individ känna sig trygg i sin egen yrkesroll. Dessutom ska man kunna gå in och ut ur arbetsgrupper. För att detta skall lyckas kräver det att rollerna och uppgifterna är tydliga (11). Det väsentliga vid ett multiprofessionellt arbetssätt är ändå att det krävs olika kunskaper för att hjälpa patienten på bästa möjliga sätt (4). Man måste ta del av hur andra yrkesgrupper bedömer och resonerar kring patientfallen så att patientens behov blir belyst från olika perspektiv, vilket ger en helhetssyn på patienten. Helhetssynen innebär att man kan ha med sig de andras perspektiv i det egna beslutet. Som en möjlighet lyfts ett gemensamt mål upp, som alla arbetar mot och som bidrar till en delad världsbild och förståelse olika professioner sinsemellan (12).

Att leda ett lyckat multiprofessionellt samarbete

Alla mänskliga grupper utvecklar ett ledarskap. Multiprofessionella team är ofta självstyrda, och formas så att chefen själv inte ingår

i teamet. Ledarskapet i ett multiprofessionellt team kan vara officiellt eller inofficiellt. Att arbeta i team eller i grupp ställer krav både på medlemmarna i gruppen och på ledarskapet i gruppen (9). Ledarens roll är ofta att lyssna, följa upp mål, arbeta med kompetensutveckling samt stöda teamet att integrera sina olika förmågor och bli en helhet. Ledaren bör dessutom grunda riktlinjer för det allmänna arbetet och dess prestationer (14).

Olika sammansättningar av arbetsgrupper ställer olika krav på medarbetarskap och ledarskap. För att en organisation skall ha möjlighet att fungera framgångsrikt krävs att de anställda ska kunna jobba i enighet för att kunna uppnå mål (16). Grupper är unika och ledaren måste anpassa sin stil till gruppens behov och teamets dynamik, med andra ord förstå kulturen i gruppen och agera kreativt i olika situationer (15, 16). Man kan konfrontera, undvika eller förena sig i en konflikt, men ledaren bör också kunna anpassa sig efter situationen och människorna (16). Ledarens roll i en organisation med multiprofessionella team blir att vara formgivare, att utveckla de styrande idéerna, visionen och de grundläggande värderingarna (18). Ledaren måste också kunna tydliggöra de olika professionernas samlade behov av kompetensutveckling, kopplat till verksamhetens mål. Ledaren bör också ha ett fokus på vårdkedjan som helhet samt skapa och upprätthålla kontakter mellan olika vårdgivare för att underlätta teamets arbete (11). För ledaren är det lika viktigt, som för andra yrkesgrupper också, att visa respekt för andras arbetsinsats för att skapa sådan atmosfär där alla känner sig trygga i sina egna yrkesroller (19).

Konklusion

Klienterna anser att multiprofessionellt samarbete har förbättrat vårdresultat och servicen. Också professionerna anser att deras förmåga att erbjuda bättre vård och service har eskalerat, samt förbättrat deras egen tillväxt och utveckling professionellt. Gemenskapens roll ökar i multiprofessionella samarbeten och bidrar till en ökad känsla av samhörighet, dock finns det ett stort behov för utveckling inom



Hjälpmedelstekniker och ergoterapeut planerar och gör ortoser med 3D-scanning tillsammans.

denna arbetsmodell (20, 22).

I och med social- och hälsovårdsreformen kommer multiprofessionellt samarbete att öka i framtiden. Multiprofessionellt samarbete kräver en stor förståelse för olika yrkesgrupper samt en stark tro på ens egna förmågor och därför är det väsentligt att introducera multiprofessionellt samarbete redan under studietiden (23). Ett exempel på en metod som kan användas under studietiden är high fidelity simulation som har beskrivits av Mai et al (24).

Shrader & Zaudke (19) har i sin forskning också bekräftat att studerande önskar mera interprofessionellt arbete redan under sin studietid, vilket studenterna anser att det finns alltför litet möjligheter till.

De viktigaste punkterna, som både studerande och professionella som redan befinner sig i arbetslivet bör ta vara på, är:

1. Att skapa en trygg atmosfär, både fysiskt och psykologiskt sett. Detta innebär att lära känna sina kolleger och låta alla få sin röst hörd. Genom att verbalt uttrycka

att alla har ett visst värde i gruppen underlättar man detta.

2. Att beakta andras professionella identitet, stereotyper, hierarkier och kulturer. Inverkar dessa på ens egna handlingar?
3. Att kom ihåg att vården ska vara klientcentrerad – förklara även för patientens närstående vad vårdteamets arbete innebär.
4. Att tala på ett sådant sätt att alla förstår innebörden av diskussionen och bjud in alla andra att också delta.
5. Skapa en gemensam vårdplan där allas arbetsinsats syns.
6. Använd teamets gemensamma etiska värden, roller och ansvar, kommunikation och teamarbete som guide för reflektion och evaluering (19).

Möjligheterna för ett mångprofessionellt team är enighet, stöd, respekt och tro (16). Som stöd för detta behövs ledarens mångsidiga kunskaper och förmågan att läsa situationer samt anpassa sin stil till arbetsgruppens behov (11, 14, 15, 16, 17).

Referenser

1. Jeglinsky I. Monialainen yhteistyö, Sote-uudistus, muutos ja johtaminen. (muntl.). Helsingfors: Seminarium 2018 (citerad 26.01. 2018).
2. Social- och hälsovårdsministeriet. Information som stöd för välfärden och de reformerade tjänsterna. Utnyttja social- och hälsovårdsinformationen – strategi fram till 2020 (Internet). Social- och Hälsovårdsministeriet. Helsingfors. (hämtad 05.03.2018). Hämtad från: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/70348>.
3. Roodbol P F. Multiprofessional Education to Stimulate Collaboration: A Circular Argument and Its Consequences. *GMS Z Med Ausbild.* 2010; 27(2): 1–4.
4. Jurgutis A, Kummel M, Mört S, Grinevičius K. Multiprofessional teamwork to gain better community health. Developing the potential of high quality PHC (Internet). 2013. ImPrim -raport; #6 (hämtad 06.03 2018). Hämtad från: www.ku.lt/svmf/wp-content/uploads/sites/7/2016/04/STIMC_Report_6-Multi-professional-teamwork-to-gain-better-community-health.-Developing-the-potential-of-high-quality-PHC.pdf
5. Fernando K, Adshead N, Dev S, Fernando A. Emergency department multiprofessional handover. *The clinical teacher.* 2013; 10: 219–23.
6. Collin K, Paloniemi S, Herranen S. Moniammatillisuus - ideaalia vai arkea? I: Collin K, Paloniemi S, Herranen S (red). Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Ryhmätöiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella (Internet). 2012 (hämtad 19.03.2018). Hämtad från: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37906/978-951-39-4758-3.pdf?sequence=>
7. Granér R, Granér S. Personalgruppens psykologi. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2013.
8. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman, T R, Kasperski M J. Conflict on interprofessional primary health care teams—can it be resolved? *J Interprof care.* 2011; 25 (1): 4–10.
9. Körner M. Analysis and development of multiprofessional teams in medical rehabilitation. *GMS Psycho-Social Medicine.* 2008; 5: 1–13.
10. Thylefors I, Persson O, Hellström D. Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *J Interprof Care.* 2005;19 (2): 102–14.
11. Kvarnström S, Wallin K. Multiprofessionella TEAM i vården - Fördelar och fallgropar (Internet). Landstinget i Östergötland; 2001. OLIVIA-projektet rapport nr 8; Dnr 525/99 (hämtad 06.03.2018). Hämtad från: <https://old.liu.se/medfak/kuu/undervisningsavd30/bilder-pdf/1.56039/multipro.pdf>.
12. Hall P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *J Interprof care.* 2005; 19 (sup 1): 188–96.
13. Hagemann B, Stroope S. Conflict management. *T+D.* 2012; 66: 58–61.
14. Apipalakul C, Kummooon D. The effects of organizational climate to conflict management amongst organizational health personnel. *Procedia – Social and Behavioral Sciences.* 2017; 237:1216–22.
15. Sohmen V S. Leadership and teamwork: Two Sides of the Same Coin. *J IT and Economic Development.* 2013; 4 (2): 1–18.
16. Saeed T, Almas S, Anis-ul-Haq M, Niazi GSK. Leadership styles: relationship with conflict management styles. *Int J Conflict Management.* 2014; 25: 214–25.
17. Tyler L. Imprinting leadership. *American J Health-System Pharm.* 2016; 73: 133946.
18. Clements D, Dault M, Priest A. Effective Teamwork in Healthcare: Research and Reality. *Healthc Pap.* 2007; 7: 26–34.
19. Shrader S, Zaudke J. Top ten best practices for interprofessional precepting. *J Interprof education and practice.* 2018; 10: 56–60.
20. Ray-Sannerud B, Leyshon S, Vallevik V. Introducing routine measurement of healthcare worker's well-being as a leading indicator for proactive safety management systems based on Resilience Engineering. *Procedia Manufacturing.* 2015; 3: 319–26.
21. Winfield C, Sparkman-Key N, Vajda A. Interprofessional collaboration among helping professions: Experiences with holistic client care. *J Interprof Education and Practice.* 2017; 9: 66–73.
22. Karama M, Braultb I, Van Durmea T, Macqa J. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *Int J Nursing Studies.* 2017; 79: 70–83.
23. Avrech Bar M, Katz Leurerb M, Warshawskic S, Itzhak M. The role of personal resilience and personality traits of healthcare students on their attitudes towards interprofessional collaboration. *Nurse Educ Today.* 2018; 61: 36–42.
24. Mai J A, Pilcher R L, Frommelt-Kuhle M. Fostering interprofessional collaboration and critical thinking between nursing and physical therapy students using high-fidelity simulation. *J Interprof Education & Practice.* 2018; 10: 37–40.

Författarna

Jenny Vuonoranta

Fysioterapeut, student vid masterprogrammet, Arcada

Jenni Larres

Socionom, student vid masterprogrammet, Arcada

Magdalena Johansson

Socionom, student vid masterprogrammet, Arcada

Jessica Björk-Keihäs

Akutvårdare, student vid masterprogrammet, Arcada

Anu Virtanen

Fysioterapeut, student vid masterprogrammet, Arcada

Maria Forss

Utbildningschef, Arcadas vårdsektion RN, PhD

Den utomstående inuti – inom institutionen men utanför ”pojkklubben”

Nina Vuorenmaa • Nina Bergqvist • Maria Forss



Inledning

Samhället utvecklas och förändras i ständig takt. Jämlikheten i samhället har ökat under de senaste årtiondena, men har den ökat tillräckligt på arbetsplatserna? Kvinnans möjligheter till avancering i arbetslivet, löneskillnader och könsroller på arbetsplatsen är omdiskuterade ämnen, inte minst inom vårdbranschen där majoriteten av de anställda är kvinnor. År 2014 var cirka 90 % av sjuksköterna, barnmorskorna och närvårdarna kvinnor (1).

Kvinnor utgör 80 % av arbetskraften inom den kommunala sektorn men besitter enbart cirka hälften av ledarskapspositionerna. Detta betyder att männen som utgör 20 % av arbetskraften besitter andra halvan av ledarskapspositionerna (2, 3).

Det är välkänt att kvinnor inte avancerar i arbetslivet på samma sätt som män och att kvinnans lön i jämförbara arbetsuppgifter är

På ett seminarium 17.11.2017, gällande social- och hälsovårdsreformen, ställer en student från Yrkehögskolan Arcada en fråga till förändringsledaren för reformen: "Kunde en högre lön för sjuksköterna främja känslan att deras arbete värdesätts av andra och bidra till att de själva kunde värdesätta sitt eget arbete mera som sjukskötare?" Frågan besvaras av förändringsledaren, en kvinna som befinner sig i en högre position och som har arbetat i ett kvinnodominerat yrkesområde inom hälsovården. Svaret lyder: "Ratkaise-eko raha kaiken?", det vill säga, "Lösör pengar allt?" Svaret får auditoriet att tystna och studenten att sjunka ner i sin stol.

lägre. Kvinnans lön i Finland är i medeltal 83,3 % av mannens, vilket utgör en skillnad på ungefär 600 euro i månaden (4). I samband med ansträngningar för att förstå de mekanismer som ger upphov till arbetslivsrelaterade ojämlikheter mellan könen har termen ”glass ceiling”, eller ”glastaket” uppstått.

Trots att man är väl medveten om ojämlikheter mellan kvinnor och män på arbetsmarknaden, har man ännu inte funnit uttömmande svar eller lösningar på problemet. Tvärtom återspeglas fenomenet på samhällsnivå när kvinnodominerade branscher drabbas av nedskärningar som direkt påverkar de anställdas personliga ekonomi (4). Det inledande exemplet med förändringsledaren antyder att det kunde finnas plats för en attitydförskjutning till och med bland de banbrytande kvinnorna på arbetsmarknaden. Fenomenets uthållighet väcker ett intresse för de ledarskapsmekanismer som bevisligen lever kvar i organisationer där man antingen inte vill eller vet hur man ska gå till väga för att sätta igång en förändring.

Denna artikel tangerar teman kring ett genusmedvetet ledarskap och ojämlikheter mellan könen på arbetsplatsen. Syftet är att utreda hur ojämlikheter mellan könen uppstår i arbetslivet och de följder ojämlikheten har för den arbetande kvinnan. Följaktligen diskuterar artikeln uppkomsten av löneskillnader och glastaksfenomenet.

Artikeln är en kvalitativ litteraturgranskning av tio vetenskapliga artiklar inom forskningsområdet. Tidigare kunskap i ämnet utgör grunden för artikelns frågeställningar: hur uppstår ojämlikheter mellan könen i arbetslivet och vilka följder har ojämlikheten för kvinnan i arbetslivet? Slutligen diskuteras hur ojämlikheter kan motarbetas.

Bakgrund: genus i arbetslivet

Ojämlikheter mellan könen i arbetslivet har alltid funnits och kvinnorna har alltid varit underordnade och fått kämpa för sina rättigheter. Utvecklingen av kvinnors position i arbetslivet började första gången år 1873 då kvinnorna fick rätten att ta akademisk examen med några undantag, såsom juridisk licentiatexamen och

teologi. På 1900-talet skedde flera reformer angående kvinnors lika rättigheter i arbetslivet. Från och med år 1935 har kvinnor till exempel fått lika stor folkpension som männen. År 1980 infördes lag mot könsdiskriminering i arbetslivet och först från och med år 1983 har alla yrken varit öppna för kvinnor (5).

Enligt Simone de Beauvoir (1908–1986), en av de första representanter för modern feministfilosofi, har kvinnan alltid definierats som det ”andra könet” i samhället. Flera kvinnor har blivit osynliga i historien på grund av deras avgränsade förhållanden i det förflutna. Kvinnors underordnade position i samhället kan dels förklaras genom att könet ofta har analyserats tudelat och exkluderande. Kvinnor har exempelvis stämplat som irrationella och män som rationella. Genom detta antingen eller-tänkande har skillnader mellan könen understrukits och förstärkts (6).

För att kunna ingripa i ojämlikheter mellan könen i samhället och arbetslivet är det viktigt att förstå att könet är socialt konstruerat. Genus är ett begrepp som står för det sociala könet och könsroller. Föreställningar, tankar och handlingar tillsammans bildar människans sociala kön (7). Enligt det socialkonstruktionistiska perspektivet skapas och återskapas det sociala könet i historiska och sociokulturella processer. Det sociala könet är alltså ett resultat av hur folk förhåller sig till vad som anses feminint respektive maskulint. Denna tudelning upprätthåller ojämlikheter mellan könen. Exempelvis anses somliga yrken och utbildningar än idag att vara manliga eller kvinnliga (5).

Vertikal och horisontal könssegrering

Att anlägga genusperspektiv är att undersöka könets betydelse i en viss miljö eller social situation. På arbetsplatser kan man exempelvis ta reda på om det är någon skillnad på kvinnors och mäns situation i arbetslivet i frågor, som arbetsfördelning och lönesättning. Det går ytterligare att utreda i fall det finns medvetna eller omedvetna föreställningar och förhållningssätt till kön som kan påverka människors handlande inom organisationen. Dagens organisationer kännetecknas av vertikal



Foto: Jonas Tana.

Kvinnor utgör 80 % av arbetskraften inom den kommunala sektorn men besitter enbart cirka hälften av ledarskapspositionerna.

och horisontal könssegregering. Den vertikala könssegregeringen syftar på männens dominans i organisationshierarkin och den horisontala syftar på att könen kan iakttas inom olika sektorer, funktioner och arbeten i samhället samt inom organisationer. De arbetsplatser och organisationer som domineras av kvinnor har ofta lägre status och lön medan manligt dominerade organisationer ofta kännetecknas av högre status och lön (5), vilket ger upphov till att granska ojämlikhetens ursprung närmare.

Skapandet av ojämlikheter

En allmän förklaring till att kvinnor inte besitter ledarskapspositioner i arbetslivet är att djupsittande, omedvetna könsbaserade antaganden och fördomar påverkar kvinnors avancering (9). En mängd socialpsykologisk forskning tyder på att antaganden och fördomar, till och med ren sexism, gör att det finns olika förväntningar på kvinnors och mäns beteende, vilka i sin tur påverkar beslutsfattandet exempelvis i samband med rekryteringar. Dessa förväntningar har ett historiskt ursprung i

uppfattningar om sociala roller som inte bottnar i kännedom om personens egentliga kunnande eller erfarenheter (8, 9). Kvinnans makt eller framgång i arbetslivet har exempelvis begränsats på grund av att hon förväntas i något skede bli med barn och stanna hemma (8).

Stereotyper

Ojämligheter på arbetsplatser kan förklaras med ingrodda stereotyper som kan ha negativa följder för yrkesutvecklingen i och med de uppfattningar och kvaliteter som varje kön antas ha. Socialisationsteorin placerar män och kvinnor i olika yrkesgrupper och familjeroller som stöder sig på könsförväntningar och normer. De kvinnliga stereotyperna baserar sig ofta på välbekanta kvinnoroller (mödrar, fruar, sjukskötare osv.) och de egenskaper som de innehar. Kvinnorna anses vara pålitliga, vårdande och undergivna medan männen anses vara starka, handlingsorienterade och självständiga (8). På grund av dessa stereotyper kan det finnas olika förväntningar på kvinnliga och manliga ledare. De egenskaper som kvinnor antas ha överensstämmer inte med den traditionella definitionen av en bra ledare. De kvinnliga egenskaperna anses istället lämpliga för arbete inom de traditionella kvinnodominerade branscherna, förslagsvis där vård eller socialt arbete utförs (8, 10).

De egenskaper som män antas ha är vanligen associerade med framgång i arbetslivet. Självförtroende, konkurrenskraft, ambition och känslomässig stabilitet är också kopplade till bra ledarskap och anses som "manliga" egenskaper (10, 11, 12). Typiska "manliga" egenskaper fungerar även ofta som standard i rekryteringen samtidigt som typiska "kvinnliga" egenskaper inte alltid uppskattas (12). Uppfattningar om de kvinnliga och manliga egenskaperna gör att individer i höga positioner med makt diskriminerar kvinnor – ofta omedvetet och automatiskt – genom att ställa sig kritiskt till deras kompetenser (13).

Ojämligheter uppstår även genom föreställningar av kvinnors och mäns varierande ledar-

stilar. Kvinnor påstås ha en mer interpersonell och demokratisk ledarstil medan män antas ha en mer diktatorisk och auktoritär stil (10). Motstridigt mot det föregående är att könet inte är en pålitlig indikator av en persons ledarstil. Forskningen har visat en hög grad av likhet i de kvinnliga och manliga ledarnas beteenden och ledarstilar. Föreställningarna om de varierande ledarstilarna mellan könen härstammar således snarare från stereotyper om könsroller, än från könet i sig (11).

Ytterligare värda att lyfta fram med tanke på hur ojämlikheter uppstår är könsschemateorin och den sociala dominans-teorin. Dessa ger en inblick i hur ojämlikheter mellan könen fortsätter att vara ett problem i ledarskapsfrågor. För det första, hävdar könsschemateorin, att normer och förutbestämda uppfattningar som vi utvecklar som barn och observerar fram till vuxenåldern påverkar våra uppfattningar och beteende. Kvinnors observationer av etablerade könsroller omkring sig vidmakthåller dessa roller genom att kvinnorna anpassar sig efter de könsroller och normer som de observerar. Exempelvis kan avsaknaden av kvinnliga ledare bevara kvinnornas föreställning om att de inte är kapabla till att vara ledare (11).

För det andra, enligt den sociala dominans-teorin, är människor placerade i hierarkier och den dominerande gruppen i hierarkin gör vad den kan för att förbli den dominerande gruppen. Den dominerande gruppen, det vill säga männen, har makten på arbetsplatsen och i samhället överlag och har bidragit till att kvinnorna förblivit den underordnade gruppen. De ser jämställdheten som ett hot på grund av att de inte vill förlora sin dominerande ställning (10). Ojämligheten är inte endast ond i sig utan den medför även negativa konsekvenser i arbetslivet.

Vilka följder har ojämlikheter?

Den inkluderade forskningen lyfter fram två negativa, viktiga följder som ojämlikheten får för arbetslivet: glastakseffekten och löneskillnader.

Glastaket

”Få institutioner i samhället förändras så långsamt som sociala relationer, och få som det ser ut, långsammare än den systemiska diskrimineringen av kvinnor” (8). Glastaksfenomenet handlar om ingrodda mönster av diskriminering på arbetsplatsen och härstammar från sociala förhållanden, krav och kulturella antaganden (14). Termen ”glastak” syftar således på bristen av kvinnors avancering till ledarskapspositioner trots att det inte finns några synliga hinder för det (12). Termen definieras även som organisationernas oförmåga att avancera kvinnor till höga beslutsfattningspositioner. Den har sitt ursprung i att kvinnor, trots att de tog sig in på nästan alla mansdominerande branscher, inte var representerade i höga positioner inom sina organisationer. Termen har blivit en etablerad del av karriärutvecklingsterminologin i samband med engagemanget att identifiera hinder för kvinnors avancering och minoritetskap i ledande positioner (9).

Det är mer sannolikt för män än kvinnor att uppnå ledande positioner även inom branscher som är kvinnodominerade (15). Exempelvis i skolvärlden utgör kvinnor majoriteten av personalstyrkan. Trots det är kvinnor underrepresenterade inom ledningen och andelen kvinnor i ledarskapspositioner står inte i relation till deras andel av den totala arbetskraften (8, 15). Det råder också ojämlikheter mellan budgetökning för kvinnoledda institutioner i jämförelse med institutioner ledda av män. Kvinnorepresentationen i de största medicinska tidskrifterna är liten. Det råder även könsskillnader när det gäller skribenter av artiklar som accepteras av medicinska tidskrifter. Motiveringen till denna olägenhet lutar på tre påståenden: att kvinnor inte varit verksamma inom sitt område tillräckligt länge för att ha nått en ledarposition, att kvinnor av familjeorsaker inte tävlar om positionerna och att kvinnor saknar behövliga ledarskapsförmågor (9).

Löneskillnader

Lönerna för personer i ledande position skiljer sig mellan män och kvinnor (9). Det

har konstaterats att 40 % av löneskillnaderna mellan kvinnor och män är ett resultat av diskriminering. I USA är kvinnors löner i medeltal 79 % av männens för jämförbara uppgifter. Skillnaden blir större för uppgifter som kräver högre utbildningsnivå; redan på bachelor-nivå är kvinnans lön 75 % av mannens. Kvinnans lön kan till och med vara lägre än en manlig kollegas med lägre utbildningsnivå. Skillnader i lönen förekommer till och med på kvinnodominerade branscher (12).

I diskussioner kring löneskillnader lyfts det fram att det inte är så enkelt att jämföra löner sinsemellan. Det blir relevant att betrakta andra bakomliggande faktorer än enbart att de tillfälliga arbetsuppgifterna är jämförbara med varandra. I lönejämförelser är det av vikt att även beakta faktorer som exempelvis fakultet, bakgrund och kvalifikationer. Sådana är exempelvis antalet verksamhetsår i arbetslivet, antalet verksamma år i positionen i fråga, administrativ erfarenhet och bransch. Det råder också skillnader beroende på olika discipliner, geografiska omständigheter och organisationens marknadsandel. Individens personliga egenskaper förklarar en löneskillnad på endast 8 %. När disciplinära och marknadsrelaterade förhållanden inkluderades i jämförelsen, sjunker skillnaden till 6,8 %, vilket utgör en summa på 5 400 \$ i årliga inkomster. Under det senaste decenniet har kvinnornas löner i allmänhet stigit mer än männens. Löneskillnaderna har minskat speciellt på doktoratnivå. En löneskillnad på 4–6 % består när alla de inverkanse faktorerna beaktas (16).

En större representation av kvinnor i ledningsuppgifter minskar löneskillnader mellan män och kvinnor. Kvinnliga chefer med hög status har en stor inverkan på jämställdheten mellan könen. Kvinnor i ledande befattningar kan gynna alla kvinnor inom organisationer, till och med lönemässigt, om de når relativt höga positioner. Kvinnor i ledningen minskar alltså löneklyftan mellan män och kvinnor, speciellt när kvinnliga ledare åtar sig högre ledarskapspositioner i organisationer (17).

Att motarbeta ojämlikhet

Det faktum att kvinnor är underrepresenterade i ledarskapspositioner leder till ett problem då det gäller modellsättning för kommande potentiella ledare. Avsaknaden av kvinnliga modeller kan påverka kvinnors uppfattning om sig själva som potentiella ledare och således även främja hindren (12). Världen saknar goda potentiella ledare eftersom kvinnor utgör hälften av arbetskraften men ändå är underrepresenterade i ledarskapspositioner (11).

För att kunna förhindra och förebygga ojämlikhet mellan könen på arbetsplatsen måste organisationerna träna på att balansera makten mellan könen istället för att understödja den dominerande gruppen. Då majoriteten av dem som besitter ledarskapspositioner är män, är det möjligt att de anställer andra män på basis av att de anser att de är bättre företagsledare (10).

För att ytterligare kunna förhindra ojämlikhet rekommenderas företag att ompröva sin mångfaldspraxis genom att handla könsblint och på så sätt öka kvinnors tillgång till ledarskapspositioner (11). Det går att uppnå en könsneutral ledningsstil genom att anställda och potentiella blivande ledare tränar upp egenskaper som anses vara adekvata för den vederbörande positionen, vare sig de är "manliga" eller "kvinnliga" egenskaper (8).

Alla kan motarbeta ojämlikheterna mellan könen genom att låta barn i tidig ålder pröva på olika ledarroller. Andelen kvinnor i ledarskapspositioner kunde ökas om barnen fick en möjlighet att ta olika ledarroller, både innanför och utanför skolmiljön. På det viset kunde representanterna av det manliga könet känna sig mer bekväma med tanken på kvinnor som ledare utanför hem och skola (8).

När könet definierar ens status är det den kulturella uppfattningen om könet som beskriver lägre förväntningar på kvinnans kompetens och begränsar kvinnornas möjligheter att anta ledarskap (13). Desto mera samhället håller fast vid könsstereotyper från det förflutna ju mindre ökar jämställdheten (10). För att motverka glastaket presenteras en rad olika utvecklingsmönster som kan delas in i olika kategorier beroende på nivån de utförs på.

Utvecklingsmönstren förekommer på individuell nivå, organisationsnivå och samhällsnivå (9, 12). På individuell nivå spurras kvinnor att framföra sig själva och engagera sig i nätverkandet för att samla socialt kapital och marknadsföra sig själva inom sin organisation (12).

Det anses att kvinnor har ett eget ansvar i att motarbeta ojämställdhet mellan könen på sin bransch. Kvinnors motivation till att vidta åtgärder verkar vara starkt bunden till individernas egna erfarenheter av diskriminering. De som upplevt diskriminering brukar vara mer drivna att motarbeta den, medan de som inte upplevt diskriminering inte har ett liknande intresse att motarbeta den. Detta leder till att problemet blir fortgående (15).

På organisationsnivå rekommenderas att organisationerna prioriterar genusfrågor och engagerar sig i att öka kvinnans möjligheter till ledarskap. Organisationer förväntas stöda kvinnor i sin strävan till ledarskap exempelvis genom utbildningsprogram. Flexibla möjligheter att kombinera familjeliv och vårdansvar ses som en viktig faktor. Rekryteringsprocesserna bör kännetecknas av transparens och vara strikt övervakade för att säkerställa att beslutet blir rättvist och inte påverkats av antaganden om kön (9).

På samhälllig nivå finns det möjlighet att inverka på ojämlikheter genom lagändringar och ändring av verksamhetskulturer. Det efterlyses också en korrigerande av löneskillnaderna samt en ökad förståelse för de mekanismer som påverkar jämlikheten inom organisationerna (9, 12).

Det måste göras mera än att "reparera kvinnorna" och övergå till en systematisk, institutionell approach som bekräftar och lyfter fram den inverkan som de genusrelaterade och nedvärderande fördomarna har för kvinnors avancering i arbetslivet. Målet med en sådan approach skulle vara att åstadkomma sådana institutionella miljöer som kan använda sig av all sorts kunskaper (9). Genusrelaterade fördomar gäller även män. Således är ett viktigt delelement i jämställdhetsdiskussionen, som inte kan förbises, de följder som ojämlikheten har för män och deras yrkesval. De samhällsliga förväntningarna på det manliga könet kan

även påverka de alternativ de upplever sig ha gällande val av bransch.

Avslutningsvis kan konstateras att den största möjligheten att förändra kvinnans position på arbetsmarknaden besitts av organisationerna; deras verksamhetsmetoder och policy har en avgörande betydelse för utvecklingen i jämställdhetsfrågor. De som idag innehar makt i beslutsfattandet inom en organisation innehar också verktyg för att sätta igång en förändring inom sitt eget verksamhetsområde. Huruvida det första initiativtagandet borde komma från samhället eller organisationerna kan man dock diskutera. På samhälls nivå kan man känna av en viss press att åstadkomma en förändring. Trots att behovet uttryckts är detta en förändring som kan antas ske långsamt eftersom problemet är både mångfacetterat och ingrott.

Frågan är vem som tar det första initiativet.

Referenser

1. Turunen V. Naiset miehittävä yhä hoitoalaa (Internet). Tehy-lehti; 2017 (hämtad 22.02.2017). Hämtad från: www.tehy-lehti.fi/fi/uutiset/naiset-miehittavat-yha-hoitoalaa.
2. Finlands officiella statistik (FOS). Löner inom kommunsektorn (Internet) (hämtad 22.02.2017). Hämtad från: www.stat.fi/til/ksp/2013/ksp_2013_2014-05-07_kat_002_sv.html.
3. Finlands officiella statistik (FOS): Sysselsättning (Internet) (hämtad 22.02.2017). Hämtad från: www.stat.fi/til/tyokay/2009/04/tyokay_2009_04_2011-11-28_kat_001_sv.html.
4. Tehy. Tehy Naisten palkkapäivänä: Naisten keskiansio 600 euroa vähemmän kuin miesten (Internet); 2017 (hämtad 22.02.2017). Hämtad från: www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehy-naisten-palkkapaivana-naisten-keskiansio-600-euroa-vahemman-kuin-miesten.
5. Sveningsson S, Alvesson M. Organisationer, ledning och processer. Lund: Studentlitteratur AB; 2007.
6. Ahokallio T, Tiilikainen, M. Filosofia Prima Nova. Helsinki: Kirjapaja Oy; 2005.
7. Nationalencyklopedin (Internet) (hämtad 22.02.2018). Hämtad från: www.ne.se/s%C3%B6k?q=genus&t=uppslagsverk&s=&start=0.
8. Cubillo L, Brown M. Women into educational leadership and management: international differences? Journal of Educational Administration. 2003; 41(3): 278–291.

9. Carnes M, Morrissey C, Geller S E. Women's health and women's leadership in academic medicine: hitting the same glass ceiling? Journal of Women's Health. 2008; 17(9): 1453–1462.
10. Kiser A I. Workplace and leadership perceptions between men and women. Gender in Management: An International Journal. 2015; 30(8): 598–612.
11. Jonsen K, Maznevski M L, Schneider S C. Gender differences in leadership—believing is seeing: implications for managing diversity. Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal. 2010; 29(6): 549–572.
12. Chisholm-Burns M A, Spivey C A, Hagemann T, Josephson M A. Women in leadership and the bewildering glass ceiling. American Journal of Health-System Pharmacy. 2017; 74(5): 312–324.
13. Yang T, Aldrich H E. Who's the boss? Explaining gender inequality in entrepreneurial teams. American Sociological Review. 2014; 79(2): 303–327.
14. Jackson J F, O'Callaghan E M, Adserias R P. Approximating Glass Ceiling Effects Using Cross-Sectional Data. New Directions for Institutional Research. 2013; (159): 37–47.
15. Moreau M P, Osgood J, Halsall A. Making sense of the glass ceiling in schools: An exploration of women teachers' discourses. Gender and education. 2007; 19(2): 237–253.
16. Rosser V J, Mamiseishvili K. Using salary as a measure of glass ceiling effects: Lessons for institutional researchers. Measuring Glass Ceiling Effects in Higher Education: Opportunities and Challenges. New Directions for higher Education. 2014; 159: 13–23.
17. Cohen P N, Huffman M L. Working for the woman? Female managers and the gender wage gap. American Sociological Review. 2007; 72(5): 681–704.

Författarna

Nina Vuorenmaa

Socionom, student vid masterprogrammet, Arcada

Nina Bergqvist

Socionom, student vid masterprogrammet, Arcada

Maria Forss

Utbildningschef, Arcadas vårdsektion RN, PhD

Näringstillståndet hos äldre på äldreboende. En deskriptiv studie av äldres näringstillstånd

Jasmin Hietanen • Sirku Säätelä

Äldre är en potentiellt sårbar grupp med tanke på undernäring. Näringstillståndet påverkas av många olika faktorer såsom rörlighet, munhälsa, psykologisk ohälsa och kan vara kopplad till andra hälsoproblem. Näringstillståndet hos äldre som är beroende av utomstående vård är många gånger dåligt och kräver oftast noggrannare uppföljning än näringstillståndet hos hemmaboende äldre (1).

Inledning och begreppsutredning

Studier påvisar att en stor andel av äldre på äldreboenden (eller liknande inrättningar) ligger i riskzonen för att bli undernärda eller är redan undernärda. Stange et al visade i sin studie 2013 att andelen var så hög som 64 % (2). De framhävde hur viktigt det faktiskt är att man regelbundet bedömer äldres näringstillstånd med objektiv skattningsskala, observerar och utvärderar viktminskning samt observerar

matintag för att tidigt kunna upptäcka dem som löper risk att bli undernärda. På så sätt kan man undvika och förebygga vidare näringsmässiga och funktionella försämringar.

Näringstillstånd/nutritionstatus

Näringstillståndet berättar hur mycket kroppens utveckling, sammansättning och funktion påverkas av näringsintaget. Näringstillståndet kan undersökas med något skattningsskalat eller genom att mäta kroppssammansättning, Body Mass Index (BMI). Kliniska tecken som kan tyda på nedsatt näringstillstånd är viktnedgång, nedsatt aptit och nedsatt muskelfunktion (3).

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för god hälsa och välmående i alla åldrar. För äldre medför ett gott näringstillstånd upprätthållande av hälsan, funktionsförmågan och livskvaliteten och förkortar återhämtningstiden efter sjukdom. Äldres möjligheter att bo hemma förbättras också med ett gott näringstillstånd. De äldres näringstillstånd försämras i takt med åldrandet och sjukdomar. Hos dem som är runt 65 år förekommer felnäringen hos under 10

%, medan hos åldersgruppen som är över 80 år ökar förekomsten av felnäring hastigt (4).

Undernärdhet/malnutrition

Om intaget av energi eller näringsämnen inte är tillräckligt under en längre tid täcks inte kroppens behov av energi eller näringsämnen, varvid undernärdhet uppstår. Det finns två typer av undernärdhet: primär undernärdhet, som betyder ett otillräckligt intag av energi och näringsämnen via kosten samt sekundär undernärdhet, som är en sjukdomsrelaterad undernäring. Sjukdomar som kan medföra undernärdhet är många, t.ex. infektioner, cancer, sjukdomar i mag-tarmkanalen, depression och diabetes (3).

Äldres energi- och näringsbehov

En balans mellan intag och förbrukning av energi (kalorier) krävs för att uppehålla kroppsvikten. Energiförbrukningen består främst av två delar: basal energiåtgång för att hålla kroppstemperatur och hålla igång organens funktion, samt energiåtgång på grund av fysisk aktivitet. Energibehovet avgörs av olika faktorer såsom kön, ålder, vikt och aktivitetsnivå. Till följd av de fysiologiska förändringarna och sjukdomarna som hör ihop med åldrandet minskar rörligheten, kroppscellmassan minskar, basalmetabolismen sjunker och matlusten blir ofta sämre. Till skillnad från energibehovet minskar inte behovet av de flesta näringsämnen. Äldre behöver ofta en kost med hög energi- och näringsstäthet, dvs. hög koncentration av energi per viktighet och hög koncentration av näringsämnen per energienhet (5).

För att bestämma en individs energibehov använder man sig av basalmetabolismen (BMR) och PAL-värdet (Physical Activity Level), som är ett värde på aktivitetsnivån. Energibehovet vid basalmetabolism (BMR) är 20 kcal/kg/dygn. En sängpatients energibehov, med PAL-värdet 1,2, är (BMR + 30 %) 25 kcal/kg/dygn, en uppegående patient, med PAL-värdet 1,5, har energibehovet (BMR + 50 %) 30 kcal/kg/dygn medan någon som återhämtar sig från sjukdom, med PAL-värdet 1,8–2,0, har

energibehovet (BMR + 75–100 %) 35–40 kcal/kg/dygn. Individer som kan behöva ett så högt energiintag är t.ex. personer med Parkinsons sjukdom, med ofrivillig omfattande muskelaktivitet, dementa personer som kan vandra mycket eller annars väldigt fysiskt aktiva personer. Om en person är väldigt mager och behöver gå upp i vikt, krävs extra energi för att uppnå positiv energibalans, vilket uppnås med att lägga till 10 %. T.ex. om personens energibehov är 1200 kcal/dag lägger man till 10 % för att uppnå positiv energibalans, alltså $1200 \text{ kcal} \times 1,1 = 1320 \text{ kcal/dag}$ (5).

Enligt de nordiska näringsrekommendationerna bör proteinintaget hos äldre vara 15–20 procent av energiintaget (E %), alltså 1,2–1,5 g/kg/dygn. Proteinintaget bör vara ännu högre vid t.ex. trycksår eller annan sjukdom eller om energiintaget är lågt. Kolhydraterna bör stå för 45–60 E % av det totala intaget och fetter för 25–40 E %. Om energiintaget är för lågt, kan man också höja på andelen fett i maten, varav större andel omättat fett än mättat fett. Det är också viktigt att se till att äldre får i sig tillräckligt med vätska, nämligen 30 ml/kg/dygn (6).

Måltidsfördelningen

Det anses väsentligt att sprida ut måltiderna jämt över dygnet. Man har därtill kommit till slutsatsen att nattfastan inte bör överskrida 10–11h. Således är det mest optimalt om patienten får sex måltider om dygnet, tre huvudmål och tre mellanmål. Lunch och middag ska täcka ca 50 % av energibehovet medan frukost, mellanmål och kvällsmål ska täcka resterande 50 %. Följaktligen blir det viktigt med energi- och näringsrika mellanmål för att täcka energibehovet. Det är också viktigt att man erbjuder något att äta nattetid åt personer som ofta vaknar (7).

Undernäring

Undernäring hos äldre leder till försämrat immunförsvar, försämrad värmereglering, nedsatt funktionsförmåga, apati och depression och korrelerar lineärt med dödlighet (4, 8). Därför är det viktigt att i ett tidigt skede

Måltid	Tider	Energifördelning (%)
Frukost	07.00–08.30	15-20
Mellanmål	09.30–10.30	10-15
Lunch	11.00–13.00	20-25
Mellanmål	14.00–15.00	10-15
Middag	17.00–18.30	20-25
Kvällsmål	20.00–21.00	10-20

Tabell 1. Förslag till måltidsordning och fördelning av energi över dygnet (7).

upptäcka de personer som ligger i riskzon för att bli undernärda, då komplikationerna t.o.m. kan vara livshotande. Många studier visar att de som behöver hjälp med ätandet har högre förekomst av undernäring än de som kan äta själva. Studier påvisar också att flera av dem som är undernärda inte uppmärksammas.

Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt har respondenten valt Virginia Hendersons behovsteori. Hendersons teori lägger tonvikt på de grundläggande mänskliga behoven och hur sjuksköterskor kan hjälpa till att uppfylla dessa behov. Henderson definierade sjukskötarens uppgifter på följande sätt: "Sjukskötarens speciella arbetsuppgift består i att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befordrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död); åtgärder individen själv skulle utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift skall utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende" (9).

Syfte och frågeställningar

Syftet med detta examensarbete var att kartlägga de äldres näringstillstånd på ett äldreboende i Sydösterbotten. Energi- och näringsintaget samt måltidernas fördelning kartläggs för att kunna åtgärda måltidsfördelningen och innehållet speciellt för dem med risk för

näringsrelaterade problem. Undersökningens syfte är också att utreda om det finns skillnader i näringstillståndet mellan äldre som kan äta själv eller blir matade, olika åldersgrupper samt om det finns skillnader mellan de två olika delarna av åldringshemmet, hem 1 och hem 2.

Frågeställningarna är:

- Hurudant är näringstillståndet hos äldre på ett äldreboende?
- Finns det skillnader i näringstillståndet mellan olika grupper?
- Hur ser energi- och näringsintaget samt måltidsfördelningen ut?

Metod och urval

I studien har kvantitativ metod med deskriptiv ansats använts för att kartlägga de äldres näringstillstånd, där mätningar gjorts med hjälp av Mini Nutritional Assessment Scale, MNA (10). Instrumentet är ett validerat, standardiserat frågeformulär, specifikt designat för att mäta äldres näringstillstånd i syfte att identifiera individer i riskgruppen för att bli undernärda (10) maximalt poängantal på 30 poäng (p). Poäng under 24 kräver att orsaker utreds och åtgärder mot undernäring införs (1,10, 11,12).

För att precisera de äldres närings- och energiintag samt måltidernas fördelning uppgjordes även matdagböcker. Blanketten för matdagbok konstruerades utgående från modeller som hittats i vårdlitteratur (4). Valet att

föra matdagbok kom från rekommendationer för hur äldres näringstillstånd ska bedömas och för hur eventuell nutritionsbehandling ska planeras. Vårdpersonalen på avdelningarna fyllde i matdagböckerna. Det antecknades hur mycket de äldre åt samt vilken tid maten intogs. Mängden mat estimerades enligt givna direktiv men ingen våg användes, dels på grund av tidsbrist hos personalen och dels på grund av oerfarenhet både hos skribent och personal. Detta medför att resultatet inte är exakt eftersom personalen kan uppskatta mängden olika. För att kompensera detta och få ett mer exakt mått på mängden mat användes överenskomna mått när man portionerade maten, t.ex. slevar som var 1 dl. Matdagböckerna fylldes i

under 5 dagar per person från måndag till fredag. Detta medför att det i undersökningen inte kan beskrivas om det finns skillnader mellan helger och veckodagar.

Dataanalys av matdagböckerna skedde med programmet Dietist Net Pro som den deltagande organisationen införskaffade för detta ändamål och för framtida användning. Programmet är ett licenserat näringsberäkningsprogram som används bl.a. av professionella i alla Sveriges landsting. Programmet är specifikt designat för att analysera matdagböcker, för att beräkna den exakta mängden av energi och näringsämnen ur matintaget. För att sammanfatta analyserna av matdagböckerna räknades medelvärden på alla deltagandes

	65-74 år	75-84 år	>85 år	Undernär	Risk för undernäring	Normal nutritionsstatus	Matas	Äter själv	BMI medelvärde
<i>Kvinnor</i>	9 %	27 %	64 %	18 %	27 %	55 %	18 %	82 %	26,6
<i>KK1</i>	(1)	(3)	(7)	(2)	(3)	(6)	(2)	(9)	
<i>n=11</i>									
<i>Män</i>	25 %	50 %	25 %	25 %	37,5 %	37,5 %	25 %	75 %	27,6
<i>KK1</i>	(2)	(4)	(2)	(2)	(3)	(3)	(2)	(6)	
<i>n=8</i>									
<i>Kvinnor</i>	4 %	25 %	71 %	37,5 %	62,5 %	0 %	37,5%	62,5%	23,8
<i>KK2</i>	(1)	(6)	(17)	(9)	(15)	(0)	(9)	(15)	
<i>n=24</i>									
<i>Män</i>	33 %	33 %	33 %	22 %	78 %	0 %	56 %	44 %	21,7
<i>KK2</i>	(3)	(3)	(3)	(2)	(7)	(0)	(5)	(4)	
<i>n=9</i>									
<i>Kvinnor</i>	6 %	26 %	68 %	31 %	51 %	17 %	31 %	69 %	24,7
<i>totalt</i>	(2)	(9)	(24)	(11)	(18)	(6)	(11)	(24)	
<i>n=35</i>									
<i>Män</i>	29 %	41 %	29 %	23 %	59 %	18 %	41 %	59 %	24,5
<i>totalt</i>	(5)	(7)	(5)	(4)	(10)	(3)	(7)	(10)	
<i>n=17</i>									
<i>Totalt</i>	13 %	31 %	56 %	29 %	54 %	17 %	35 %	65 %	24,5
<i>n=52</i>	(7)	(16)	(29)	(15)	(28)	(9)	(18)	(34)	

Tabell 2. Bakgrundsvariabler som åldersklasser, kön, MNA resultat, blir matad eller äter själv samt BMI.

intag och rekommendationer. Det totala antalet äldre i urvalet var 52 personer, vilket var det totala antalet på äldreboendet som deltog i undersökningen.

Resultat

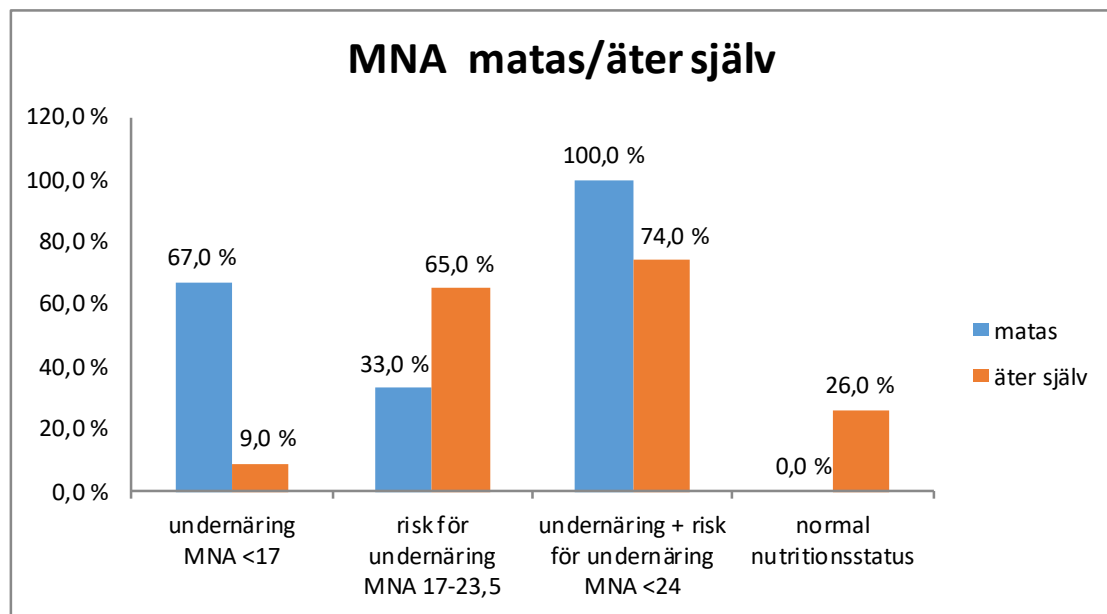
Totalt skattades 52 äldre med hjälp av MNA. Av dessa befann sig 19 på hem 1 och 33 på hem 2. Könsfördelningen bland äldre i undersökningen var 67 % (35) kvinnor och 33 % (17) män. Medelåldern var 84 år, 87 år bland kvinnor och 78 år bland männen.

I tabell 2 presenteras fördelningen mellan åldersklass och kön, majoriteten av kvinnorna är över 85 år medan majoriteten av männen ligger mellan 75–84 år. Vidare visar tabellen fördelningen av MNA, BMI samt hur stor andel som matas och hur stor andel som klara av att äta själv.

Figur1 visar näringstillståndet relaterat till

om personerna själva kunde äta eller inte. Av dem som visade tecken på undernäring var 12 av 15 sängpatienter eller rullstolsbundna som blev matade och resterande 3 av 15 var uppegående som åt själva men hade långt utvecklad demens. Av dem som hade risk för att bli undernärda åt 26 av 28 själv, varav 18 av 26 var dementa och 14 av 26 var sängpatienter eller rullstolsbundna. De resterande 2 av 28 matades och var dementa, en av dem sängpatient och andra uppegående.

I figuren kan avläsas MNA enligt om personen blir matad eller kan äta själv. 67 % av dem som blir matade är undernärda och endast 9 % av dem som äter själv. Av dem som äter själv är 65 % i risk för undernäring och 33 % av dem som blir matade. Då man ser på den sammanlagda risken för undernäring, MNA <24, ser man att alla som blir matade finns i denna grupp och 74 % av dem som äter själv.



Figur 1.

Analys och diskussion

Studier har påvisat att en stor andel av äldre på äldreboenden (eller liknande inrättningar) ligger i riskzonen för att bli undernärda, eller är redan undernärda. Stange et al (2) visade i sin studie att andelen var så hög som 64 %.

Denna studie bekräftar tidigare forskningsresultat i det syftet. Andelen äldre i studien som ligger i risk för att bli undernärda eller är undernärda är hög, på hem 1 var andelen 53 % och på hem 2 100 %. Den sammanlagda andelen av alla 52 klienter var 83 %. Den höga andelen äldre på äldreboenden som är i risk för att bli undernärda eller är undernärda kan delvis förklaras med att majoriteten av äldre på äldreboenden är de sjukaste äldre och äldre med demens (1).

Studier visar även att de äldre som behöver hjälp med ätandet har högre förekomst av undernäring än de som klara av att äta själva. Bl.a. i Ekwall et al (13) forskning kunde ses att alla som blev matade var undernärda eller i risk för undernäring. I detta examensarbete framkom liknande resultat (figur 1). Av dem som åt själv var endast 9 % undernärda, 65 % hade risk för undernäring och 26 % hade normal nutritionsstatus. Av dem som inte klarade av att äta själv hade 65 % undernäring, 33 % risk för undernäring och ingen hade normalt näringstillstånd. Vidare kan nämnas att alla som matades var säng- eller rullstolsbundna. Konklusionen av detta blir att dessa sköra, mycket hjälpbehövande äldre behöver extra tillsyn i fråga om måltider och näringstillstånd eftersom de är helt beroende av personalen för att få sitt näringsbehov tillfredsställt.

Arbetet ger förhoppningsvis mer kunskap om hur man bör uppmärksamma och upptäcka dem som är i risk för att bli undernärda i tid och ger även verktyg för att utveckla vården. Trots att mängden mat som antecknades inte var exakt ger det ändå en riktlinje om vad som bör beaktas vid fortsatt planering. Studien ger även möjlighet till vidare analys av varje deltagares individuella resultat och ger en god grund för en individuell näringsplanering. Metoden kan med fördel användas på olika typer av boenden

för äldre för att kartlägga, åtgärda och förbättra äldres näringssituation med enkla medel.

Referenser

1. Soini H, Routasalo P, Lagström H. Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. *European Journal Of Clinical Nutrition*. 2004; 58(1): 64–70.
2. Stange I, PoeSchl K, Stehle P, Sleber C C, VolKert D. Screening for malnutrition in nursing home residents: Comparison of different risk markers and their association to functional impairment. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2013; 1 (4): 357–363.
3. Nationalencyklopedin. Näringsstatus (Internet); 2016 (hämtad 12.04.2016). Hämtad från: www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/naringsstatus.
4. Suominen M. Ikääntyneen ravitsemus ja erikoisruokavalioit - opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. Helsingfors: Dieettimedia; 2008.
5. Faxén-Irving G, Karlström B, Rothenberg E. *Geriatrisk Nutrition*. Lund: Studentlitteratur; 2016.
6. Skolin, I. *Näringslära för sjuksköterskor. Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB; 2014.
7. Holm L-E. *Näring för god vård och omsorg, en vägledning för att förebygga och behandla undernäring* (Internet). Socialstyrelsen; 2011 (hämtad 10.04.2016) Hämtad från: www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18400/2011-9-2.pdf.
8. Burman M, Säätelä S, Carlsson M, Olofsson B, Gustafson Y, Hörnsten C. Body mass index, Mini Nutritional Assessment, and their association with five-year mortality in very old people. *J Nutr Health Aging*. 2015; 19(4): 461–7.
9. Henderson V. *Grund principerna för patient vårdande verksamhet*. (3 uppl) Stockholm: LiberTryck; 1982. Nestle Nutrition Institute. Mini Nutritional Assessment Scale (Internet).
10. Nestle Nutrition Institutet; 1994 (hämtad 02.09.2017) Hämtad från: www.mna-elderly.com/forms/MNA_swedish.pdf.
11. Guigoz Y, Vellas, B, Garry P J. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutritional Reviews*. 1996; 54: 59–65.
12. Strathmann S, Lesser S, Bai-Habelski J, Overzier S, Pakker-Eichelkraut H S, Stehle P, Hesecker H. Institutional factors associated with the nutritional status of residents from 10 german nursing homes (ernstes study). *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2013; 17(3): 271–276.
13. Ekwall A. *Äldres hälsa och ohälsa - en introduktion till geriatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB; 2010.

Författarna

Jasmin Hietanen

Sjukskötarstuderande, Novia

Sirkku Säätelä

Lektor i vård, Novia

Kongressresa till Glasgow

Anna Tornivuori



Projektet Virtuella sjukhuset 2.0 och De ungas hus presenterades internationellt på EWOPA-kongressen i Glasgow i England i början av september.

EWOPA

EWOPA är en tvärvetenskaplig grupp som är intresserad av den psykosociala välfärden hos barn som lider av kronisk njursvikt och som genomgått en organtransplantation. EWOPA är även en multikulturell och mångprofessionell kongress som ordnas en gång per år, där folk träffas för att presentera nya forskningsresultat eller pågående forskning.

Med hjälp av ett stipendium från Sjukskö-

terskeföreningen kunde jag resa till kongressen för att presentera den digitala hälsovårdstjänsten Hälsobyn (Virtuella sjukhuset 2.0) som specialsjukvården utvecklat tillsammans med patienter i Finland. Att delta i en internationell kongress är intressant, eftersom deltagarna kommer från olika delar av Europa och representerar hälsovårdens alla nivåer - allt från läkare till ombudsmän från patientföreningar deltar.

Kongressens innehåll

Ämnena tangerar allt från patienten, familjen och vårdgivarna till svåra fall, etisk problematik inom hälsovården och politik. Syftet är att dela med sig, lära av varandra och utveckla vården.

Vart tredje år ordnas EWOPA-kongressen

i samband med den stora ESPN-kongressen (European Society for Paediatric Nephrology). I år var kongressen extra speciell och omfattande eftersom den första ESPN-kongressen ordnades för 50 år sedan, år 1967, också då i Glasgow.

En tidig torsdagsmorgon i september tog jag mig alltså till flygfältet för att möta mina medresenärer och börja resan till Glasgow via London. Resan gick bra och ett vänligt Glasgow mötte oss med väldigt våta skurar och vind, men också lite solstänk.

Vi sökte oss till en stor kongressbyggnad intill floden Clyde. Kongressens alla föredrags-sessioner hölls parallellt (EWOPA, ESPN, njursköterskekonferensen PNNG och RDM-konferensen för dietister för njursjuka) i olika delar av kongresshallen. Samtidigt pågick annat program i utställningshallen. Deltagarna fick också vara med på många välkomstenemang och galamiddagar.

Under de tre följande dagarna lyssnade vi på föreläsare från bland annat England, Sverige, Finland, Frankrike, Holland och Armenien. Föreläsningarna var intressanta och ämnena tankeväckande med teman som handlade om bland annat etiskt problematiska patientfall, mångkulturalism och vårdkultur. Frågor gällande etik, moral och människovärde debatterades med eftertanke och medkänsla.

Vården av unga

I och med att alla föreläsningssessionerna hölls parallellt under dagarna, var det viktigt att med omsorg välja vilka föreläsningar man ville lyssna på. Eftersom jag arbetar med digitala hälsovårdstjänster inom det Virtuella sjukhuset 2.0 projektet/Hälsobyn och De ungas hus (Nuorten.fi), var föreläsningar som berör ungdomar speciellt intressanta för mig. De föreläsningar jag fick följa med bekräftade mina tankar gällande vården av långtidssjuka unga.

Centralt i vården är kontinuitet, mångsidighet och förmågan att diskutera alla ämnen mellan himmel och jord som angår unga. Ben Reynolds föreläsning Young people – Sex, drinks and rock n´roll betonade just det, nämligen vikten av att kunna tala om svåra ämnen

och att ärligt kunna tala om det som berör de unga. För att kunna möta den unga patienten tillförlitligt och öppet behövs en insikt i de ungas vardag samt en förtroelighet som grundar sig på långvariga vårdförhållanden.

Också Marjukka Miettinen från njur- och leverförbundet i Finland, gav en fin föreläsning om hur en aktiv patientorganisation kan stöda familjer, barn och unga som insjuknat i en kronisk sjukdom.

Behovet av kontinuitet i vårdförhållanden och att de unga förbereds för förändringar i vården betonades i flera föreläsningar. Transitionsprogram som grundar sig på att systematiskt överföra ansvaret och förståelsen av vården från föräldrarna till de unga utvecklas internationellt på flera plan. I Finland försöker vi svara på behovet av att förbättra vården med hjälp av virtuella tjänster som utvecklas inom De ungas hus i Hälsobyn, Nuorten.fi.

Min presentation – projektet Virtuella sjukhuset 2.0

Den tredje dagen var det min tur att stiga fram. Jag talade under en session med temat Transition (övergång). Jag var rätt så väl förberedd, men hade passligt med fjärilar i magen när jag presenterade det finska virtuella sjukhusprojektet. Nedan en kort sammanfattning av ämnet.

Hälsobyn.fi är en webbtjänst för specialiserad sjukvård som har utvecklats tillsammans med patienterna. Den erbjuder information och stöd till medborgarna, vård till patienterna och verktyg för vårdpersonalen. Hälsobyn existerar på tre olika plan: som en öppen tjänst för alla, som digitala tjänster som en del av patienternas vårdprogram och som arbetsredskap för vårdpersonalen.

Grundtanken i det virtuella sjukhusprojektet är att "Medborgaren får bästa möjliga vård för sina besvär oberoende av inkomstnivå, bostadsort och sitt digitala kunnande".

Projektet Virtuella sjukhuset 2.0 är ett samarbetsprojekt mellan de fem universitets-sjukhusdistrikten i landet och koordineras av Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. Projektet finansieras av social- och hälsomi-



nisteriet och är ett av ministeriets så kallade spetsprojekt. Sedan januari 2017 har jag fått arbeta som projektkoordinator för De ungas hus.

De ungas hus (Nuorten.fi)

De ungas hus är en tjänst som har utvecklats av ett mångprofessionellt team: specialläkare, sjukskötare, socialvårdare, patientorganisationer och långtidssjuka unga.

Ungdomsåren är en fas som förknippas med förändringar, nyfunnen självständighet, försök, misstag och testande av gränser. Under ungdomstiden kan en långtidssjukdom leda till ytterligare utmaningar. I De ungas hus finns det information om övergångsfasen i vården, stöd för egenvård, videon och patientberättelser av unga till unga.

Huset har också allmän information som berör unga, såsom frågor gällande framtiden, studier, stöd, arbete eller arbetslöshet. Dessutom hittas sjukdomsspecifik info och material om sexualitet, rusmedel och förebyggande vård.

Transitionsprogrammet har tre olika mål-

grupper; de unga, föräldrar och vänner samt professionella. Tanken är att införa ett nationellt transitionsprogram som underlättar planeringen och utförandet av övergången av vården till vuxensidan. I huset finns även olika test som användarna kan göra. Testerna klarlägger t.ex. hur mycket en ung person vet om de kommande förändringarna inom vården. De ungas hus strävar efter att ge pålitlig och lättåtkomlig information som är aktuell för unga samt att fungera som ett arbetsredskap för professionella.

Barnens hus (Lastentalo.fi)

Barnens hus är en tjänst för barn, familjer och professionella. I huset finns information om de vanligaste barnsjukdomarna (hela 16 stycken), t.ex. allergi och astma, diabetes, epilepsi, reumatism, utvecklingsstörningar och inlärningssvårigheter, autism, barnkirurgi, idrottsskador, huvudvärk, hjärtsjukdomar och cancersjukdomar. I huset finns videon för barn, t.ex. "Vem arbetar på sjukhuset? där läkarens och sjukskötarens arbete presenteras och videoklipp som sjukhusclownerna gjort, där barn



kan bekanta sig med sjukhuset.

För tillfället finns barnens- och de ungas hus enbart på finska med enstaka videon på svenska. Strävan är att publicera husen på svenska under år 2018.

Inspirerande föreläsning av Harvey's Gang

Under de här tre kongressdagarna i Glasgow lärde jag mig mycket och blev nästan snurrig i huvudet av alla nya infallsvinklar. En av föreläsarna gjorde ett speciellt stort intryck. En ung patient tillsammans med en kemist steg fram och berättade om Harvey's Gang. Det är en liten arbetsgrupp som grundades år 2013 i det engelska Worthing Hospital-laboratoriet. Arbetsgruppen har ordnat laboratorierundturer för barn och har på det sättet effektivt kunnat minska rädslor, nålskräck och blodfobier. Barnen får under rundturerna se laboratoriemaskiner, titta på sina egna blodkroppar genom ett mikroskop och träffa forskarna som testar deras blod. Barnen har också fått ställa frågor till experterna. Genom att öka barnens kunskap om laboratorier och blodprov minskar rädslor

för stick och ingrepp. Harvey's Gang finns nu på åtminstone nio sjukhus i England och sprider sig över hela Storbritannien och på andra håll i Europa.

Idén är enligt mig genial, informativ och relativt lätt att ordna - och den har en mycket positiv påverkan på vården och barnen. Kanske det här vore något man kunde utveckla också här hos oss?

Summa summarum

Så lämnade vi Glasgow bakom oss och eftersom jag hade några extra semesterdagar inbokade bekantade jag mig efter det med Skottlands otroliga natur och kultur. En minnesvärd resa!

Författaren

Anna Tornivuori
HVD-studerande, projektkoordinator
Bilderna i artikeln ägs av Terveyskylä
www.terveyskyla.fi

Medinfo 2017 i Hangzhou i Kina

Outi Ahonen • Petra Ekman

Developer of Digital Health and Welfare är ett gemensamt multiprofessionellt undervisningsprojekt mellan Laurea och Arcada i Finland, Tartu Tervishoiu Korgkool i Estland och Röda Korsets medicinska högskola i Riga, Latvien samt utomstående samarbetspartners inom vården i de olika länderna. Projektet är finansierat av EU.

22–25.8.2017 ordnades IMIAS kongress Medinfo 2017 i Hangzhou i Kina, samtidigt som IMIA firade sitt femtionde jubileumsår. Genom projektet Developer of Digital Health and Welfare fick vi, överlärare Outi Ahonen från Laurea och lektor Petra Ekman från Arcada, möjligheten att delta i kongressen och presentera artikeln Developing Digital Health

and Welfare Services in an International Multidisciplinary Student Team av Outi Ahonen, Elina Rajalahti, Jonas Tana, Gun-Britt Lejonqvist, Ulla-Mari Kinnunen and Kaija Saranto.

Hangzhou i Kina erbjöd en exotisk miljö för en världsomfattande kongress, i synnerhet för oss nordbor. Värmen, folkmängden och det främmande språket var en omvälvande upplevelse, för att inte tala om hur värdarna gjorde sitt allt för att vi skulle trivas.

Kongressprogrammet

Kongressen inleddes på måndag och tisdag med tutorialpresentationer. Vi hade möjlighet att höra om utvecklingen av olika dataprogram för att analysera textinnehåll i patientjournaler. Det handlade både om analys av patientens journalanteckningar för att samla material för bästa möjliga behandling och för att göra innehållsanalyser av text i forskningssyfte för att validera den slutsats som människan har



West lake, Hanzhous största sevärdhet, i kvällsljus.

fastställt.

Vi fick också bekanta oss med redan befintliga system som finns integrerade för att information ska kunna överföras mellan olika datasystem. I samband med att det sker en stor utveckling inom den elektroniska dokumenteringen, men också inom hälsoteknik, är det viktigt att reflektera över användbarheten av de olika tekniska innovationerna vi omges av.

Invigningen på tisdag eftermiddag var festlig med intressanta presentationer av keynote-talarna Suzanne Bakken som talade om hälsa för familjer, individer och samhällen ur perspektiv som kommer fram ur forskningar och Harry Hemingway som talade om genetisk kartläggning för medicinsk precisionsbehandling. Därefter fortsatte kongressen med presentationer av de artiklar som blivit godkända till kongressen under hela onsdag, torsdag och fredag.

Kongressen var stor och hade flera parallella presentationer samtidigt, så det kunde vara

svårt att välja vilken vi ville delta i då de flesta teman var intressanta och aktuella. Vi valde att ta del i dem som fokuserade på ämnen kring digitala applikationer, vård och undervisning, då de hör till våra verksamhetsområden inom projektet och yrkeshögskolorna.

Digitala och elektroniska hjälpmedel

Utvecklingen av digitala och elektroniska hjälpmedel sker just nu med hög fart. Det finns över 500 000 olika hälsorelaterade applikationer. Hur ska klienten eller vårdpersonalen kunna avgöra vilken av dem är användbar och evidensbaserat tillförlitlig? Har vi nytta av den information dessa ger oss? Det var frågor som flera av dem som presenterade sina artiklar ville ha svar på.

Användarvänlighet var en term som ofta lyftes fram. Flera av presentatörerna poängterade att då vi talar om användarvänlighet inom vård och medicin, är det inte alltid fråga om de

tekniska lösningar som är lättast att använda eller ser finast ut, som är bäst. Det tekniska system vi använder ska stöda patientsäkerheten ur flera olika synvinklar. Den relevanta informationen ska vara lätt att komma åt men ändå fylla kraven för sekretess. Personalen som använder dem ska ha kunskap i att hantera dem på rätt sätt. Den tekniska utrustningen ska även fylla de aseptiska kraven för miljön de används i. Den ska gå att rengöra utan att gå sönder.

En del av applikationerna var personliga som skulle uppmuntra till hälsofrämjande vanor, där man t ex kunde spela med sin egen 'avatar' i olika miljöer och få belöning i spelet för goda val. Vissa var riktade till föräldrar med kroniskt sjuka barn, där applikationen skulle användas till rapportering om barnets hälsa direkt till vårdinstansen. Vissa användes av forskare för att samla material till undersökningar och forskning direkt från olika patientgrupper för att sedan analysera materialet.

Enkla med användbara program visades från Norge och USA. I Norge har man utvecklat en applikation för att förebygga undernäring hos äldre. Där kan äldre registrera sina måltider och deras innehåll och få information om de uppfyller dagens behov av vätska och näring. Informationen kan också delas med vårdare och vänner om man vill. I USA hade man utvecklat en elektronisk bild som kunde installeras på sjukhusets egna skärmar vid patientsängen, där vårdaren genast kunde se vilka hjälpmedel patienten har för att förebygga att patienten faller. Den fanns också som pappersversion som kunde fästas vid patientens säng.

Även sociala medier som plattform för insamling av hälsoinformation diskuterades. Både ur den synvinkeln om hurdan information människor får via sociala medier, då den hälsorelaterade reklamen inte är begränsad utan alla måste lita på sin egen förmåga att avgöra om informationen är tillförlitlig eller inte, och ur synvinkeln om den hälsorelaterade informationen som kan samlas via sociala medier är tillförlitlig.

Vi fick ta del i presentationer om högskolors digitala undervisning inom hälsa och e-hälsa

men också analyser av arbetsmarknaden och arbetsplatsannonser, främst angående behovet av hälsokunnande för arbetsplatser inom hälsoinformation.

Finland och Sverige fick positiv uppmärksamhet kring presentationerna om Kanta och Vårdguiden 1177 samt det svenska systemet med klientens tillgång till sina egna hälsojournaler. Båda länderna har kommit långt i utvecklingen då vi har en liten population, medborgarna har personnummer och användningen av elektroniska patientjournaler är implementerad i vården. Vi bör nog också minnas att det inte är lika lätt genomförbart i alla länder.

Sammanfattning

Sammanfattningen av hela innehållet i kongressen var att strukturerad dokumentering, kunskap om tekniken vi använder och användbarheten av våra digitala och elektroniska hjälpmedel är grundläggande viktiga för att garantera en smidig vård inom och mellan vårdinrättningarna. De har en stor betydelse för att kunna garantera patientsäkerheten inom vården både för planeringen av vården och för vårdhandlingarnas genomförande.

Under kongressen möttes IMIAS styrelse och valde ny ordförande och vice ordförande för följande två-årsperiod. Samtidigt beslöts det att Medinfo 2021 kommer att anordnas i Australien. Följande Medinfo kongress ordnas 2019 i Lyon i Frankrike.

Litteratur

<http://medinfo2017.medmeeting.org/Content/32502>

Författarna

Outi Ahonen
Överlärare, Laurea

Petra Ekman
Lektor, Arcada



XV Nationella vårdvetenskapliga konferensen
XV Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi

**MÄNNISKAN I CENTRUM AV VÅRDEN
OCH VÅRDVETENSKAPEN
26–27.9.2018 i Vasa**

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

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

Preconference 25.09.2018 kl. 13–17
**Collaborative research – involving patients and users in healthcare
research (Vårdvetenskapen vid ÅA arrangör)**

Professor of counselling at Norwegian University of Science and Technology
(NTNU); Ottar Ness

Anmälan senast 7.9.2018. Deltagande i en dag också möjligt.

www.abo.fi/htts2018

ENGAGe, seminarium om gynekologiska cancerformer, Wien 4–5.11.2017

Eva-Maria Strömsholm

Meningen med patientseminariet är att dela tankar och idéer samt fakta och information från Europas många olika patientföreningar inom gynekologiska cancerformer samt bygga nätverk och samarbete.

Deltagare i seminariet

Från Finland deltog två representanter från Suomen Syöpäpotilaat ry (Cancerpatienterna i Finland rf). Jag var en av dem. Allt som allt fanns det patientrepresentanter från hela 37 länder bl.a. Sverige, Holland, Makedonien,

Grekland, Danmark, Polen, Serbien, Irland, Rumänien, Tyskland, Turkiet, England, Ungern, Italien, Georgien och Portugal.

Föreläsare på seminariet var bland annat läkare och en stor del var gynekologer eller gynekologiska onkologer. Även några från ENGAGe:s styrelse föreläste.

Gynekologiska cancerformer

Det framkom att äggstockscancer är ganska vanligt i Europa men inte lika vanligt i utvecklingsländer. Den viktigaste vården för äggstockscancerpatienter är kirurgi. Under seminariet diskuterades det huruvida det är möjligt för patienten att själv välj den läkare

som opererar. Det framkom också att i många länder i Europa har patienterna möjlighet att själv välja den bästa läkaren som kan operera just den formen av cancer som patienten har. Deltagarna diskuterade även vikten av att den opererade läkaren har bra meriter och stor klinisk kompetens samt att hen gjort forskningsarbete kring den speciella cancerformen som hen opererar. Gruppen diskuterade även om man först borde krympa tumören med cytostatika och sedan operera eller tvärtom. Forskning har visat att prognosen inte ändras, oberoende om man först opererar och sedan ger cytostatika eller tvärtom.

Den bästa cytostatikabehandlingen just nu för äggstockscancer är paklitaxel-karboplatin. Det är vanligt att äggstockscancer förnyas. Angående nya cytostatika för äggstockscancer nämndes bland annat bevacizunab och gemcitabine. Dessa läkemedel finns redan i Finland.

Gällande livmoderhalscancer framkom det att dödligheten är större i utvecklingsländer än i Europa. Man poängterade förebyggande åtgärder. Diskussionen kring HPV-vaccination var lång och ingående och det framkom även att vissa länder i Europa har lyckats få fram hur viktigt det är att få detta vaccin.

Långtidsbiverkningar av cancerbehandlingar

År 2012 levde 4,6 miljoner kvinnor med en cancerdiagnos. Av dessa var 2,5 miljoner gynekologiska cancerformer. I Finland insjuknar ungefär 1500 kvinnor i någon gynekologisk cancerform varje år. Många av dem har fått cytostatikabehandling. Många kvinnor i Finland och Europa lever med biverkningar och långtidseffekter från olika behandlingsformer och vissa av dessa komplikationer kan vara jobbiga.

Varför är det så viktigt att de kvinnor som blivit friska eller fria från sin cancer också ska kunna få vård och rehabilitering framöver? Ungefär 58 % av de tillfrisknade lider av någon form av fysiska begränsningar i sin vardag. De lider ofta också av mer depression och ångest samt posttraumatiska stressyndrom.

Under seminariet diskuterades det om hur

Faktaruta:

ESGO (European Society for Gynecological Oncology) är en europeisk gemenskap som representeras av alla gynekologiska cancerformer. Speciellt äggstockscancer, livmoderhalscancer, livmodercancer och ovanliga cancerformer.

ENGAGe (European Network of Gynecological Cancer Advocacy Groups) är grundat 2012 och är ett europeiskt nätverk för patientföreningar. ENGAGe ordnar varje år patientseminarium som pågår samtidigt som läkarseminariet.

man skulle kunna förbättra och underlätta de överlevandes livskvalitet efter behandlingarna. Hur skulle man med andra ord kunna förutse och förebygga biverkningar och långtidskomplikationer? Det konstaterades att de som överlevt ofta är i behov av någon form av mångprofessionellt stöd och rehabiliteringsplan samt en vårdplan. Det skulle även behövas en ansvarig läkare för cancerpatienten och denna läkare skulle koordinera vårdplanen och rehabiliteringsplanen samt följa upp patienten. Tyngdpunkten bör ligga vid patientens behov.

Långtidsbiverkningar och komplikationer av cytostatikabehandlingar är ofta individuella och olika såsom håravfall, illamående, problem med mag- och tarmkanalen och smärta. Men även de psykiska komplikationerna bör tas upp med patienten, dvs trötthet, depression, ångest, rädsla, posttraumatiskt stressyndrom och identitetsproblem. De sociala problem som



kan finnas är människorelationer och roller, familjens rädsla, arbetslöshet, ekonomi, isolering och livsglädje.

Vad vill patienterna berätta för sina läkare?

ENGAGE har också gjort en undersökning bland patienter, under rubriken "Vad vill patienterna berätta för sina läkare"? Under seminariet publicerades resultatet från enkäten och undersökningen. Man frågade bland annat om patienternas hälsotillstånd just nu samt vilken cancerform de haft. Det framkom i forskningen att många patienter inte visste om HPV-vac-

cinet, papaprov eller BRCA-test och att de gärna ville veta mera. Patienterna ville gärna få mer information om allting. Ifall det var så att patienterna visste om dessa test så hade de ändå inte deltagit i testen eftersom det i vissa fall inte fanns pengar till det eller så upplevde patienterna att det inte var nödvändigt att gå på screeningar och tester. Sammanfattningsvis vill patienter få mer info om tester och screeningar för att kunna delta.

En annan fråga som framkom i undersökningen var hur patienten upplevde sitt första möte med läkaren. Många som svarade tog fram att första mötet var bra och tydligt.

En annan fråga handlade om ifall patien-

terna upplevde att de hade fått tillräckligt med material angående sin cancerform av läkare eller skötare. Det framkom tydligt att patienterna inte hade fått tillräckligt med material. Man frågade också av dem som hade fått material om de ansåg att materialet var till någon nytta. På denna fråga hade alla patienter svarat att materialet var mycket viktigt och innehållsrikt.

I undersökningen kunde man dra slutsatsen att patienterna vill ha info och material om sin egen cancerform, broschyrer och annat på papper så att de hemma kan i lugn och ro läsa genom det.

I undersökningen frågades det även om väntetiderna, dvs hur länge har patienterna fått vänta på att komma till operation efter att de fått sin cancerdiagnos. Det som var förvånande i svaren var att i de flesta länder är väntetiden för operation under en månad! Men det fanns även länder där patienterna måste vänta mer än två månader.

Sammanfattning av seminariet

Långtidssidoeffekterna, biverkningarna och komplikationerna efter en cancerbehandling är mera än man tror. Patienternas vård och rehabilitering bör uppföljas med ett mångprofessionellt team och det bör finnas individuella vårdplaner och rehabiliteringsplaner. Patienterna vill att deras symtom tas på allvar och undersöks samt att de ska bli bemötta som individer och inte som en tumör eller en cancerform. I fortsättningen önskar patienterna att det ska bli mer uppmärksamhet kring patientens livskvalitet och ork efter behandlingar. Patienterna som överlever blir fler och fler och det behövs

mera forskning kring cancerbehandlingarnas biverkningar och komplikationer men även kring psykosocialt stöd och livskvalitet.

Det är en tung process att vara cancersjuk och på seminariet framkom det att just det psykosociala stödet just nu inte är tillräckligt. Det borde finnas mycket mer stöd i form av fysioterapi, psykoterapi, näringsterapi men även möjlighet till socialhandledning och handledning av sexualterapeut.

Seminariet gav även många fina tankar och idéer från andra länder på hur man kan utveckla cancervården och patienternas välmående. Man bör satsa på förebyggande åtgärder och få fram dessa aktivt genom olika kanaler så som sociala media med mera.

Man bör även motivera fler kvinnor att ta HPV-vaccin och gå på papaprover och screeningar. En del av problemen är det höga priset på HPV-vaccinet i olika länder och att alla inte har ett nationellt vaccinationsprogram.

ENGAGE har också publicerat "guidelines" för olika gynekologiska cancerformer. Där framkommer hur man bör vårda patienten, om behandlingar, operationer osv. Dessa finns endast på engelska men kommer att översättas till finska och svenska i något skede under 2018. Dessutom kommer en patientguide att finnas inom ett år till patienter.

Författaren

Eva-Maria Strömsholm

Sjukskötare, klasslärare, utvecklingspsykolog, föreläsare, författare och cancerpatient

Patienten i fokus

Gunlög Eriksson • Nina Rosén

Vi har fått förmånen att delta i konferensen Patienten i fokus för omvårdnadspersonal verksamma inom endoskopi genom ett bidrag från Sjuksköterskeförbundet. Konferensen hölls den 26 april 2017 på World Trade Center i Stockholm och ca 170 personer var närvarande.

Speciellt med denna konferens är att den riktade sig till omvårdnadspersonal inom endoskopi och dagen handlade uteslutande om

områden inom endoskopi med föreläsningar och öppna diskussioner efteråt. Lärorikt genom ett utbyte av gemensamma och olika erfarenheter.

Först ut för dagen var Lillemor Lindvall, professor i vårdvetenskap vid Karlstads universitet med ämnet "Att lindra patientens oro inför det okända". Hon har i sin forskning fokuserat på hur människor som drabbats av sjukdom och genomgått kirurgisk behandling upplever sin kropp i relation till hälsa och lidande. Syftet har varit att utveckla en mer människovärdig vård – att göra skillnad. I sin forskning har hon kommit fram till att patienten har behov av att

få prata om sin oro, rädsla, väntan, smärta, risk för skada, integriteten. Patienten uttrycker sig verbalt eller genom kroppsliga uttryck. Hon lyfte fram att vi som vårdare bör se patienten som unik, att de är olika känsliga och de behöver få berätta om upplevelser och tidigare erfarenheter. Patienten önskar bli bemött och inbjuden i ett samtal där de kan berätta om sin oro, att förlora kontrollen över sin kropp, att överleva, rädslan och smärtan inför "resultatet". Hon tog upp att vården idag har stort fokus på medicinsk teknisk utrustning och ställde frågan: Hur kan vi tillåta att medlidande får plats i vården? Hon beskrev medlidande som att lida med och känna sympati, deltagande, engagemang, bry sig om. Man kan aldrig överta någon annans lidande – men man kan gå vid sidan om. Att som vårdare vara närvarande i stunden, hantera känslor, ha en vårdkultur där medlidande får vara med i en vårdverklighet. Genom bemötande av patienten kan vi som personal skapa mening och sammanhang. Patient och vårdare har ett ömsesidigt beroende av varandra som skapar en vårdrelation där vi som vårdare visar och tänker att "jag är här och nu för dig". Hon avslutade föreläsningen med en reflektion – att medlidande har en central plats i vården, att ha fokus på patienten i en utsatt situation.

A-B-C-D-E

Nästa föreläsning hölls av Hanna Dubois, sjukskötare och Johan Creutzfeldt, anestesilog från Karolinska Universitetssjukhus med "Vad innebär A-B-C-D-E på endoskopi? Primärt omhändertagande vid sviktande vitalfunktion/er". De lyfte fram att vi som omvårdnadspersonal på endoskopin inte bara är assistenter. I våra uppgifter ingår patientens mående, att informera, övervaka och assistera, vilket tar tid att lära sig.

A-B-C-D-E är ett standardiserat sätt att undersöka och behandla patient med plötsligt sviktande vitalfunktion/er. Det centrala är att man är systematisk och organiserad. Teamarbete – med en gemensam plan. Alla kan göra A-B-C-D-E kontroller och alla kan ta ansvar för att göra det.

Genom A-B-C-D-E kontrollerar man vital-

funktioner, en bokstav åt gången. Det är enkelt att kontrollera genom att vara närvarande hos patienten och se, lyssna, känna. Upprepa A-B-C-D-E, i och med att det går så snabbt, så finns möjligheten att reevaluera.

Hans Sörensen från Olympus tog upp ämnet instrumenthygien. Det finns rekommendationer hur instrumenten skall rengöras exempelvis från ESGENA Guideline Committee, men varje sjukhus sätter upp sina egna riktlinjer. Det är viktigt att man har en standardiserad rengöringsprocess för att undvika endoskopirelaterade infektioner. Under föreläsningen och efteråt kunde deltagarna ställa frågor och diskutera. Det framkom många olika arbetssätt och hur olika rutinerna är på olika ställen. Hans poängterade vikten av manuell rengöring, avtorkning på utsidan och i kanalerna med diskborste före desinfektion i diskmaskinen samt torkningen, så att ingen fukt är kvar i instrumenten vid förvaring. Detta förebygger att det bildas biofilm i instrumentens kanaler.

Själv är bästa dräng

Efter lunchen berättade Andreas Nilsson, anesthesisjukskötare samt dr. och adj. lektor från Linköpings universitetssjukhus om "Själv är bästa dräng"- erfarenheter kring patientstyrd procedursedering.

Han berättar att behovet av sedering har ökat och i dagsläget har anestesiresurserna blivit sämre. Utifrån det påbörjades det att patienterna själva får dosera sitt behov av sedering via PCA-pumpar som innehåller Propofol®. Detta gällde endast sådana undersökningar där den förväntade undersökningstiden överskred 10 minuter. Patienten fick själv trycka på PCA-pumpen under undersökningen när de upplevde obehag/smärta och sederade sig i den mån de upplevde de behövde. Han tog upp för- och nackdelar med detta, men utifrån ett frågeformulär, där patienterna fått fylla i hur de hade upplevt det hela, framkom det att de hellre önskade få dosera själva än att en sjukhuspersonal gjorde det, att PCA innebar mindre läkemedel jmf med om en sjukhuspersonal skulle ha doserat och att de upplevde det skönt att få vara med och ha kontroll själva



World Trade Center i Stockholm.

och att få välja själva.

Nästa i tur var Cornelia Flood från Mag-tarmförbundet och som själv lider av IBD. Hon berättar att för ca 2 år sedan startades "Unga magar" som är en del av Mag-tarmförbundet, och är till för individer i ålder 0–30 år med konstaterad IBD. Patienterna har här möjlighet att ventilera sina funderingar och frågor. Cornelia var där den dagen som talesperson för de hon mött via "Unga magar". Hon lyfte fram att patientperspektivet är det viktigaste. Vad är viktigast för patienten? Att få information och stöd utgående från sin egen situation, om man är kroniskt sjuk eller är under utredning och att vem som säger vad. Hon ville även uppmärksamma oss om att patienten kan ha varit med om något som kan påverka upplevelsen av

undersökningen, vilket vi som vårdpersonal ska ta i beaktande.

Efter fiket och utställningsminglet fortsatte dagen med Catharina Wallenkampf som arbetar som endoskoperande sjukskötare på Gastrocentrum Karolinska Universitetssjukhuset. Hon presenterade sin utbildningsväg där hon gått specialistsjuksköterskeprogrammet inom gastroenterologisk vård, med särskild fokus på endoskopi, 60 högskolepoäng. Utbildning är 2-årig och kräver tidigare erfarenhet inom endoskopi. Hon berättar om utbildningens väg, alltifrån kostnad till målet med utbildningen samt lyfte fram det motstånd som kommit från läkarhåll. Studier har visat att endoskoperande sjukskötare är kompetenta, uppskattade av patienterna och utför undersökningarna på ett säkert och effektivt sätt. Idag finns över 50 skoperande sjukskötare i Sverige.

Sist ut för dagen var Hanna Dubois, även hon sjukskötare från Gastrocentrum, Karolinska Universitetssjukhuset. Hon berättade om "checklista för säker och personcentrerad endoskopi" som bl.a. hon varit med och utvecklat och implementerat. Denna lista togs fram för att öka situationsmedvetenhet i det dagliga arbetet, för att hjälpa att arbetet inte blir slentrian och för att det glöms bort/missas något viktigt. Utmaningarna är att man lätt faller tillbaka i gamla rutiner samt att det krävs lyhördhet och samarbete mellan kollegorna och rädslan för att nya rutiner ska få ta tid.

Författarna

Gunlög Eriksson

Sjukskötare vid endoskopimottagningen på ÅHS

Nina Rosén

Sjukskötare vid endoskopimottagningen på ÅHS



Tilläggsansökan
2-23.7



TA NÄSTA STEG I KARRIÄREN – satsa på en högre YH-examen inom social- och hälsovård!

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

Ansökan sker via **studieinfo.fi**
Mer information hittar du på **novia.fi**

Valborg Louhisto-priset

I samband med Sjuksköterskeföreningen i Finlands 120-årsjubileum delade föreningen ut Valborg Louhisto-priset för tredje gången. Utmärkelsetipendiet tillföll Marianne Tallberg med följande motivering:

Marianne Tallberg blev sjukskötare år 1950 vid Helsingfors Svenska Sjukvårdsinstitut, hälsovårdare 1975, sjukvårdslärare 1981 och hälsovårdsdoktor 1991, samt docent vid Kuopion yliopisto sedan 1994. Marianne Tallberg har utomordentligt väl lyckats kombinera sitt intresse för historia med modern informationsteknologi och har bidragit till sjukvårdens och vårdvetenskapens utveckling både i Finland och internationellt. Hon har forskat och doktorerat i sjukvårdens historia samt varit banbrytare inom informationsteknologi, terminologi och klassificering. Marianne var med och grundade den internationella datateknikgruppen för sjukskötare och grundade sedan några år senare en grupp på Europanivå. Hon har ansvarat för undervisningen av sjukvårdens historia vid flera vårdutbildningsanstalter och universitet i Finland. Hennes egen forskning har handlat om Sophie Mannerheims och Florence Nightingales betydelse för sjukvårdsutbildningen i Finland. Marianne är en omtyckt och välkänd forskare, författare och lärare runt om i världen. Sedan 1985 har Marianne Tallberg engagerat sig i utvecklandet av det professionella vårdvetenskapliga språket och att systematisera terminologin. 1998 startades Hoidokki projektet med indexering och terminologi för sökning av vårddata och av vårdartiklar på nätet. Marianne var medlem i expertgruppen och översatte även termerna till svenska. Marianne Tallberg är forskare, författare, skribent, föreläsare, ofta engagerad som vetenskaplig expert på vårdhistoria och informationsteknologi.

En enorm insats för vår förening har Marianne Tallberg gjort under åren 1999–2007 då hon ordnade och katalogiserade SFF:s arkiv. Arkivet överlämnades till Finlands Riksarkiv och till Tjänstemanna arkivet. Marianne har varit medlem i SFF sedan år 1950, långvarig fullmäktigemedlem och blev hedersmedlem år 1993. Samma år fick hon Sophie Mannerheimmedaljen i brons. Hon var styrelsemedlem i Finlands Sjuksköterskeförbund under åren 1976–1982. År 1999 blev hon hedersmedlem i Finlands sjuksköterskeförbund. År 2001 fick hon motta Florence Nightingale-medaljen.

Avslutningsvis ett citat av Marianne Tallbergs råd till unga sjukskötare: "Var inte rädd för nyheter men var kritisk!"

Annika von Schantz

Sophie Mannerheim- medaljen i silver

I samband med Sjuksköterskeföreningen i Finlands 120-årsjubileum delade föreningen ut Sophie Mannerheimmedaljen i silver. Utmärkelsen tillföll Carola Klawér med följande motivering:

Carola blev student från Borgå Gymnasium år 1978 och sökte därefter till Högvalla husmodersskola och dimmitterades därifrån 1979. Intresset för hälso- och sjukvård gjorde att hon sökte till Helsingfors Svenska Sjukvårdsinstitut varifrån hon blev färdig sjukskötare år 1982. Carola arbetade som hjälpskötare på Borgå sjukhus under somrarna 1980 och 1981. Från och med 1982 fram till 1984 arbetade hon som sjukskötare på kirurgisk avdelning. Carola fortsatte specialiseringsstudierna och blev specialistsjukskötare år 1984 med inriktning på inre medicin och kirurgi.

År 1984 anställdes Carola som biträdande avdelningsskötare på Borgå hälsovårdscentral. Till Carolas ansvarsområde hörde då utvecklingen av vården på avdelningen och 1992 valdes hon till avdelningsskötare och innehade sin vakans fram till år 2000.

Som den framåtsträvande person Carola är så ville hon snart igen vidare i utvecklingen och påbörjade studierna i vårdvetenskap vid Åbo Akademi år 2001. Carola studerade samtidigt som hon arbetade och blev magister i hälsovetenskaper år 2004. Åren 1991–1992 arbetade Carola som lektor vid Helsingfors Svenska Sjukvårdsinstitut, Kuggom avdelningen. Hon var fortbildningsplanerare på Arcada åren 2000–2001. Hon arbetade också år 2000 på Folkhälsans yrkesutbildningsinstitut. Carola har också arbetat som timplärare på Practicum mellan år 2001–2003 och var ansvarig för utbildningen ”Specialyrkesexamen inom äldreomsorg”.

Nya möjligheter öppnade sig år 2003 då Carola började som ledande skötare i Sibbo fram till år 2012. Under åren 2000–2011 arbetade hon med olika utvecklingsprojekt inom Sibbo kommun och Borgå stad

Mellan 2012 och 2017 arbetade Carola som grundtrygghetsdirektör i Lovisa. Med sitt gedigna kunnande och intresse för åldringsvård var Carolas huvudmål att kartlägga långvården och utveckla den genom att planera och förverkliga effektiviserade serviceboendet Gråberg. Kartläggningen föregicks av ett utvecklingsprojekt med Arcada.

Vid sidan om arbetet har hon studerat hela tiden, hon har bland annat läst approbatur i psykologi, pedagogik och socialpsykologi.

Inom sjuksköterskeföreningen i Östra Nyland verkade Carola som ordförande och viceordförande 2002–2006. Carola satt också i huvudföreningens styrelse.

Sophie Mannerheims grundtankar, kvalitativ undervisning samt god och kontinuerlig basvård har alltid genomsyrat Carolas arbete.

Elisabeth Sonntag-Österlund och Benita Backman
SF i Östra Nyland

Studiedagen med firande av 120 verksamhetsår och förläning av utmärkelser

Ett ödmjukt och vördnadsfullt tack till Sjuksköterskeföreningen i Finland rf

Carola Klawér

Studiedagen 2018 inföll 23 mars på Clarion Hotel Helsinki. En spännande och extra givande dag för mej, som p.g.a. en neurologisk sjukdom, tvingats i slutet på föregående år lämna mitt älskade jobb som grundtrygghetsdirektör i Lovisa, invalidpensionerats och levat ett mer eller minder tråkigt, lugnt hemmaliv.

Dagen utlovade ett spännande program, möten med många kolleger, vänner och bekanta, samtidigt som föreningens 120-årsjubileum firades och utmärkelser delades ut. Jag hade inte ägnat en tanke på att jag skulle förlänas

någon utmärkelse och blev helt knäsvag när mitt namn plötsligt ljöd i salen, mottagare av Sophie Mannerheim medaljen i silver! Jag tvingade mej att samla mej och gick upp på podiet med föreningens ordförande medan massor av tankar flög genom mitt huvud. Jag – men jag har väl inte gjort mera än någon annan, är jag förtjänt av detta? Hur har det gått till? Visst har min målsättning, oberoende av arbetsuppgifter varit att ha patienten, vården och dess utvecklande alltid i centrum, dvs kärnan för mej. Men...

Sjuksköterskeföreningen i Finland rf, är den första sjuksköterskeorganisationen i Norden. Föreningen har verkat i 120 år och har tillsammans med Mannerheims barnskyddsförbund rätt att förläna medaljen. Sophie Mannerheim-medaljen överlämnas såsom en utmärkelse till speciellt förtjänta personer, som genom sin verksamhet på ett avgörande sätt befrämjat föreningens syftemål. Texten på aversen är föl-

jande: SOPHIE MANNERHEIM - MDCCCLXIII - MCMXXVIII. Texten på reversen är: AVE SOROR MISERICORDIAE ADIUTRIX VULNERATORUM (Hell dig medlidandets syster, de sårades hjälperska).

Min yrkesstig som ”medlidandets syster och de sårades hjälperska”

Jag började mina sjukskötarstudier i januari 1980. Valet låg mellan sjukskötarstudier eller studier i psykologi. Efter många års ”pluggande” till student, kändes valet att gå till sjukskötare lättare än att fortsätta med rätt långvariga universitetsstudier i psykologi. ”Hur som haver” – det var viktigt för mej att få ett jobb i framtiden, där man kunde hjälpa de människor som hade det svårt i livet med sjukdom och lidande. Jag påbörjade mina studier i januari 1980, då jag efter studentexamen hade ett återhämtningsår och vid Högvalla seminarium gick en ettårig husmoderskurs, samtidigt som jag läste approbatur i psykologi vid öppna universitetet.

Handledd av professor Katie Eriksson

Av en händelse hade jag turen att genast bli handplockad som nybliven sjukskötarstuderande till en forskningsgrupp, som omfattade regelbundna handlednings- och diskussions-sitsar under studiernas gång med erfarna sjukvårdslärare.

Att få vara delaktig i denna studie och bli handledd av dåvarande rektor Katie Eriksson, gav mej en markant fördel i att förstå Katie Erikssons vårdteori, delta i diskussion gällande vårdstudierna och få reflektera över målsättningen med studierna. Detta hjälpte mej till klarhet gällande sjukskötarens mission i vården. Utgångspunkten för professor Katie Erikssons forskning var ofta att försöka beskriva den teoretiskt ideala vården. En av hennes hjärtefrågor är att forma en vård som bygger på människokärlek och djupt ansvar (1).

Vårdstudier och yrkeserfarenhet

Sjukskötarexamen erhöll jag våren 1982 men ville lära mej mera, så jag fortsatte mina studier och våren 1984 erhöll jag specialsjukskötarexamen, inriktning inre medicin och kirurgi. Dessa studier gav mej ett intresse att

söka mej vidare till administratör inom vården. Jag hade fått den insikten under studierna att den vägen kunde man bäst utveckla den goda vården och få hela sin personal att inspireras till att också göra det. Hösten 1984 började jag som biträdande avdelningsskötare vid Borgå hälsocentral, dag- och veckosjukhuset med starkt rehabiliterande fokus. Jag hade medvetet lämnat sjukskötarbefattningen vid Borgå sjukhus med sitt starka medicinska fokus. Min tanke var att få jobba inom primärhälsovården, där man som sjukskötare på 80-talet lättare kunde se patienten som en helhet och där vårdvetenskapliga teorier delvis godtogs som fokus. Här stannade jag t.o.m. år 2000. Då hade jag sedan år 1992 varit avdelningsskötare för en rehabiliteringsavdelning, en långtidsavdelning, dagsjukhus och SAS-skötare. Under denna period hade jag dragit många utvecklingsprojekt på avdelningarna, men också headhuntats att fungera som sjukvårdslärare vid Helsingfors svenska sjukvårdsinstitut, Kuggom filialen och senare Lovisa filialen.

År 2000–2001 fungerade jag som fortbildningsplanerare vid Arcada Fortbildning & Service, där jag bl.a. jobbade med att bygga upp en specialyrkesexamen i ledarskap. År 2001–2003 fungerade jag som vårdlärare vid Yrkesinstitutet Practicum i Borgå och hade även ansvar för att bygga upp en specialyrkesexamen i äldreomsorg. Detta gjorde jag i samråd med den finska utbildningen i Borgå, Porvoon terveydenhuolto-oppilaitos.

Vårdandets etiska kod och attityden gentemot patienten

Vårdens etiska kod växte sej stark inom mej och det var också den etiska koden som handledde mej i allt utvecklingsarbete inom vården men också vid val av arbetsuppgifter och enheter. Jag har fullföljt mina studier till magister i hälsovetenskaper helt i egen takt och jämsides med en 100 % yrkesinsats. Många var de nätter med studier i vårdvetenskapliga teorier med endast några timmars sömn inför arbetsdagen. Många var också de väldigt tidiga respektive sena och ensamma bilfärderna mellan Borgå och Vasa, tur-retur, som föregicks och följdes

av arbetsturer. Men de turerna har även gett mej bestående minnen över hur vacker den ensamma månen kan vara i den kalla stjärnklara vinternatten med glittrande vita snöfyllda fält eller hur beroende av högre makters beskydd du kan vara i blixthalka och våldsamt snöyra. Och hur tacksam jag är över allt jag fått uppleva!

Framför allt annat är jag tacksam över det kunnande jag erhöll genom de vårdvetenskapliga studierna vid Åbo Akademi, samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten. Jag lärde mej bl.a. att inom vården bör det finnas respekt för den enskilda unika patienten och hans rätt att forma sitt liv. Vårdarens skall ge patienten ansvaret för sitt eget liv (2). Den caritative vårdens grundmotiv är människokärlek och barmhärtighet. Ett gott vårdförhållande är caritative vårdens grund (tro, hopp och kärlek). Patienten skall bemötas med vördnad och medmänsklighet men främst av allt individuellt. Genom att patienten får utnämnd en egenvårdare gynnas interaktion mellan patienten och vårdaren (3). Min magisterexamen erhöll jag slutligen år 2004. Efter det jobbade jag som ledande skötare, chef för boende- och vårdservice, servicechef för hälsofrämjande och vård samt stöd för ett tryggt liv och slutligen som grundtrygghetsdirektör.

”Ensam kommer du till korta, gemensamt kan man bryta berg”

I det praktiska arbetet har jag haft otroligt varierande och många uppgifter som geografiskt omfattat Nyland och framför allt Östnyland; jag kunde skriva mina memoarer med titeln; Från anstaltsbiträde (1978) till grundtrygghetsdirektör (2012) och allt däremellan. Oberoende av uppgiften har utveckling och god kvalitet i vården och en kärleksfull och människovärdig attityd gentemot patienten, dvs en stark etisk kod, alltid varit viktig för mej.

Det som också alltid varit klart för mej och som stärktes med mina olika yrkesuppgifter, var behovet av att jobba tillsammans för en förändring. För att finnas i tiden gällande substans och kunnande behövs ett samarbete

med dem som har kunnandet i sin hand och kan dela med sej av det. Jag har därför också stort att tacka för gott samarbete med olika yrkesutbildande instanser bl.a YH Arcada för det goda och fina samarbetet jag erhållit under åren. Men ett lika stort tack behövs till all den personal och olika samarbetspartners som tålmodigt kommit med i det jag gjort. Jag känner mej privilegierad genom att det varit så. I ledarskap behövs stöd och kommunikation, lyckanden och misslyckanden – det är då du lär dej, men framför allt behövs en tro på att tillsammans kunna göra det bättre och en outtömlig styrka i att kunna stöda och föra ditt gäng mot nya höjder – dvs det goda vårdandet. Det fick jag uppleva tillsammans med personalen i Lovisa, då vi byggde upp "Det goda livets hus" för äldre, där vården är starkt individuell, aktiverande, rehabiliterande och betonar samhällsgemenskapen.

Ett hjärtats Tack!

Jag är så tacksam och glad över att Sjuksköterskeföreningen i Östra Nyland har uppmärksammat min insats och anhållit om att jag skulle förlänas denna medalj. Lika tacksam och glad är jag över att styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland rf beslutit förläna mej den. Jag vill därför rikta mitt stora, hjärtevarma tack till er för denna utmärkelse. Jag förstår dess värde och är stum av glädje över att jag erhållit den!

Referenser

1. Segesten K, Segesten K. Framtidens sjuksköterska: tio internationellt ledande sjuksköterskor om framtidens omvårdnad, Stockholm: Liber utbildning; 1995.
2. Eriksson K. PRO CARITATIVE – En lägesbestämning av caritativ vård. Åbo: Åbo akademi-Vårdforskning-Institution för vårdvetenskap; 1990.
3. Eriksson K. Vårdandets ide. Stockholm: Nordstedts förlag; 1987.

Författaren

Carola Klawér

Jubileumssjukskötare 2018



Från vänster: Johan Jansson, Ann-Britt Boxberg, Carola Klawér som fick Sophie Mannerheimmedaljen i silver, Katarina Ekberg, Helena Strandholm-Finne, Helena Svahn, Tove Lehtinen och Carola Arjatsalo. Från bilden saknas Jubileumssjukskötare Monika Kolppanen.

I samband med Sjuksköterskeföreningens Studiedag 2018 och firandet av föreningens 120-årsjubileum utdelades olika utmärkelser.

Styrelsen för föreningen hade tagit beslut om att inte premiera Årets Sjuksköttare 2018 utan istället premiera en medlem från varje regionalförening till Jubileumssjukskötare 2018. Genom att premiera åtta Jubileumssjukskötare vill man lyfta fram alla regioner samt det mångfasetterade arbete som sjukskötare gör.

Till Jubileumssjukskötare 2018 premierades:

- Carola Arjatsalo, SF i Helsingfors med omnejd
- Ann-Britt Boxberg, SF i Östra Nyland
- Katarina Ekberg, SF i Västra Nyland
- Johan Jansson, SF på Åland
- Monika Kolppanen, SF i Mellersta Österbotten
- Tove Lehtinen, SF i Åboland
- Helena Strandholm-Finne, SF i Sydösterbotten
- Helena Svahn, SF i Vasa

Do something, sister! Gör någonting, syster!

Del 6

Kinge Berglund

I den sjätte delen av Kinge Bergströms berättelser, byter hon jobb till ett gruv-sjukhus för vita och stöter på obehöriga läkare och sjukskötare.

Den gamla juden

På vägen till och från gruvsjukhuset måste jag byta buss i centrum av Johannesburg, som inte var riktigt de hälsosammaste delarna av staden. Så stod jag en mycket varm decembereftermiddag väntande på min buss. Jag hade tagit ledigt en halv dag från intensiverna på gruvsjukhuset. Mitt emot busshållplatsen fanns en affär som sålde möbler. Det var intressant att titta på all grannlåt, knallröd plysch på sofforna, guldfärgade stolsben, ja nästan bara rött och guldfärgat. Jag kom ihåg den typ av inredning från barnmorsketiden, den var vanlig hos asiater. Det stora butiksfönstret reflekterade allt som hände mittemot på gatan.

Min buss hade just stannat och passagerarna höll på att stiga av. Då såg jag hur en tjock gammal man hjälptes nerför trappan av busschauffören. Men där var någonting som inte stämde, mannen kunde inte gå och

chauffören försökte få honom att stå på trottoaren utan att lyckas. Mannen vek sig. Det tog några sekunder innan jag begrep att jag måste hjälpa, jag var ju som alltid, i sköterskeuniform. Jag gick snabbt till mannen och tog tag i honom under armarna. Han föll ihop som en tom säck. Jag började släpa honom mot en bänk som stod cirka tio meter därifrån och fick honom uppbaxad på bänken med mina allra sista krafter. Han var mycket överviktig och det var nog så där +40° på gatan. Svetten rann i strida strömmar. Efter en suck av lättnad tog jag mig en god titt på den gamla mannen. Min förskräckelse blev stor, han andades inte. Jag började hjärtmassage.

En stor folkmängd hade samlats runt bänken och gav mig goda råd. Ingen hjälpte mig. Jag är inte en person som använder svärord, men nu använde jag mig av alla de värsta jag lärt mig på sjukhus, i synnerhet av läkare.

Det är ett underligt fenomen att om man svär ordentligt, får man en underlig styrka att försöka få något till stånd. Så också nu, jag skrek åt alla männen i folksamlingen vad jag ansåg om deras uppförande. Mitt i ilskan märkte jag att mannens hjärta började slå igen. Jag drog några suckar av lättnad och frågade den församlade hopen om någon av dem hade haft vett att ringa efter en ambulans. En ung

judisk flicka sade genast, jag går och ring-er. Den gamle mannen var en typisk jude till kroppsbyggnad, kort och mycket överviktig, det hade hon nog också sett. Jag kontrollerade hans fickor och hittade en påse tabletter, han kom från en poliklinik tydligen. Tabletterna var alla typiska för en äldre person med hjärt-och lungbesvär. Alltså var hjärtstilleståndet tydligen inte helt oväntat. Hans högra höft var också lite sned, han hade brutit den då han föll från busstrappan. Följden blev en infarkt.

Jag strök svetten ur ansiktet och skrek åt folkhopen att det här inte var ett gratis folknöje – tänkte ta upp kollekt! Jag har sällan varit så ilsken i mitt liv. Med det slutade gubben att andas igen. Jag fortsatte hjärtmassage ännu ilsknare, jag tänkte inte sitta med ett lik där på bänken i den gassande hettan. Undrens tid var inte förbi, hjärtat började slå igen. Ambulansen anlände samtidigt. Jag hade aldrig sett en så dåligt utrustad ambulans. Jag begärde elektroder för hjärtmonitorn, det fanns nog, men monitorn fungerade inte. Jag måste sätta upp dropp någonstans och hittade endast en kanyl, som hade fungerat bra på en häst, inte på en människa med just inget blodtryck. Men som sagt, ilskan fick mig att göra sådant som i normala fall aldrig skulle ha fungerat. Sent omsider kom vi till akuten på Johannesburg General Hospital.

– Vem har satt upp ett sådant underligt dropp som den här patienten har?

Jag orkade inte svara att det var allt jag hade hittat, inte mitt fel. Jag drog mig snabbt tillbaka och gick till närmaste busshållplats. Det var min lediga eftermiddag, inte använd precis så som jag hade tänkt mig, men kanske till någon nytta ändå.

Jag gick följande kväll efter arbetet till Johannesburg General och hälsade på den gamla mannen och tog med mig sådant som jag visste att han behövde, tandkräm, tandborste, tvål, tvättlapp etcetera. Hans höft kunde inte opereras då han hade haft en hjärtinfarkt, men med en Balkanram och diverse rep och pulleys hölls benet rakt. Han skulle nog lära sig att gå igen, bara hjärtat höll. Jag berättade inte vem jag var, önskade honom snabbt tillfrisknande och gick hem, glad i hågen.

Den okunniga kirurgen

Jag beslöt att flytta över till ett gruvsjukhus alldeles i centrum av staden. Det var endast vita gruvarbetare som togs in där. Det här var ännu apartheidtider. De sökte en avdelnings-sköterska och jag skulle få mycket kortare väg. Det tog ungefär en timme att gå om det inte fanns passande busstider. Veckoslut och bussar för vita var en omöjlig ekvation. De få bussturer som gick hade alltid kopplats ihop med andra rutter, så det tog en oändligt lång tid med rundresorna runt stan. Det var enklare att gå. Då kunde man göra det ännu.

Lönen var bättre än på det svarta gruv-sjukhuset och jag kunde äntligen tänka på att köpa en bil. En helt ny Mazda. Någon person i ledande ställning på Mazdafirman hade varit mycket sjuk, men fått bra vård och ville nu betala tillbaka på ett sätt som han kunde. Han gav alla sköterskor som köpte en ny Mazda, mycket förmånliga betalningstider, till och med jag hade råd att betala av med sådana rater. Räntan på billånen var 28 procent, men det var en sådan lyx att köra hem i hällregn, i stället för att traska genomblöt fyra kilometer och värt allt extra arbete jag var tvungen att göra. Ingen gav någonsin en lift i hällregn, nog i fint väder. Arbetet på gruvsjukhuset gjorde att jag hade alla lördagar och söndagar lediga, också helgdagar.

Då man arbetat som intensivvårdssköter-ska länge har man lärt känna många bra läka-re, men också tyvärr, någon som kanske borde ha haft ett annat yrke. Sådana som såg en statussymbol i att vara läkare, en viktig person, kanske var det, men inte en bra läkare.

En av kirurgerna på gruvsjukhuset var en äldre man, mycket trevlig och en bra kirurg. Men han hade ett fel. Han skrev alltid ut lugnande medel om patienten var högljudd, inte ville ligga snällt i sin säng eller var besvärlig på något annat sätt. Han undersökte sällan orsaken till patientens uppförande.

En dag kom han till intensivvården och frågade om han kunde få skicka en patient från den kirurgiska avdelningen, så att patienten skulle få, vad han kallade bra vård av trevliga sköter-skor. Han skulle också få en lugn och rofylld död. Då det fanns ett ledigt isoleringsrum sade

jag att det nog passar.

Patienten var en man i 60-års åldern, mager och uttorkad. Halvt medvetslös, svårt att få läkaren att förstå att man inte kan lämna en patient så där bara. Han måste vändas regelbundet, alla tryckpunkter för liggsår kontrolleras, och vätska i någon form, måste tagas via munnen. Alltså började jag med att lyssna på hans lungor. Mycket lite av vad man kan höra i friska lungor, bara tecken som tydde på lunginflammation. Jag satte en syremask på och började lungfysio för att få honom att hosta. Beställde röntgen för att kunna se hur mycket eller hur lite av lungorna fungerade. Jag antog att syrebrist var orsaken till hans medvetslöshet.

Apotekspersonalen var alltid mycket trevliga mot oss på intensivvården, krånglade aldrig om jag beställde antibiotika då jag lovade en läkarsignatur så fort som möjligt. De visste att det inte alltid var så lätt att få tag på en läkare. I synnerhet en kirurg. Den gamla mannen var inte överförtjust av sugandet och hamrandet på bröstet. Jag skickade sputumprov till laboratoriet, också diverse blodprov. Redan följande dag kunde man se en mindre förbättring. Han drack faktiskt lite saft och kunde prata några ord. Efter ett par dagars hårt arbete kunde jag se en ljusning. Han hostade själv upp sputum, behövde inte sugas så ofta, fast fysion fortsattes nog. Han hade fått intravenöst dropp med antibiotika och alla blodvärdena hade ändrats till det bättre.

En vecka senare flyttade jag honom till själva intensivvårdssalen och lät honom sitta i en stol så mycket han hade krafter för. Jag hade också börjat ge honom passande mat, han var som en liten utsvulten hund, åt allt som gavs åt honom. Att se honom sittande i sin stol ätande lunch gjorde mig mer än glad att vara sjuksköterska.

Så hände det en dag att kirurgen kom på besök.

– Det var roligt att se er, sa jag, det var längesen.

– Ja sa han, jag har undrat varför du inte har ringt mig, dödsattesten måste ju skrivas ut. Det är inte likt dig att glömma en så viktig sak.

– Ser ni patienten som sitter där och äter

lunch, det är er patient. Gå och hälsa på honom, sa jag.

– Men det är ju ett mirakel som har hänt, ropade han, ett fantastiskt mirakel.

– Nej, sa jag, det var bara hårt fysiskt arbete.

Nej, nej, nog var det ett mirakel. Och så skrev han tvärsöver hela behandlingskortet med jättestora bokstäver: It's a miracle! Jag vet inte vad han trodde att hade hänt, kanske en ängel stigit ner från himlen och botat den dödsdömda patienten.

Läkare är ibland lite annorlunda tänkande, en sköterska är bra att ha att skylla på om något går på tok, men att säga: Oj vad bra du är, hör inte till vanligheten. Inte nu heller. Men som sköterska väntar man sig inte mycket tack, man vet hur det känns inombords om man har gjort någonting riktigt bra, en glädje som är svår att förklara. Som sagt, den här kirurgen var inte en elak okunnig människa, han hade bara svårt att förstå att han hade gjort fel i medicineringen. Nu lovade han mig att aldrig mer skriva ut större doser lugnande medel utan att undersöka patienten. Han höll sitt ord, han skickade aldrig mer medvetslösa döende patienter till intensivvården. Men inte fanns han på min lista av riktigt bra läkare, den var inte lång. Endast tre.

Den obehöriga gruvsjukhusläkaren

En av gruvsjukhusets läkare gick i pension och en ny anställdes. Intensivvården hörde till hans arbetsområde. Den nya läkaren, Doktor Botha, var en medelålders, korpulent, cigarrökande och whiskydoftande man. Inte riktigt vad man väntade sig av en intensivvårdsläkare. Men då det här gruvsjukhuset, som var endast för vita, inte var vad en modern läkare sökte sig till, så var det inte så lätt att fylla vakanser. Man fick ta vad som fanns på arbetsmarknaden.

Då vi träffades blev det inte kärlek vid första ögonkastet. Doktor Botha var alldeles för arrogant för att han skulle få någon form av samarbete från mig. Endast det som var absolut nödvändigt. Jag ansåg att jag var en flitig, kunnig, erfaren intensivvårdssköterska och att den nya läkarens kunskaper var, mildt

sagt, minimala.

Doktor Botha började den första rondan med att vid varje patients säng säga: Fortsätt med den här medicineringen, den tycks fungera bra. Även om patienten såg ut som om han inte skulle ha många timmar kvar här på jorden. Mina misstankar, att allt inte var som det skulle, fick sin början då vi kom till den sista patientens säng. Han tittade på de peritoneala dialysslangarna och de stora vätskepåsarna, som om han aldrig sett något liknande. Kanske var det så. Doktor Botha tittade på klockan och sa: Jag glömde alldeles, jag har ett möte med överläkaren, du kan väl sköta om det här.

Det blev hans signaturljud. Jag fick höra dagligen – måste springa, du klarar nog av det här.

Då jag är av en elak, misstänksam natur, började jag ställa frågor av olika slag till andra läkare och ansvariga personer. Jag fick veta att han hade gift sig med en mycket rik änka något åt tidigare och köpt flera hästar, som han tävlat med. En stor del av hans tid tillbringade han på travbanor. Han förlorade mer än han vann. Men som sagt, hans fru var mycket förmögen. I sin stora villa höll han fina middagar, bjöd alltid någon av dagens toppolitiker, så att alla skulle se att han var politiskt korrekt. Det var tack vare de förbindelserna som han fick posten på det "helvita" sjukhuset.

Doktor Botha gjorde så många dumma fel, att jag beslöt anmäla honom till sjukhusstyrelsen. De ansåg att jag skulle fortsätta mitt jobb som sköterska och inte blanda mig i vad en läkare gjorde. Det var styrelsens jobb. Jag poängterade att jag aldrig sett någon av styrelsens medlemmar närvarande då den här läkaren sade:

–Det här gör du nog lika bra som jag, och sedan försvann till travbanan.

Då var han helt oanträffbar. Det fanns inte mobiltelefoner på den tiden. Hade Doktor Botha dödat någon? Vad var det jag egentligen ville säga? Svartmåla en läkare? Så gör man inte. Det var inte en sköterskas uppgift att springa omkring och berätta historier om läkare, det var hennes uppgift att göra så som han befallde. Är det förstått? Jag höll mej helt tyst i fortsättningen, han skulle nog göra någonting allvarligt

som skulle få andra att se hur okunnig han var.

Så kom då dagen då han faktiskt var på intensivvården och det meddelades från operationssalen att de hade en patient med hjärtstillestånd och att de behövde hjälp. Helst en läkare och sköterska.

– Kom nu, här kan vi inte stå, sa jag till Doktor Botha. De väntar på oss i operationssalen.

– Varför skulle de behöva en läkare till, där finns säkert tre redan. Jag tycker det är besynnerligt, sa han. Men han kom ändå med mig. Kanske han trodde att jag skulle göra vad som behövdes och han skulle smita iväg som vanligt till travbanan. Men det blev inte så. För det första hade han ingen aning om hur man klär på sig operationskläderna. Skjortan och mössan satte han bakfram. Han såg ganska komisk ut. Inne på operationssalen hade ingen gjort någonting, vilket jag inte kunde förstå. Narkosläkaren hade patienten intuberad förstås och i respirator. Bröstet steg och sjönk i takt med respiratorns andningsfrekvens. Doktor Botha stirrade på patienten och sa: Men han andas ju. Alla började skratta. Då han märkte att han hade blivit grundlurad gjorde han helt om och lämnade salen.

Orsaken till att ingen hade försökt få hjärtat igång berodde på att kirurgen hade funnit att kraften var utbredd överallt i den stackars människan. Då hjärtat stannade ansåg han att det var det bästa som kunde hända. Att dö helt smärtfritt, inte neddrogad av morfin. Då fick narkosläkaren en, i hans tycke, briljant idé. Han hade skvallervägen fått höra om mina problem med läkaren. Nu tyckte han att han skulle se vad läkaren gick för och därför ville han ha honom och mig i operationssalen. Det stod nu helt klart för de närvarande att Doktor Botha inte hade en aning om vad som pågick.

Narkosläkaren beslöt att undersöka hans bakgrund. Hans namn fanns inte på något universitetsregister, inte heller kände medicinalstyrelsen till honom. Vid förfrågan på personalavdelningen fick narkosläkaren veta, tack vare goda bekanta, att Doktor Bothas läkarintyg var utskrivna på universitet i Istanbul. Han hade ingen specialutbildning därifrån, endast grundläkarutbildning. Nu var narkosläkaren som en blodhund på spåret, och skrev

till Istanbuls universitet för att få alla detaljer. Svaret kom tillbaka ganska snabbt. Det hade aldrig funnits en studerande med det namnet på medicinska fakulteten, inte heller på någon annan. Botha var inte ett vanligt namn i Turkiet.

Sjukhusstyrelsen blev mycket bestört då de fick veta att "Doktor Botha" hade fått sin position med förfalskade papper. Ingen bad mig om ursäkt, jag var ju bara en sköterska, en man med förfalskade läkarpapper vägde tydligen tyngre. Eller kanske de skämdes. Till min glädje var de tvungna att avskeda "Doktor Botha".

Obehöriga sjukskötare på gruvsjukhuset

Det var inte endast läkarna som gav mig gråa hår. En del av sköterskorna var inte intensivvårdsutbildade, men hade erfarenhet av olika slag. Hela nattdejouren bestod av den sortens sköterskor. Jag hade svårt att tro allt som stod i nattrapporterna. Det försvann också en massa vanliga mediciner, olika vitaminer, kaliumtabletter, antibiotika, blodtryckstabletter, allt som gick att använda hemma eller av bekanta. Hur tråkigt det än var, så blev jag tvungen att räkna alla tabletter varje morgon och kontrollera med behandlingskortet vad som hade använts under natten.

Nattsköterskorna blev mycket sura, men stölderna minskade så gott som helt och hållet. Den av nattskötarna som förorsakade mest bekymmer, var en medelålders man, som ofta luktade alkohol. Jag antog att han hade en reservflaska i sin väska. Nattöversköterskan var också mycket opålitlig, luktade också ofta alkohol. Jag försökte fråga ut henne om skötarens vanor och allmänna uppförande under natten, men fick alltid undvikande svar.

Så märkte jag att det dog flera patienter på den manliga skötarens dejour än på någon annans. Visserligen var patienterna på avdelningen mycket svårt sjuka, stora hjärtinfarkter, svåra brännskador, cancer i sista stadiet, lungpatienter i respirator. Men jag tyckte ändå att det var alldeles för många som dog. En morgon, då två patienter hade dött under natten, tyckte jag att den manliga skötaren såg alldeles för belåten ut efter en sådan natt. Av någon underlig

orsak beslöt jag att gå igenom skräpkorgarna den morgonen och plockade ut alla tomma ampuller och medicinflaskor. Skörden var enorm och mer än besynnerlig. Medicinampuller som hade haft olika mediciner, en del ökade pulsen, andra drog ner pulsen eller ökade blodtrycket, minskade blodtrycket, olika anti-arytmimedel. Blandningen var inte vad som hade behövts under natten, åtminstone inte om man läste rapporten före dödsfallet. Gode Gud, det här såg ut som väl utförda mord. Jag samlade alla bevisen i en påse och gömde den. Jag måste fundera ut hur jag skulle få fast honom. Att gå till överläkaren var ingen idé. Han skulle säkert säga: Aj, är du här nu igen med dina besynnerliga anklagelser. Följande nattdejour tänkte jag ha ett samtal med skötaren om drogerna han använt. Men hans nästa dejour började med tre döda under natten. Igen samma belåtna min och han sa: Jag har sparat er mödan att sköta tre så krångliga patienter, som de som lyckligen dog.

Det var någonting mycket onormalt i hans beteende. Jag gick igen runt och tömde papperskorgarna. Samma typ av ampuller som veckan förut, endast mängden var större. Den unga hjälpsköterskan, som arbetade med honom på nattdejouren, var vit i ansiktet, svetades och var oerhört nervös i sina rörelser. Jag beslöt att fråga ut henne. Jo, det var som jag trodde. Först gav han en drog som drog ner blodtryck och puls, sedan en annan som satte väldig fart på cirkulationen, sedan någon antiarytmisk bara för skojs skull. Så här höll han på tills hjärtat stannade. Då ringde han läkaren och berättade om hjärtstilleståndet. Läkaren hade ingen lust att köra 30 kilometer klockan tre på natten, han skulle ändå komma försent, sa han. Så fortsatte han med de två följande. Han hade mycket roligt att följa hjärtverksamheten på monitorn, skrattade maniskt då den raka linjen uppenbarade sig. Den stackars hjälpsköterskan var ju inte en utbildad sköterska, fast hon arbetade som en sådan.

Patienterna på det här sjukhuset var ofta svårt sjuka, i synnerhet om de var män som hade arbetat alldeles längst ner i gruvan vid klippfästet där det borrades och sprängdes. Orsaken var att lungorna ofta blev helt förstörda

av det fina dammet. Änkepensionens storlek bedömdes enligt lungornas skick. Den unga sköterskan gick till en läkare och blev sjukskriven i tre veckor, med diagnosen depression. Jag samlade alla ampuller som hade använts under den ödesdigra natten och frågade också ut läkarna. Jag undrade varför ingen kom då de fick meddelandet om patientens kritiska situation. Alla hade ungefär samma svar, klockan var tre–fyra på morgonen, de bodde långt från sjukhuset och skulle ändå ha kommit försent för att rädda patienten. Men om de hade kommit så skulle de kanske ha märkt någonting besynnerligt.

– Gav nattskötaren de rätta drogerna?

– Enligt vad han berättade i telefon, så lät det helt korrekt.

– Hade de väntat sig att patienten skulle dö så snabbt efter operationen?

– Inte precis, men ingen är en spågumma och mycket kan hända helt oväntat, det borde du veta.

Jag skulle alltså inte få någon hjälp från läkarna, men beslöt att anmäla nattskötaren till överläkaren och översköterskan.

Jag hade igen några sömnlösa nätter då jag försökte tänka vad som var rätt att göra. Anmäla eller inte anmäla? Skulle överläkaren tro mig? Vad skulle översköterskan säga? Hon hade ingen specialutbildning, hade fått tjänsten tack vare många år på en av sjukhusets avdelningar och då översköterskans post blev ledig var hon den enda sökande. Jag måste medge att jag inte mådde så värst bra, var det rätt att anmäla någon? Patienterna var redan döda, inget skulle rädda dem nu, men jag skulle få en människa anklagad för mord. Jag kände ingen person som jag skulle ha kunnat diskutera det här med. Alltså, det må bära eller brista, men jag måste anmäla skötaren, han skulle annars fortsätta med sina mordrutiner.

Jag knackade nervöst på översköterskans dörr och frågade om hon hade tid att lyssna på någonting som jag ansåg var mycket viktigt för henne att höra. Jag berättade om de många oväntade dödsfallen och visade påsen med ampullerna.

– Det här kan inte vara sant, du ljuger säkert.

– Nej, det gör jag inte.

– Då måste vi kalla överläkaren hit också.

Han var en äldre korpulent man som nog inte hade behövt sköta sjuka patienter på årtal. Ett skrivbordsjobb kan bli mycket bekvämt för en person som tycker om cigarrer och en god konjak då och då. Ingen vet vad man håller på med.

Jag berättade min historia på nytt och visade påsen med ampullerna. Han tog genast påsen från mig och slog sönder allt som fanns i den mot skrivbordskanten. Att gå till polisen var otänkbart, sjukhusets rykte skulle ju förstöras helt, det skulle bli en omöjligt dyr härva. Aldrig i livet. Då ampullerna var helt sönderslagna så hade jag ju inga bevis, annat än min vilda fantasi, sade han och log ironiskt. Jag tror att jag aldrig har känt mig så tillplattad som i den stunden, då jag förstod att jag säkert skulle göras till syndabock, om jag så mycket som viskade om det här. Jag förstod också att jag skulle få avsked på grått papper. Alltid går det att hitta på någon orsak.

Men som i många situationer, fick jag hjälp från ovan, så såg jag det. För det första, den mordiska skötaren fick en hjärtinfarkt under bussresan hem. Alla på bussen trodde att han sov. Vid bussresans slut försökte chauffören väcka upp honom. Han hade då varit död åtminstone en halv timme, helt bortom all hjälp. Till all lycka.

För det andra, ägaren till sjukhuset där jag börjat min sejour i Johannesburg, ringde och frågade om jag ville ha översköterskans plats på just det sjukhuset. Den gamla översköterskan var irländska och ville flytta tillbaka till Irland. Jag har sällan blivit så glad över att få ett jobb där jag kunde säga var skåpet skall stå, alltså sade jag: Tack så hemskt mycket, det skall bli riktigt roligt då jag ju känner sjukhuset från tidigare.

Så började igen ett nytt kapitel i mitt liv.

Författaren

Kinge Berglund

Nya Barnsjukhuset 2018



Foto: HNS.

Så här ser det ut i det Nya barnsjukhuset. Den ljusblå vårdarstationen med de vackra snäckorna finns på jourpolikliniken och det stora rummet finns i uppvakningen. Uppvakningens vårdarstation har djungeltema. Idén med öppna vårdarstationer är att personalen ska synas och vara tillgängliga. Hela sjukhusets färgskala är i vackra pastellfärger med illustrationer från Muminvärlden. Alla våningar är olika. Den färggranna fasaden lyser också upp utrymmena inomhus! Personal och patienter flyttar in i september.

Annika von Schantz



Foto: HNS.

Hedersmedlemsträff

Kerstin "Käde" Skogman

Det var en glad, skämtande grupp som samlades i Sjuksköterskeföreningens lokal på Annegatan den 22 mars 2018.

Nästan prick klockan 15 kom hedersmedlemmarna som hälsade på varandra och presenterade sig för kolleger man inte träffat tidigare. De flesta var ändå gamla bekanta som suttit i samma styrelse under åren som gått.

Sjuksköterskeföreningen bjöd på bubbeldricka och jag önskade alla hjärtligt välkomna och hade hälsningar från dem som inte kunde närvara. Ungefär hälften av hedersmedlemmarna hade nåtts och 14 kunde delta i träffen. Tyvärr var det många som av hälsoskäl inte kunde närvara, en del var på resa och en del upptagna med att ta hand om närstående. Några av hedersmedlemmarna är ännu i arbetslivet och kunde därför inte lösgöra sig till träffen. En del av oss deltog även i Studiedagen 2018 följande dag.

Verksamhetsledaren Sandra Alldén informerade om föreningen verksamhet idag och sedan såg vi en gammal film, som spelats in i Danmark för ca. 35 år sedan. Filmen visar hur en dialyspatient ser på sin vård. Den senare delen av filmen, som visar hur patienten hade önskat sig att vården skulle ha varit, gick tyvärr

inte att visa pga. tekniska problem. Den delen är, på danskt vis, glad och humoristisk.

Sedan bjöds det på god paj med sallad och kaffe med äppelkaka och vaniljsås. Alla blev belåtna - påstod de.

Hedersmedlemmarna gjorde det övriga programmet själv. Det blev inga tysta pauser, för diskussionerna var många och kretsade kring de gamla goda tiderna och de osäkra, kommande vårdplanerna. Efter ca. 3 h tackade deltagarna för sig och det jag såg var att alla ännu skrattade när de avlägsnade sig från föreningen.

Det var elva år sedan motsvarande träff. Få se om det blir flera? Den som lever får se.

Tack till alla som till har hjälpt och ett speciellt tack till Doodi som skötte att vi hade något att smörja snyte med, för att använda ett gammalt uttryck.

Författaren

Kerstin Skogman

Hedersmedlem och suppleant i SF i Helsingfors med omnejd rf's styrelse

Erasmus utbytesrapport

Pilvi Lehtinen



I slutet av augusti 2017 åkte jag till Högskolan i Borås, Sverige. Det som jag inte visste då var att det skulle bli mitt bästa och mest lärorika äventyr som jag har haft i mitt liv.

Utbytesprocessen

Ända sedan jag började mina studier i Åbo på Yrkeshögskolan Novia, har jag velat åka ”i utbyte”. Första och halva andra året av studierna i Finland var utmanande för mig då mitt modersmål är finska och all undervisning var på svenska. Samtidigt som jag jobbade hårt med språket ville jag vänja mig vid att studera på högskolenivå. På grund av det började jag inte förrän under vårterminen 2017 allvarligt tänka på att åka som utbyteselev. Eftersom jag bestämde mig för att ansöka så sent och för att

jag ville åka för en hel termin med både kurser och praktik, var det begränsat med alternativ bland samarbetsskolor. Till slut bestämde jag mig för att ansöka till Sverige, Irland och Italien. Jag funderade en stund över vilket alternativ jag borde sätta som mitt förstahandsval. Fastän Sverige inte skiljer sig kulturmässigt så mycket från Finland, fick ändå möjligheten att utveckla kunskaperna i svenska samt chansen att bekanta mig med den svenska hälso- och sjukvården, mig att välja Borås som mitt första önskemål.

Jag var lyckligt lottad och blev nominerad till Borås och fick kurser samt praktiker ihop pusslat med hjälp av min internationella koordinator i Borås. Hon hjälpte mig mycket med alla arrangemang vilket påverkade starten av utbytet på ett positivt sätt. Högskolan i Borås skickade även mycket information via e-post som hjälpte mig, som blivande utbytesstuderande, att förbereda mig inför utbytesperioden.

Det var inte mycket som behövdes arrangeras för en tillfällig flytt från Finland till Sverige, så allt löste sig snabbt och enkelt, då vi togs så bra hand om.

Borås, som är en liten och trevlig studie-stad tilltalade mig redan från början. Jag hade läst mycket information om Borås samt sett bilder både före jag skickade in min ansökan och efter att jag blev antagen. Staden var just precis så härlig som jag hade tänkt mig. De två första veckor hade vi introduktion och vi fick mycket information om studierna samt om staden och vi fick bekanta oss med andra utbytesstuderanden. Att få nya vänner var inget problem för mig; jag fick snabbt nya vänner från hela Europa och många av dem är vänner för resten av livet.

Studier

Min första kurs, vårdvetenskaplig teori och metod, inleddes redan under den första veckan. Kursen var inriktad på examensarbete så alla andra på kursen var sista terminens vårdstuderande och kursen var deras sista kurs innan de skulle utexamineras. Snabbt förstod jag att jag var den enda utbytesstuderanden på kursen. För mig var allt helt nytt så jag kände mig en aning vilse i början av kursen. Men genast när jag tog kontakt med den kursansvarige läraren löste allt sig och det kändes att skolan tog väldigt bra hand om mig. Kursen bestod av föreläsningar, workshops, seminarier och grupparbeten. Vi tillämpade vetenskapliga teorier samt metoder och i slutet av kursen hade vi hemtentamen. Utöver att jag klarade kursen jättebra, kändes det även att jag lärde mig väldigt mycket.

Barnvårdspraktik

Efter kursen i vårdvetenskaplig teori och metod, började mina praktikperioder. De här två praktikerna var mina första praktiker som var helt och hållet på svenska samt första praktiken inom öppenvård, vilket visade sig vara aningen utmanade för mig.

Första praktiken var barnvårdspraktik på barnmottagning Viskan. Det var ett ställe där



Street art i Borås.

det jobbade fyra barnsjuskötare, barnläkare, dietist och psykolog. Barnen kom med remiss på grund av något problem t.ex. allergi, astma, fetma eller långvarigt magont. På mottagning hade de även ett laboratorium. Under dessa fyra veckor fick jag vara med på många provtagningar, på läkarmottagningen, spirometrimätningar och pricktest, dietistbesök samt sjukskötermottagningen. Personalen på Viskan bemötte mig professionellt och tog väldigt bra emot mig. De brukar inte ha så ofta studerande på mottagning så de var ivriga med att lära mig ny kunskap. Min handledare hade även ordnat dagar till mig då jag fick se olika avdelningar inom barnsjukvården så att jag skulle få en bredare bild av öppenvården i Borås. En dag fick jag vara med en uroterapeut, en dag med en skolhälsovårdare, en dag på BVC (barnrådgivning) samt på en dagsjukvårdsavdelning, där jag även fick vara med då lumbalpunktion gjordes.

Alla dagar fick jag lära mig massor av nya saker gällande barnhälsovård och varje gång var jag överraskad över hur mycket man kan lära sig under endast en dag. Barnmottag-

ningen lärde mig mycket om barns vanligaste hälsohinder men det viktigaste som jag lärde mig där var bemötande av barn. Alla sjukskötare hade lång arbetserfarenhet inom barnsjukvården så det var väldigt lärorikt att varje dag se hur erfarna sjukskötare bemöter olika barn med olika behov.

Praktik inom primärvården

Den andra praktiken var inom primärvården på Herkules vårdcentral. Under tre veckor lärde jag mig mycket om hur vårdcentraler i Sverige fungerar. Jag lärde mig mycket nytt om öppenvården och fick ta olika laboratorieprover, ge vacciner, lägga om sår, spola öron, vara med på läkarbesök, på diabetesskötarens besök samt på hembesök. Jag fick även vara med i rehabilitering, barnrådgivning samt en kväll på den jourhavande vårdcentralen. Också personalen på Herkules tog riktigt väl emot mej och en av många fördelar där var att jag fick vara med många olika sjukskötare och på så sätt lärde jag mig många olika sätt på hur olika svåra situationer kan tacklas.

Akutvårdskurs

Sista kursen som jag hade på högskolan hette Vårdande bedömning och omhändertagande vid plötslig sjukdom och ohälsa. I denna akutvårdskurs lärde jag mig att bedöma samt vårda patient med plötslig sjukdom och ohälsa enligt A, B, C, D, E -modellen samt rapportera om situation vidare till läkare enligt SBAR -modellen. Kursen innehöll lektioner i form av film, grupparbete, seminarium och simulering med avancerade vårddockor som talade och styrdes av lärarna. Speciellt situationen med dockorna som hade vitalfunktioner och som kunde kommunicera med dig som vårdare, var nytt och också väldigt utmanande för mig. Jag var väldigt nervös när vi övade första gången i simuleringen. Vi studerande övade ensamma i akuta situationer med "patienten" och vi måste tala i mikrofonen och övningen blev även filmad. Fast simuleringsövningarna var väldigt skrämmande i början, lärde jag mig mycket och jag blev mycket modigare under simule-

ringen. Känslan när jag klarade min simulationsexamination och fick godkänt i kursen var underbar. Kursen var faktiskt en av de mest krävande som jag har haft men samtidigt ett väldigt bra tillfälle att utvecklas yrkesmässigt och personligt.

Utbyte som upplevelse

Fritiden i Borås använde jag mestadels till att umgås med mina nya vänner. Vi åkte till Göteborg många gånger, som var endast en timme från Borås. Jag fick också familj och vänner på besök från Finland och hade även tid att åka till Köpenhamn och Oslo med vänner.

Hela utbytesterminen var en väldigt speciell och lärorik upplevelse som är svår att förklara för människor som inte själva har upplevt liknande. Under ett halvt år lärde jag känna nya människor som snabbt blev som en familj för mig. Jag lärde mig att leva i ett nytt land och i en ny stad på ett språk som inte är mitt modersmål. Jag lärde mig att studera i en ny skola samt praktisera som en yrkesperson i en helt ny omgivning. Men den största saken är att jag byggde upp ett helt nytt liv för mig som i slutet var väldigt svårt att lämna när det väl blev dags att åka hem. Man hör ofta hur utbytet är en av den bästa upplevelsen som man kan ha och det låter nästan som en kliché. Men i själva verket är det riktigt sant. Man lär sig även mycket om sig själv när man ensam blir utsatt för en ny miljö och allt omkring en är nytt, speciellt människorna och vardagen.

Livet under utbytesterminen är ofta lite lättare, lite positivare samt gladare och det känns att man även ler bredare samt skrattar högre. Nu när jag är tillbaka i vardagen är utmaningen att försöka hålla fast i den glada energin som utbytet gav mig. Jag kan varmt rekommendera utbyte till alla som är färdiga att lära sig massor med nytt, speciellt om sig själv.

Författaren

Pilvi Lehtinen
Studera, Novia, Åbo

GDPR (General Data Protection Regulation) - Dataskyddsförordningen

Dataskyddsförordningen trädde i kraft 25.5.2018 och gäller i hela EU. Förordningen finns till för att ännu starkare skydda privatpersoners uppgifter. Personuppgiftslagen ser till att individen lättare ska få veta hur hens uppgifter behandlas, av vem och hur man blir glömd/raderad ur t.ex. en förening.

SFF uppdaterar sin registerbeskrivning samt dataskyddsbeskrivning enligt nuvarande förordning och lag. För tilläggsinformation kontakta sekretariatet: anne.nylund@sffi.fi



Stiftelsen för sjukskötartutbildningen i Finland's stipendier för vårdvetenskaplig forskning och utvecklingsprojekt inom vårdarbetet kan sökas 1.8.–31.8.2018. Mera information och ansökningsanvisningar finns på stiftelsens webbsidor: www.shks.fi

Stiftelsen för sjuksköterskeutbildning
Styrelsen

Styrelsenytt

- stipendier för föreningens Studiedag 2018 har beviljats.
- styrelsen har beviljat stipendier för olika ändamål.
- i Studiedagen 2018 deltog 112 personer.
- feedbacken från Studiedagen var god och speciellt uppskattades att Studiedagen arrangerades som ett endagars evenemang.
- fyra ansökningar gällande stipendiet för utbildningen till Silviasjuksköterska inkom.
- föreningen har ej möjlighet att arrangerar ett teaterevenemang till musikalen Chess på Svenska Teatern i Helsingfors. Detta pga allt för snäv tidtabell.
- Studiedagen 2019 arrangeras i Ekenäs den 29 mars 2019.
- fullmäktigemöte 2019 arrangeras i Ekenäs den 30 mars 2019.

Viktiga datum 2018!

- 23.8.2018 deadline för material till Vård i fokus 3/2018
- 13.9.2018 styrelsemöte
- 12–13.10.2018 styrelsemöte + planeringsdagar

Styrelsen önskar alla en skön sommar!

Sekretariatet har stängt:

9.7–29.7.2018.

Glad sommar!

Sjuksköterskeföreningen i Helsingfors med omnejd

20.9.2018 kl. 18.00, **medlemskväll** på Annegatan med tema "Sjuksköterskeföreningen 120 år". Därtill bjuds det på musik med tilltugg och trevlig samvaro.

25.10.2018 kl. 18.00, **medlemskväll** på Annegatan. Föreläsning av MD, hypnosterapeut Markus Sundblom: Suggestionskänslighet och dess betydelse för hälsa och sjukdom.

29.11.2018, **julfest** på Annegatan. Boka datumet redan nu, närmare information i höst.

Sjuksköterskeföreningen i Mellersta Österbotten

7–9.12.2018, **medlemsresa** till Tallin tillsammans med vår systerförening i Vasa. Vi åker från Helsingfors med Eckeröline och bor på Hotel Ilmarine. Ev. besök på museum, julmarknad och shopping och fritt program. Gemensam middag på kvällen. Bindande anmälningar senast 20.10 tas emot av Marice Nedergård via sfvasa@netikka.fi eller tele: 050 3504411. Riktgivande pris ca. 250 €/pers. Transport från Jakobstad ordnas. Mer om resan finns under Vasa föreningens info.

På hösten ordnas en **föreläsning** om stresshantering med Johanna Hjulfors på Gourmetkaféet Manna i Larsmo. Mera info kommer senare.

Samarbete med Arbis i Jakobstad under hösten. Mera info om vilka föreläsningar som erbjuds kommer på hösten.

Styrelsen önskar alla medlemmar en underbar sommar!

Sjuksköterskeföreningen i Sydösterbotten

Vi önskar alla våra medlemmar en skön och avkopplande sommar!

Sjuksköterskeföreningen i Vasa

26.9.2018 kl. 18.00, **medlemskväll** med temat "Ta hand om din hälsa" i Soldathemmet på Kasernområdet i Vasa. Kika's Lifestyle & Spa berättar om naturliga skönhetsbehandlingar och användning av naturliga hud- och hårvårdsprodukter. Margareta Östergård och Liisa Pirkkola berättar om självundersökning av bröstet. Servering. Anmälan senast 20.9 till sfvasa@netikka.fi eller tele: 050 3504411. Välkomna!

7–9.12.2018, **medlemsresa** till Tallin tillsammans med Sjuksköterskeföreningen i Mellersta Österbotten. Vi startar tidigt på fredagmorgon 7.12 från Jakobstad och samlar upp deltagarna längs riksåttan söderut. Rutt och tidtabell meddelas senare. Eckeröline's fartyg Finlandia avgår från Helsingfors kl. 15.15. Incheckning på Hotel Ilmarine. Kvällen fri för Tallinns nöjen. Lördag 8.12. program i Tallin enligt gruppens önskemål. Besök t.ex. på museum, ölbryggeri, julmarknad, shoppingcenter t.ex. Rocca Al Mare mm. På kvällen äter vi gemensam middag på något trevligt ställe. Söndag 9.12 finns det ännu tid för shopping i Tallin. Kl. 12.00 avgår Eckeröline från Tallinn. Ankomst till Helsingfors kl. 14.15. Hemresan påbörjas och vi är i Vasa ca kl. 20.30–21.00 beroende på föret. Föreningen sponsorerar sina medlemmar med 50 €. Resans pris om vi är 25 betalande personer: 268 € - 50 € = 218 €/medlem. Om vi är

35 betalande personer 240 € - 50 € = 190 €/medlem. I priset ingår: bussresa i helturistbuss, båtbiljetter tur/retur, två nätter i delat tvåbädds rum på Hotel Ilmarine, 2 x frukost. Priset för gemensam middag (ca 20–25 €) på lördagen tillkommer. Vi önskar att ni gärna anmäler ert intresse så snabbt som möjligt, så att vi vet om resan blir av och att vi kan fortsätta reseplaneringen. Bindande anmäl senast 20.10 till sfvasa@netikka.fi eller tele: 050 3504411 och resans pris inbetalas till föreningens konto FI62 2052 2001 0063 10 senast 31.10.

Styrelsen önskar våra medlemmar en avkopplande och solig sommar! Välkommen med i höstens verksamhet!

Sjuksköterskeföreningen i Västra Nyland

Vi önskar alla en riktigt skön sommar!! Vi skickar ut information även per e-post. Har du inte fått information via e-post så vänligen meddela katarina.ekberg@outlook.com.

Sjuksköterskeföreningen i Åboland

27.9.2018 kl. 17.00, **föreläsning** om möten mellan olika kulturer i vården. Läkaren Valentina Oroza föreläser i Novias utrymmen på Henriksgatan 7. Valentina arbetar på "Turun ulkomaalaistoimisto" och är flyktingarnas enda egna läkare. Föreläsningen ordnas i samarbete med Tehys fackavdelning vid Åbolands sjukhus. Kaffe med semla serveras under föreläsningen. Anmälan senast 20.9 till monica.makila@gmail.com

17.11.2018, **julfest**, i år blir det en picknick-kryssning Åbo-Mariehamn. Vi avnjuter en champagne frukost och äter julbuffe. Shopping och avslappning i gott sällskap. Reservera datumet redan nu, det finns begränsat med biljetter. Mera info om picknick-kryssningen kommer senare i denna tidning, på hemsidan och som reklam via e-post.

17.2.2019 kl. 14.00, **teaterresa** till musikalen Chess. Sätt datumet i er kalender. Föreningen står för resan samt ett reducerat biljett pris. Mera info kommer senare.

Vi önskar er alla en riktigt skön sommar !

Sjuksköterskeföreningen på Åland

Styrelsen arbetar med aktiviteter inför hösten. Mera info kommer, men harni förslag på aktiviteter ni önskar tar styrelsen gärna emot förslag. Föreningens e-post aland@sffi.fi fungerar inte mera. Mera info senare om ny e-post adress.

Styrelsen önskar alla en skön sommar.

Sjuksköterskeföreningen i Östra Nyland

18.8.2018, **kryssning** med M/S J.L. Runeberg från Helsingfors till Borgå. Båten startar kl. 10–13.20. Vi åker med taxi från Lovisa, via Borgå och Söderkulla till Helsingfors. Taxin avhämtar från Borgå kl. 14. Resans pris är 35 € för medlemmar. Anmälningar till Benita Backman tele: 040 070 2845 senast 31.7.2018. Vi äter laxsoppa på båten!

23.11.2018 kl. 18.00, **julfest** på Savijärvi gård, mera info senare.

Styrelsen och fullmäktige 2017–2020

Styrelsen

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

Fullmäktige

SF i Helsingfors	Carola Aspholm-Backman, Liljendal Nette Kumlin, Helsingfors Hanna Lindquist, Helsingfors Marit Råman, Helsingfors
SF i Mellersta Österbotten	Annica Haldin, Jakobstad Marica Hinders, Nykarleby Sissel Lövsund, Jakobstad Ann-Kristin Svenlin, Bosund
SF i Sydösterbotten	Nancy Westerlund, Pjelijax Rose-Marie Holmberg, Tjock
SF i Vasa	Lisbeth Fagerström, Vasa Camilla Kamila, Vasa Gunilla Hallvar-Hudd, Vasa Ann-Helén Sandvik, Vikby Helena Svahn, Iskmo
SF i Västra Nyland	Anna Lindbom, Ekenäs Henrita Fagerström, Ekenäs Terese Lindholm, Ekenäs
SF i Åboland	Charlotta Liesipuro, Åbo Monica Drugge-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 (inte personnummer): _____

Näradress: _____

Postnummer och -anstalt: _____

Mobiltelefon: _____ E-post: _____

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

Sjukskötare	år _____	Hälsovårdare	år _____
Barnmorska	år _____	Hälsovårdsmagister	år _____
Förstavårdare	år _____	Anna examen, vilken:	_____ år _____

Jag vill höra till regionalföreningen i: _____

Ort och datum _____ den ____ / ____ 20____

Underskrift _____

Ändringsanmälan

Namnändring Adressändring Utträde

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