

VÅRD I FOKUS

SJUKSKÖTERSKEFÖRENINGEN I FINLAND RF  1/19





VÅRD I FOKUS nr.1

årgång 36
mars 2019

Organ för Sjuksköterske-
föreningen 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

Pärbilden:

Adobe Stock Photos

ISSN 0781-495X



Innehållsförteckning

- 03 • **Ledare:** Annika von Schantz
- 04 • **Förändra och utveckla arbetsverkligheten i en anda av gemenskap och samarbete,** Martin Byggmästar Nea Lähteenmäki Mari-Anette Rönnlund Pia Liljeroth
- 09 • **Annons:** Linköpings Universitet
- 10 • **Annons:** Arcada
- 11 • **Ledarskap som befrämjar arbetshälsa och en arbetsmiljö där personalen utgör den viktigaste resursen,** Mikaela Engvall Ann-Christin Finnilä Betty Helander Sara Hermansson Martina Laine Malin Nenonen Jenny Silfver Anders Snellman Marianne Westerlund Pia Liljeroth
- 17 • **Annons:** Åbo Akademi
- 18 • **Ethics in Dementia Care,** Annika Ahläng
- 22 • **24th Nordic Congress of Gerontology 2-5.5.2018 i Oslo,** Sirku Säätelä
- 26 • **Att arbeta på en klinisk undervisningsavdelning,** Veronica Holmström
- 30 • **Erfarenheter av utbildningsexport: Nursing Programme Shanghai-Karley,** Maria Björkmark Timo Kinnunen
- 34 • **Med nyfödd baby på hotell,** Anne Nylund
- 36 • **New Insights in Rare Gynaecological Malignancies and ENGAGE Patient Seminar 2018,** Eva-Maria Strömsholm
- 40 • **"CHECK, CALL 112, PUSH"- Återupplivningsprojekt med Novia och Vasa centralsjukhus,** Jessica Nybacka
- 43 • **Stipendier**
- 44 • **Jag är ju en mamma ändå! En artikel om intrauterin fosterdöd,** Marie Jorpes Jasmin Koivisto Johanna Sandberg Eva Matintupa
- 48 • **Maiju Björkqvist tilldelas Queen Silvia Nursing Award i Finland 2018**
- 50 • **Do something, sister! Gör någonting, syster! Del 9,** Kinge Berglund
- 10 • **Annons:** Novia
- 56 • **Utlandspraktik i Lycksele, Sverige,** Thanh Dinh
- 58 • **Rapport - Utlandspraktik i Danmark,** Alexandra Lindholm
- 60 • **Regionala föreningar**
- 61 • **Styrelsenytt**
- 62 • **Styrelsen och fullmäktige 2017-2020**
- 63 • **Ansökan om medlemskap**

Vården i fokus



Under skrivande stund går debatten het i alla medier om brister i äldreomsorgen. Redan Aristoteles ansåg att ett samhälles moral mäts i hur man tar hand om sina yngsta och äldsta. En rättsstat skall praktisera etiska och moraliska värderingar i vardagen. Dock har de yngsta och äldsta minst makt i samhället.

De politiska partierna beskyller varandra för att inte bry sig om de äldre i vårt samhälle. Jag påstår ändå att äldreomsorgen har negligerats i tiotals år, minst. Då jag gjorde mitt första praktikavsnitt i min sjukskötarutbildning i slutet av 1970-talet, blev jag chockad över hur uruselt äldreomsorgen behandlades. Finland har haft otaliga regeringar som successivt har valt att inte satsa på den offentliga äldreomsorgen.

Den offentliga barnsjukvården fick en guldmedalj tack vare Mirja Pyykkös dokumentärfilm 1982 som väckte det finska folkets vilja att se till att samhällets yngsta får en god vård. Som en följd av detta grundades Lastenkliniikkien Kuummit ry som idag bekostar en stor del av barnsjukhusens apparatur och ser till att barnen och deras familjer har det drägligt på sjukhusen. Det fanns inte heller politisk vilja att bygga det Nya Barnsjukhuset utan det krävdes en insamling som startades av ideella krafter och det krävdes stora privata donationer.

Ingen vill betala för äldreomsorgen, inte stat eller kommuner, inte ens de anhöriga eller de äldre själva. Den politiska viljan är att man skall bo hemma till livets slut vare sig man vill det eller

inte. Hemma mot sin vilja blir resultatet för många äldreomsorgen eftersom hemsjukvårdarna är minst lika hårt belastade som vårdarna i vårdhem. Kommunerna köper upp platser för de äldsta, som trots allt inte kan bo hemma, genom strikt upphandling. Serviceproducenterna uppmanas tävla om kostnadseffektivitet, kund- och personalnöjdhet. Vid upphandlingen poängsätts kostnaderna till 90 % och kvaliteten till 10 %. De stora jättarna kan hålla priserna på en låg nivå.

Lösningen är inte så enkel som höjning av bemanningsdecimalen eller antalet händer. Givetvis skall det finnas tillräckligt personal. Kvalitet i vården uppnås genom kunnig motiverad personal som har en stabil humanistisk värdegrund att stå på.

Äldreomsorgen behövs en attitydförändring både i vårt samhället och hos alla offentliga och privata arbetsgivare. Det behövs närvårdare och sjukskötare som är stolta över sina arbetsplatser och som vill utveckla vården av samhällets äldsta. Det behövs gott ledarskap, attraktiva arbetsplatser och uppskattning. Kvalitet måste få kosta något.

Jag anser att Finland behöver ”Seniorvårdens faddrar”, enligt konceptet Barnklinikernas faddrar, och ett ”Äldreomsorgsskyddsverk” så som Barnskyddsverket. Det behövs kunskap, etik och moral, så som i all hälso- och sjukvård där människan är i fokus.

När Vård i Fokus har kommit hem till er, kära medlemmar, är riksdagsvalet troligen över och vi har nya motiverade beslutsfattare, hoppas jag.

Njut av våren! ❖

ANNIKA VON SCHANTZ
ordförande

Förändra och utveckla arbetsverkligheten i en anda av gemenskap och samarbete

Martin Byggmästar Nea Lähteenmäki Mari-Anette Rönnlund Pia Liljeroth

Artikeln syftar till att lyfta fram nyckelfaktorer för att en ledare på ett framgångsrikt sätt kan få till stånd organisationsförändringar som leder till ökad effektivitet, samtidigt med ökad trivsel hos de anställda.



Inledning

Inom arbetet med social- och hälsovårdsreformen lyfts förändringsledarskapets betydelse inom alla nivåer av ledarskap fram. Ledarskapsutbildningar och ledarskapsrådgivning inom varierande referensramar växer kraftigt och konkurrerar om uppmärksamhet. Det är därför viktigt att särskilja spekulativa ledarskapsidéer från dem som är förankrade i teorier och undersökningar.

Vi grundar oss på artiklar som tar upp faktorer gällande ledar-

skap som anses centrala i olika slag av förändrings- och utvecklingsarbete. Vi utgår också från en metod som används inom branscher i förändring, denna metod arbetar med förändrings scenarier. Kahane (1) kallar metoden för "Transformative scenarioplanning" och i artikeln visas hur han och hans medarbetare arbetat fram metoden och tillämpar den i olika skeden i förändringsledning. Framtidsscenarioarbetet skall inte enbart leda till att framtiden kan förstås utan arbe-

tet skall också påverka framtiden.

Vårt resultat presenteras som en "modell för ledare inom en social- och hälsovård i förändring". Denna modell kan främst vara till nytta för dem som har en formell eller informell ledarposition inom olika slag av organisationer (2). Organisationskulturen och ledarskapet påverkar arbetsverkligheten inom social och hälsovård. Betydelsen av en stark organisationskultur och ett effektivt ledarskap ses som en förutsättning också inom andra verksamheter (3).

Ledarskap med fokus på vision och arbetshälsa

I denna artikel studeras ledarskapsteorier som på ett meningsfullt sätt kunde tillämpas inom social- och hälsovård i förändring. Nyckelfaktorerna ligger i transformativt ledarskap, även kallat förändringsledarskap. Transformativt ledarskap är därför en viktig grundpelare i vårt resonemang.

De fyra ledarskapsperspektiv: det politiska, HR (Human Resources), symboliska och strukturella, som Bolman och Deal (4) tar upp i sin bok om teoretiska perspektiv på organisation och ledarskap ser vi att alla är meningsfulla att använda sig av på ett integrerat sätt. De betonar att en integrerad syn på dessa perspektiv är en nödvändighet för att framgångsrikt kunna leda en organisation. Vi poängterar också faktorer som studier i hälsofrämjande och värdebaserat ledarskap tar upp. De anställda anses vara organisationens viktigaste resurs också i ett HR-perspektiv (4).

Inom förändringsledarskapet är det viktigt att undersöka strategins relevans inom vård och omsorg (5). Willcocks lyfter fram att den offentliga sektorn i Storbritannien har varit föremål för många och olika struktur- och ledarskapsförändringar. Dessa förändringar har ofta varit starkt influerade av privata sektorn. Liknande förändringar ser vi i Finlands pågående hälso- och sjukvårdsreform. Willcocks tar vidare

upp att strategiskt ledarskap inte är en snabb lösning, snarare något som ska implementeras i hälso- och socialvårdsorganisationers kultur. Multiprofessionalism och ledarskap ska stärkas på alla nivåer inom social- och hälsovården. För att ledarskapet ska vara strategiskt ska ledarnas organisatoriska perspektiv vara brett och inte fokuserat på detaljer (5).

Organisatorisk hälsa

Orvik, Dellve och Eriksson (6) menar att organisatorisk hälsa och värdebaserat ledarskap är viktiga ingredienser för att få bukt på hälsoutmaningarna inom organisationer. Organisatorisk hälsa innebär att man fokuserar på organisationens förmåga att hantera spänningar mellan olika värden, t.ex. genom att på bästa sätt ta hänsyn till krav på effektivitet och arbetstillfredsställelse.

Hälsofrämjande eller värdebaserat ledarskap innebär att ledaren lyckas skapa en hälsosam kultur inom organisationen, där arbetsplatsens värderingar motiverar de anställda och där en dialog om de delade värdena förs. Det är slitsamt för arbetshälsan om personalen är tvungen att arbeta emot sin egen värdegrund. Om en ledare är förbunden till att arbeta för en organisatorisk hälsa, vågar denna ledare erkänna och granska de värdekonflikter som uppstår, vilket kan leda till att värdekonflikterna löses. Sådant som stärker personalen är t.ex. att de kan arbeta enligt personliga

värderingar, att de känner att de får ge vård av god kvalitet, att organisationsförändringar tar hänsyn till både effektivitet och vårdkvalitet samt att de anställda har goda arbetsvillkor (6).

Korac-Kakabadse et al. (7) tar i sin artikel upp andliga aspekter som kan föra med sig vision och entusiasm i en organisation. I texten poängteras att en del av lösningen på ledarens utmaningar skulle vara att som ledare närma sig situationer med acceptans, medgivande, lyssnande och ödmjukhet, istället för kontroll, effektivitet och kompetens (4, 7).

Transformativt ledarskap

Transformativt ledarskap är en framgångsrik ledarskapsteori som enligt resultat från tidigare gjorda undersökningar påvisar ett positivt resultat för flera företag gällande prestationer, effektivitet och medarbetarnas innebörd i organisationen. Transformativt ledarskap betonar skapande av vision, gemensam målsättning, motivering av personal, personlig omtanke samt intellektuell stimulans (9). Dessa element är grundpelare för organisationer som genom förändring vill nå bättre prestationer och öka personalens välmående.

Transformativt ledarskap kan illustreras med fyra steg:

1. Skapande av en tydlig och inspirerande vision.
2. Väckande av engagemang och formande av visionen till ett gemensamt mål.

3. Handling och förverkligande av visionen.

4. Bibehållande av engagemang och fortsatt utveckling.

I modellen som Kouzes och Posner presenterar betonas dessutom att metoder som används skall utmanas och att andra bör ges möjlighet att agera (10, 11).

Medarbetare uppvisar högst organisationsengagemang då ledaren formulerar visionen, främjar gruppsmål och tillhandahåller intellektuell stimulans, enligt Joo, Yoon och Jeungs (9) studie. Det framkommer även att det är viktigt att hjälpa förmän att förändra sitt ledarskap till ett mera transformativt ledarskap genom att erbjuda dem relevanta utbildningsprogram och utvecklingsrelationer, såsom mentorskap och coachning. Mentorskap handlar om att bygga en relation mellan en mentor och en adept. En mentor är någon med erfarenhet och kunskap inom ett särskilt område och som genom sitt intresse för andra människor kan fungera som förebild och rådgivare (12).

Arbetsplatser som använder sig av transformativt ledarskap skapar en arbetsplats där det finns en känsla av tillit, samarbete, självsäkerhet, delat ansvar och organisatoriskt ansvar (11). Xu, Caldwell, Glasper och Guvara (13) diskuterar i sin artikel det faktum att tilliten till dagens ledare och organisationer har minskat stadigt under de senaste decennierna.

Ledaren kan även förstärka motivationen bland arbetstagare genom att tala optimistiskt om framtiden, entusiastiskt tala om saker som måste bli gjorda och troget tala om att nå de mål som är satta för verksamheten (13). Transformativa ledare är dessutom effektiva eftersom de är medvetna om deras medarbetares betydelse för att nå goda resultat. Soane et al. (14) studie visar att effektiva ledare presterar bättre. Även Raos och Abduls (8) studie tyder på att transformativt ledarskap har direkt positivt förhållande till teamets prestation.

De viktigaste aspekterna i ledarrollen involverar gruppaktiviteter som hanterar förändringar (15). Ledaren skall ge möjligheter åt personalen och strukturera den förändring organisationen står inför, samt förse personalen med det stöd och resurser som krävs vid förändringar (16).

Att visionera - scenarioplanering

”Transformativ scenarioplanering” används inom det transformativa ledarskapet för att tillsammans förändra framtiden. Det är en möjliggörande metod som innebär att människor ska försöka förändra framtiden tillsammans i stället för att anpassa sig till en situation (17). Det här nya arbetssättet används av s.k. ”transformativa scenarioplaneringsteam”. Genom dessa team ska man kunna tackla svåra utma-

ningar i vår tid, t.ex. social- och hälsovården och den ekonomiska utvecklingen. Under många år har Kahane (1) utarbetat en femstegsprocess för hur man kan arbeta med förändringar i arbetsteam med hjälp av denna metod. Man inleder med att sammankalla ett team från hela systemet, i följande skede observeras vad som händer, i det tredje skedet konstrueras historier/visioner om vad som kan hända, i det fjärde upptäcks vad som kan och bör göras och i det femte och sista steget agerar man för att förändra systemet.

Transformativ scenarioplanering närmar sig problemen långsamt och strävar efter att förändra från insidan av en organisation. Under de fem stegen ändras de medverkandes förståelse, relationer, intentioner och därigenom deras agerande gradvis. Under processen flödar förändringen vidare från de enskilda ledarna till scenarioteamet, vidare till organisationen och det större sociala systemet (1).

Ledaren som initierar en sådan här förändringsprocess, kan samverka i nätverk för att skapa ett team (särskilt i processens början) och alliera sig med personer från andra delar av systemet (1). De ledaregenskaper som behövs i transformativ scenarioplanering kan delvis jämföras med de egenskaper som Bolman och Deal (4) tar upp i det politiska perspektivet. Denna ledare har en förmåga att sätta en agenda, att nätverka,

förhandla, diagnosticera politiska realiteter samt göra effektiva och etiska val. Den politiske ledaren kan fatta beslut och fördela resurser i ett sammanhang av knappa resurser och motstridiga intressen. I det symboliska perspektivet är dock en viktig målsättning att skapa en kultur där organisationens medlemmar blir ett sammanväst team med samma mål, mening och själ. Kulturen håller samman organisationer och samlar människor med gemensamma värderingar och övertygelser (4).

Effektiva ledare presterar bättre (14). Ledaren kan även förstärka motivationen bland arbetstagarer genom att tala optimistiskt om framtiden, entusiastiskt tala om saker som måste bli gjorda och troget tala om att nå de mål som är satta för verksamheten (13).

Modell för ledare inom en social- och hälsovård i förändring

Som ett slutresultat från granskningen och sammanfattningen av studierna ovan presenteras här en modell för nyckelfaktorer i att leda förändring. De sju nyckelfaktorerna är sammanställda i en 7-stegsmodell och illustrerade i form av en trappa. Modellen kan användas som en manual för ledare som står inför organisationsförändringar. Modellen innefattar praktiska råd som konkretiserar manualen. Nedan presenteras sju nyckelfaktorer för förändringsledare:

1. Skapa och visa vägen. Ett tyd-

ligt ledarskap med klara strukturer undviker kaos i förändringsprocessen. Ledaren utvecklar sin självkänedom och är mån om egna värderingar och livsregler. Ledaren formulerar visioner, talar optimistiskt om framtiden och entusiastiskt om det som måste åtgärdas och utföras. Regelbundna personalmöten hålls för att hålla personalen involverad och delaktig i processen.

2. Inspirera till ett gemensamt mål. Ledaren väcker engagemang och formulerar visionerna till ett gemensamt mål, så att personalen känner att förändringen innebär att organisationen är på väg i rätt riktning. En årlig utvecklingsdag för personalen ger t.ex. möjligheter för personalen att tillsammans dela visioner och fastställa målsättningar för verksamheten.

3. Stärk gemenskapen. Ledaren skapar en anda av gemenskap, respekt och tillit utvecklas i arbetsrelationerna. Ledaren är övertygad om medarbetarnas betydelse. Ledaren erkänner och granskar värdekonflikter som uppstår på arbetsplatsen och strävar efter att tillsammans hitta lösningar och samstämmighet i värdegrundsfrågor. Ledaren samverkar aktivt i nätverk för att bilda och utveckla team.

4. Motivera personalen. Ledaren ser personalen som en tillgång och en resurs att satsa på. Hen engagerar rätt person på rätt plats i rätt tid. Ledaren visar personlig omtanke genom att aktivt lyss-

na till personalen. Hen visar uppskattning för personalens insatser och firar framgångar. Ett sätt att främja personalens hälsa och visa uppskattning är att ge personalförmåner såsom motions- och kultursedlar.

5. Gör det möjligt för andra att agera. Ledaren delar makten, ger medarbetarna möjlighet att påverka och ger dem handlingsfrihet. Hen fokuserar på individuellt tillvägagångssätt och ger utrymme för praktisk assistans samt rådgivning. I utvecklingssamtal kan individuella behov och utvecklingsmöjligheter kartläggas.

6. Fortsätt utveckla. Ledaren erbjuder relevanta utbildningsprogram och använder olika utvecklingsrelationer såsom mentorskap och coachning för sin personal. Hen förser personalen med stöd och resurser som krävs för den förändring som genomförs. En annan viktig aspekt är att personalen erbjuds arbetshandledning. Ledare behöver tillräcklig kunskap om ledarskap och personaladministration.

7. Utmana metoder. Ledaren agerar för att förändra och utveckla. Ledaren vågar pröva på nya möjligheter och nya sätt att utvecklas. En kultur där man lär av misstag odlas. Ledaren stärker multiprofessionalism och ledarskap på alla nivåer inom organisationen. Ledaren förändrar organisationen från insidan, t.ex. med hjälp av transformativa scenarioplanningsteam.

Figur 1: Förändra och utveckla enligt 7-stegsmodellen.




Avslutning

Ur det politiska perspektivet betraktas organisationer som arenor för politiskt spel, där makt är den viktigaste tillgången. Enligt det politiska perspektivet växer mål och beslut fram genom förhandlingar, konkurrens och tävling om bra positioner. Politiskt ledarskap där makt, konflikter och konkurrens spelar en central roll kan däremot vara utmanande att sammanföra med de mjukare värden som tidigare presenterats i denna artikel (3). Därför vill vi i vår modell påpeka att grunden inte enbart kan finnas i ett perspektiv (3) utan en förändringsledare förstår och kan tillämpa element från ett hälsofrämjande, ett strategiskt, ett transformativt och ett värdeledarskap och anpassa det till organisationens situation och personalens behov.

Att växla mellan transformativa ledarskapets fyra element och olika ledarskapsperspektiv, anamma mjukare värden men samtidigt vara

en stark ledare som visar vägen, kan därmed anses som en grundförutsättning för att framgångsrikt leda organisationsförändringar.

Strategiskt och hälsofrämjande ledarskap lyfter fram tillräcklig kunskap om ledarskap, gemensamma värderingar i organisationskulturen och multiprofessionalism. Det transformativa ledarskapet står som grundpelare i vårt resonemang där visionskapandet och konkretisering av handlingar som för organisationen i rätt riktning. 

REFERENSER

1. Kahane A. Transformative scenario planning: changing the future by exploring alternatives (Internet). *Strategy & Leadership*. 2012; 40(5): 19-23. Hämtat från: <https://doi.org/10.1108/10878571211257140>.
2. *Leadership for Healthcare* (Internet). *Leadership in Health Services*. 2010; 23(3). Hämtat från: <https://doi.org/10.1108/lhs.2010.21123cae.002>.
3. Emami M. An investigation on leadership styles in different cultures. *Management*

Science Letters. 2013; 3(5): 1491-1496.

4. Bolman L, Deal T. Nya perspektiv på organisation och ledarskap. Lund: Studentlitteratur; 2012.
5. Willcocks S. Understanding strategy, change and leadership in UK health and social care (Internet). *Journal of Integrated Care*. 2011; 19(6): 23-32. Hämtat från: <https://doi.org/10.1108/14769011111191430>.
6. Orvik A, Dellve L, Eriksson A. Organisatorisk hälsa och värdebaserat ledarskap – Behovet av systemperspektiv för en hållbar styrning och ledning av hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2013; 90(6): 848-856. Hämtat från: <http://socialmedicinsk.tidskrift.se/index.php/smt/article/view/1083/877>.
7. Korac, Kakabadse N, Kouzmin A, Kakabadse A. Spirituality and leadership praxis (Internet). *Journal of Managerial Psychology*. 2002; 17(3): 165-182. Hämtat från: <https://doi.org/10.1108/02683940210423079>.
8. Rao A, Abdul W. Impact of transformational leadership on team performance: an empirical study in UAE (Internet). *Measuring business excellence*. 2015; 19(4): 30-47. Hämtat från: <https://doi.org/10.1108/MBE-07-2014-0022>.
9. Joo B, Yoon H J, Jeung C-W. The effects of core self-evaluations and transfor-

mational leadership on organizational commitment (Internet). *Leadership & Organization Development Journal*. 2012; 33(6): 564–582. Hämtad från: <https://doi.org/10.1108/0143773121253028>.

10. Haglund A. Transformativt ledarskap (Internet); 2016. Hämtad från: www.astrakan.se/transformativt-ledarskap/.
11. Gabriele E. The Tradition of Mentoring Part II: Leadership and Mentoring in the Culture of Healthcare. *Journal of Research Administration*. 2010; 41(2): 61–73.
12. Notgrass D. The relationship between followers' s perceived quality of relationship and preferred leadership style (Internet). *Leadership & Organization Development Journal*. 2014; 35(7): 605–618. Hämtad från: <https://doi.org/10.1108/LODJ-08-2012-0096>.
13. Xu F, Caldwell C, Gasper K, Guevara L. Leadership roles and transformativ
14. Soane E, Butler C, Stanton E. Followers' personality, transformational leadership and performance (Internet). *Sport, Business and Management: An International Journal*. 2015; 5(1): 65–76. Hämtad från: <https://doi.org/10.1108/SBM-09-2011-0074>.
15. Al-Sawai A. Leadership of healthcare professionals: Where do we stand? *Oman Medical Journal*. 2013; 28(4): 285.
16. Karim B, Mills J, Calvert E, Ryckman M. Transformational Leadership at point of care: Approaches and outcomes in a long-term care setting. *Canadian Nursing home*. 2017; 28(1): 4–7.
17. Cooke M, Walker R. Research, transformativ

translation: a successful formula (Internet). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013. Hämtad från: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12027>.

FÖRFATTARNA

Martin Byggmästar

Akutvårdare YH, högre YH-studerande, Yrkeshögskolan Novia

Nea Lähteenmäki

Sjukskötare YH, högre YH-studerande, Yrkeshögskolan Novia

Mari-Anette Rönnlund

Socionom YH, högre YH-studerande, Yrkeshögskolan Novia

Pia Liljeroth

Överlärare, barnmorska, PD, Yrkeshögskolan Novia

Universitetslektorer och adjunkter i Omvårdnad

Vi söker dig som vill vara med och utbilda framtidens sjuksköterskor och forskare tillsammans med oss!

→ Mer information på liu.se/jobba



Vid Linköpings universitet har vi för vana att tänka nytt. Att ständigt utmana oss själva har varit vår starkaste drivkraft sen 1975. Nu planerar vi för fler framsteg - i ditt sällskap. Välkommen!





REDO ATT VÄXA I DIN YRKESROLL?

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

Arcada erbjuder i år två högre yrkeshögskoleutbildningar (master): **Det sociala området** och **Hälsofrämjande**. Utbildningarna riktar sig till dig som vill ta nästa steg i din karriär och arbeta med expert-, utvecklings- och ledaruppgifter.

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

Ledarskap som befrämjar arbetshälsa och en arbetsmiljö där personalen utgör den viktigaste resursen

Mikaela Engvall Ann-Christin Finnilä Betty Helander Sara Hermansson Martina Laine
Malin Nenonen Jenny Silfver Anders Snellman Marianne Westerlund Pia Liljeröth

Än idag kan man läsa artiklar om företag, där personal inte betraktas som den viktigaste resursen i företaget. Hur är det möjligt, då det är bevisat att det som satsas på välmående betalar sig mångdubbelt tillbaka? Arbetsplatsens viktigaste resurs är beständigt funktionsduglig, motiverad och effektiv personal. Effektivitet i denna bemärkelse innebär inte att företaget någon månad tar allt, medan man sedan väntar på att de utbrända återvänder från sina sjukledigheter.



Inledning

Ledarskapet i vården påverkar samarbetet, personalens välbefinnande, engagemang och professionella utveckling samt atmosfären på arbetsplatsen och därmed påverkar den vårdkvaliteten (1, 2, 3). Inom social- och hälsovård är det viktigt att personalen mår bra för att orka ta hand om andra.

I denna artikel är tre olika texter bearbetade och sammanförda.

Den ena handlar om vårdens moderna ledarskap som ger arbetsglädje och förbättrad arbetsmiljö, skriven av Finnilä, Snellman och Helander. Den andra texten går in på hur ledarskapet medverkar till en hälsofrämjande arbetsmiljö, skriven av Nenonen, Hermansson och Engvall. Den tredje texten tar fasta på hur ett närvarande ledarskap kan ge bättre verktyg för stresshantering, skriven av Laine, Silfver och Westerlund.

Vi har utgått från hälsofrämjande ledarskap, delat ledarskap, pedagogiskt ledarskap, transformativt och transaktionellt ledarskap. Förenande i dessa är betoningen på kommunikation och samarbete och ett närvarande ledarskap för att skapa arbetsglädje och förbättra arbetsmiljön på arbetsplatsen. Arbetsglädje och förbättring av arbetsmiljön är eftersträvarvärt i en hektisk social- och hälsovård.

Hälsobefrämjande ledarskap

Inför vårdreformen har Outi Jolanki m.fl. (4) gjort en undersökning där man lyft fram betydelsen av samarbete och kommunikation för att få ett fungerade system inom social- och hälsovården. Speciellt viktigt är det att redan inom ledarskapet på mikronivå stärka dessa faktorer på enheterna så att det avspeglar sig på alla nivåer i organisationen.

Ledarskapet har en stor betydelse för vårdens kvalitet och för vårdpersonalens välmående. Det syns i arbetet som görs, inställningen till arbetet och i själva vården. Ledarskapet i Finland inom social- och hälsovården har kritiserats för att vara för stelt och byråkratiskt, med en centrerad hierarki med avgränsade områden inom makt, ansvar och verksamhet. Därför anses det viktigt att arbeta med ett hälsofrämjande ledarskap, vilket kan bidra till en bättre arbetshälsa och eventuellt förlänga arbetskarriären. Då man utvecklar hälsofrämjande ledarskap så är det viktigt att beakta vårdpersonalens förväntningar och tankar kring ledarskapet (1).

Inom ledarskap behövs kunskap i att agera balanserat emot motstridiga politiska och organisatoriska krav, på samma gång som det behövs en självständighet i beslutsfattanden inom organisationen. Eftersom införandet av marknadsreformer även gäller hälso- och sjukvården står vårdledare inför stora utmaningar. Fokus

på rationaliseringar, kundnöjdhet, konkurrens och systematiska kvalitetsbedömningar har ökat, samt kraven på effektivitet och motstridiga krav på ledningsansvaret. Detta leder till ökade spänningar och stress i arbete (5).

Hälsofrämjande arbetsmiljö - ledningens och medarbetarnas ansvar

Arbetshälsa, att orka i arbete, att upprätthålla motivationen och att skapa en inspirerande atmosfär är ord och uttryck man ofta förknippar med en hälsofrämjande arbetsplats. I olika utbildningar, anvisningar, bloggar och seminarier diskuteras detta. Dessutom krävs det en rad olika dokument, med vilka man bevisar att allt är väl på arbetsplatsen. Inget av detta förverkligas om inte ledningen själv fullständigt förbinder sig till att ta hand om sin personal.

Hälsofrämjande arbetsmiljöfaktorer är öppen kommunikation, ömsesidighet och tillit, verksamhetsnära ledning, goda arbetsförhållanden och en god psykosocial arbetsmiljö, arbetsnärvaro, reflektion, lärande, arbetsorganisationens tydliga riktlinjer och framför allt ett hälsofrämjande ledarskap. Harlid & Bjerstam (6) beskriver att i begreppet hälsofrämjande ingår att utgå från ett personcentrat förhållningssätt för att stärka hälsan hos individen så att hen ges bättre förutsättningar att hantera hen kontext den befinner sig i. En välmående arbetstagare presterar bättre i sitt arbete.

Det är viktigt att skapa en arbetskultur där var och en har rätt, men även skyldighet, att ta hand om sitt eget välmående. I en sådan arbetskultur råder en öppen kommunikation. I arbetsamfund, där kommunikationen inte är öppen vågar man inte uttala sig innan det redan är för sent.

Även Strömngren, Dellve och Eriksson (3) anser att viktiga hälsofrämjande arbetsmiljöfaktorer är: ett starkt socialt kapital i form av erkännande, ömsesidighet och tillit mellan människor, ett verksamhetsnära ledarskap samt verksamhetsnära utveckling. De lyfter även fram arbetsförhållanden som en faktor för ett hälsofrämjande arbete. Arbetsförhållanden påverkar medarbetarnas hälsa, arbetsmotivation och arbetsinsats. Goda arbetsförhållanden främjas genom en balans mellan resurser och krav i arbetet. Krav i arbetet är inte negativt för individen om de kan göras mer hanterbara med hjälp av tillräckliga resurser. När arbetsförhållandena präglas av en balans mellan resurser och krav kan effektiviteten säkerställas.

Arbetsrelaterad stress

Långvarig stress på arbetsplatsen kan resultera i ohälsa, ökad frånvaro och mindre motivation till att göra ett bra jobb, vilket leder till minskad produktion. Det viktigt att ledaren känner igen tidiga symptom på negativ stress på arbetsplatsen för att kunna förebygga och behandla stressen i tid. Ett led i fö-

rebyggandet är att minska hierarkin på arbetsplatsen och att främjar den psykiska hälsan (7, 8, 9, 10).

JDC-modellen (Job Demand Control) är en av de mest inflytelserika teorierna kring hur arbetsrelaterad stress uppstår. Den undersöker betydelsen av arbetsbehov och kontroll. Arbetsbehoven handlar om de psykologiska krav en anställd uppfattar, medan kontroll beskriver den subjektiva friheten att göra arbetsrelaterade beslut, samt skickligheten arbetstagaren använder i sitt arbete. Stress uppstår vid för höga krav samt för låg kontroll på arbetsplatsen (5).

Kunde såväl ledare som arbetstagare ta i bruk någon av de befintliga modellerna och verktygen för att kontinuerligt följa med arbetsrelaterad och personlig stress samt psykisk ohälsa (11)? Stress har konstaterats ha en mycket allomfattande inverkan på människans hälsa. Faktorer som idag ger stressymtom och kan leda till arbetsohälsa förändras ständigt i takt med att arbetslivet förändras och såväl medarbetares som ledares kunskap om och insikt i stressrelaterade fenomen borde ökas.

Projekt inom hälsofrämjande arbetsplatser med mål som fokuserar på faktorer som kan förändras har visat sig ha en inverkan på arbetsnärvaro på lång sikt. Också ett positivt arbetsklimat och öppen diskussion på arbetsplatsen har samband med ökad arbetsnärvaro (12). Det finns också ett samband mellan de yttre strukturella

faktorerna och attityderna till när det är acceptabelt att sjukskriva sig och medarbetarnas hälsa och sjukfrånvaro (13). Detta tyder på att med hälsofrämjande insatser kan man öka på arbetsnärvaro, som i sin tur skapar hållbarhet i arbetsmiljön.

Larsson och Vinberg (14) identifierar reflektion och betydelsen av det individuella och organisatoriska lärande som framgångsnycklar, för att bedriva förbättringsprocesser med syfte att skapa en hälsofrämjande och attraktiv arbetsplats. Vi anser att en viktig framgångsnyckel som Larsson och Vinberg lyfter fram är att skapa ett ledarskap som innefattar tid och vilja att se på hälso- och arbetsmiljöfrågor som en väg mot en effektiv verksamhet.

Kommunikation och samarbete befästs i teorier om ledarskap

Utifrån vårdpersonalens synpunkter beskrivs hälsofrämjande ledarskap som ett ledarskap som bygger på förståelse och etiskt bemötande, medan icke-hälsofrämjande ledarskap beskrivs som brist på moral och växelverkan. Det har visat sig finnas ett samband mellan ledarskapet i vården och personalens välbefinnande, arbetshälsa, sjukfrånvaro och attityd till arbetet. Kommunikation, etiska värden, att kunna ge och ta emot kritik är sådant som vårdpersonalen önskar mera av i ett hälsofrämjande ledarskap. Ledarskapets kvalitet, ett brett tankesätt,

strategier och attityder mot arbetstagaren påverkar om arbetstagaren hålls kvar en längre tid på arbetsplatsen. Det är viktigt att ledaren respekterar arbetstagaren och ger feedback för det som gjorts bra, tar hänsyn till både arbetstagarens individuella och till organisationens mål. Multifokuserade ledare har den bästa effekten på långtidsnärvaro (1, 12, 15, 16, 17).

Inom transformativt ledarskap är samarbetet och relationerna viktiga. Ledaren har en självsäkerhet i sitt ledarskap som baserar sig på arbetstagarnas respekt. Hen har en positiv syn på att nå organisationens målsättningar och visioner. En transformativ ledare stöder kreativitet och det den enskilda arbetstagaren är bra på (3). Ett demokratiskt synsätt på ledarskapet hör en transformativ ledare till. Det anses att om medarbetarna får vara med och fatta beslut höjs arbetsmotivationen som i sin tur leder till positiva resultat inom organisationen (18).

Inom transaktionellt ledarskap är servicen som produceras av största vikt och i denna teori satsar man på organisationens målsättningar och inte på relationerna inom den (18, 19, 20). För att nå målen görs beslut i rask takt och då blir medarbetaren inte alltid hörd. Medarbetaren vet vad som förväntas för att nå resultat och vid ett positivt resultat blir medarbetaren belönad och arbetsmotivation ökar.

Enligt Taylor är transforma-

tivt ledarskap framtidens melodi. I studien anses att den transformativa ledarskapsstilen kan implementeras i t.ex. den transaktionella stilen, dvs. man behöver inte låsa sig till en stil att leda (20). I en annan utredning av transformativt och transaktionellt ledarskap har man kommit fram till att både det transformativa och det transaktionella ledarskapet har en patientskyddande effekt samt en positiv effekt på samarbetet inom organisationen (20, 21).

Definitionen av pedagogiskt ledarskap beskrivs i litteraturen som en vilja att leda och aktivt dela ansvar och medverkan hos alla aktörer inom en organisation vilket beskrivs som en förutsättning för att åstadkomma delaktighet och arbetsglädje. Medarbetarens roll kan inte poängteras nog i samspel mellan olika personer på en arbetsplats (22).

Delat ledarskap

Delat ledarskap har tidigare använts för att undvika maktmissbruk. Två ledares skicklighet och färdigheter kompletterar varandra och skapar en tydlig grund för verksamhetens mål. Delat ledarskap drar nytta av olikheter i kompetens och kan beskrivas bestå av ömsesidig respekt och lojalitet mellan ledarparet. Kommunikationen har stor betydelse i delat ledarskap. Modellen kräver ständig snabb kommunikation. Delat ledarskap beskrivs ge ökad kunskap, eftertänksamhet,

högre besluts kvalitet och minskat taktiktänkande. Delat ledarskap kan ge mellanchefer bättre förutsättningar att använda arbetstiden då arbetsbördan lättar (22). Delat ledarskap ses som en viktig del av effektiviserad ledning och grundandet av en lärande organisation. Det finns belägg för att delat ledarskap är ett effektivt sätt att förbättra arbetsmiljön (23).

Rosengrens avhandling som följer upp, beskriver och genererar teori om pågående förändringsprocesser inom hälso- och sjukvården genom studier av sjukhusfusioner samt genom studier av delat ledarskap. Resultatet har bildat underlag för två empiriskt grundade modeller: engagerat ledarskap och stödjande tvåsamhet. Engagerat ledarskap utgår från begreppen delaktighet och stöd i en vårdande kultur. Stödjande tvåsamhet bygger på en gemensam värdegrund och olikheter i kompetens hos ledarparet som ligger till grund för utveckling av en tillitsfull relation (24).

Vidare har teorin om det caritativa ledarskapet vidareutvecklats genom begreppet stödjande tvåsamhet som belyser relationen chef till chef i en vårdande kultur. Stödjande tvåsamhet, en tillitsfull relation mellan avdelningscheferna, bidrog till en god arbetsmiljö då ansvar och befogenheter delades av aktuellt ledarpar (24).



Vårdpersonalen hade en positiv syn på sitt arbete och ledarskapet. De ansåg att det delade ledarskapet

ökade avdelningschefernas möjligheter att vara engagerade och tillgängliga i det dagliga arbetet. Kommunikationens betydelse med överordnad chef, i sidled till likvärdiga chefer, och till medarbetare lyfts fram. Dessutom ska chefer i ett delat ledarskap även hantera relationer till sin chefskollega, något som finns i ett traditionellt ledarskap. En välfungerande intern kommunikation kan beskrivas som ett bollplank och filter som oftast resulterar i genomtänkta och välgrundade förslag och beslut. Vårdpersonalen beskrev att delat ledarskap var en lämplig ledarskapsmodell inom personalintensiva verksamheter såsom en intensivvårdsavdelning då modellen möjliggjorde en fördelning av arbetsuppgifter och ansvar, som i sin tur medförde ett mer tillgängligt ledarskap. Däremot uttryckte vårdpersonalen en ovisshet om modellens användbarhet inom verksamheter med ett mindre antal anställda (24).

Sammanfattning

En hälsofrämjande ledare är omtänksam och stödjande. Hen arbetar för personalens hälsa och arbetsförmåga, vågar ge respons och anmärkningar, tar emot kritik gällande ledarskapet, påverkar arbetshälsan, bryr sig om de anställda, behandlar alla rättvist, skapar en bra stämning, ger ömsesidig tillit, har ett individuellt bemötande och intresse för hur personalen orkar (1, 2, 3). Hen deltar aktivt

Figur 1. Samarbete och kommunikation ur ledarskapsperspektiv.

LEDARSKAP SOM GRUNDAR SIG PÅ HÄLSOFRÄMJANDE, DELAT, TRANSFORMATIVT, TRANSAKTIONELLT OCH PEDAGOGISKT LEDARSKAP	
Kommunikation och Samarbete	
	
<p>Fungerar mellan ledare och personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relationer viktiga • Stöda kreativitet • Individuell eftertanke och ökad medvetenhet • Arbetarna styrs till arbetsuppgifter enligt kompetens och förmåga • Delaktighet och delat ansvar • Medarbetarens roll och ansvar viktig • Medarbetarnas arbetshälsa • Verktyg för att hantera olika slag av stress 	<p>Fungerar ledarna emellan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drar nytta av olikheter • Ömsidig respekt och lojalitet • Gemensamt ansvar • Stödjande tvåsamhet • Konflikthantering • En möjlighet i den komplexa arbetsverkligheten idag att utöva delat ledarskap och verka från en bredare plattform
Ökar engagemang och prestationsförmåga	Effektiverade arbetsprocesser samt ökad kunskap Kräver öppenhet och samarbete som avspeglas på personalgruppen
Arbetsglädje	Förbättrad arbetsmiljö


för att hitta lösningar i svåra situationer, är öppen, ärlig och rättvis samt märker snabbt om personalen är stressad och reder ut orsaken till stressen (2). Om medarbetarna tycker att de får stöd och hjälp av sin närmaste chef upplevs mindre rollkonflikter som vård- och omsorgsarbetet ofta medför. Ju mindre det uppstår rollkonflikter, desto bättre socialt klimat, bättre trivsel i arbetsgruppen, bättre hälsa och lägre sjukfrånvaro råder det på arbetsplatsen (3, 13).

Om man via en bra kommunikation kan skapa en mera innovativ och intresserad verksamhet borde

man fokusera på att skapa god dialog mellan ledare och medarbetare. Att genomföra en god dialog är svårt men det kan man lära sig. En genuin och djup dialog kräver öppenhet, mod och förtroende av båda parterna i diskussionen. Kommunikation och dialog syns inte tillräckligt i dagens ledarskap och borde betonas mera. Organisationen kan skapa eller bygga utrymmen för dialog och regelbundna tillfällen där man har möjligheten att påverka och kommunicera, t.ex. utvecklingssamtal, arbetsplatsmöten och utvecklingsdagar.

Det är inte enbart ledarens upp-

gift att skapa och upprätthålla en bra atmosfär på arbetsplatsen utan det krävs att alla arbetar för en god stämning. Ledaren bygger tydligt grunden för detta samt uppmuntrar personalen att sträva efter en öppen kommunikation.

I figuren ovan sammanfattas grundtankarna för den goda kommunikationen och samarbetet mellan ledare och personal samt mellan ledare i delat ledarskap. Genom kommunikation och samarbete kan en ledare medverka till en arbetsplats där medarbetare känner arbetsglädje och arbetsmiljön är hälsofrämjande. 

REFERENSER

1. Grönlund A, Stenbock-Hult B. Vårdspersonalens syn på hälsofrämjande ledarskap. *Vård i Norden*. 2014; 111(34): 36–41.
2. Schmidt B, Loerbroks A, Herr RM, Wilson MG, Jarczok MN, Litaker D, et al. Associations between supportive leadership and employees self-rated health in an occupational sample. *Int J Behav Med*. 2014; 21(5): 750–756.
3. Strömberg M, Dellve L, Eriksson A. Hälsofrämjande arbetsmiljö - en framgångsfaktor för god vård. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2017; 94(2): 177–185.
4. Jolanki O, Tykkynen L-K, Sinervo T. Professionals' views on integrated care. *Journal of Integrated Care*. 2017; 25(4): 247–255.
5. Lornudd C B. Healthcare managers leadership profiles in relation to perceptions of works stressors or stress. *Leadership in Health Services*. 2016; 29(2): 185–200.
6. Harlid R, Bjerstam M. Att styra och leda mot en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2017; 94(2): 255–263.
7. Austin S, Fernet C, Forest J, Gagné M, Trépanier S-G. Transformational leadership and optimal functioning at work: On the mediating role of employees' perceived job characteristics and motivation. *Work & Stress*. 2015; 29(1): 11–31.
8. Bartholomew K J, Cox T, Karanika-Muraya M, Williams G A. Leader-Member Exchange across two hierarchical levels of leadership: concurrent influences on work characteristics and employee psychological health. *Work & Stress*. 2015; 29(1): 57–74.
9. Daniels K, Nielsen K. The relationship between transformational leadership and follower sickness absence: the role of presenteeism. *Work & Stress*. 2016; 30(2): 193–208.
10. Scott K, Stickle F E. Leadership and occupational stress. *Education* 137(1): 27–38.
11. Jansson von Vultée P. "Healthy work environment – a challenge?". *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2015; 8(7): 660–666.
12. Dellve L, Skagert K, Vilhelmsson, R. 2007. Leadership in workplace health promotion projects: 1- and 2-year effects on long-term work attendance. *European Journal of Public Health*. 2007; 17(5): 471–476.
13. Åkerlind I, Larsson R, Ljungblad C. 2013. Ledarskap, socialt klimat, hälso- främjande åtgärder och sjukfrånvaro - en jämförande studie inom vård och omsorg i 60 kommuner. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2013; 90(6): 799–809.
14. Larsson J, Vinberg S. Så skapas attraktiva och hälsofrämjande organisationer (Internet). *Dagens juridik*. Sveriges juridiska dagstidning; 2009. Hämtad från: www.dagensjuridik.se/2009/06/sa-skapas-attraktiva-och-halsoframjande-organisationer.
15. Eriksson A, Axelsson R, Axelsson S B, Bihari S. Health promoting leadership – Different views of the concept. *Work*. 2011; 40(1): 75–84.
16. Snell A, Dickson G. Optimizing health care employees' newly learned leadership behaviors. *Leadership in Health Services*. 2011; 24(3): 183–195.
17. Storch J, Rodney P. Enhancing Ethical Climates in Nursing Work Environments. *The Canadian Nurse*. 2009; 105 (3): 20–25.
18. Davood H, Morteza C, AbdolZahra N. The relationship between transformational leadership and work engagement in governmental hospitals nurses: a survey study. *SpringerPlus*. 2014; 3(25).
19. Marques J. The changed leadership landscape: what matters today. *Journal of Management Development*. 2015; 34(10): 1310–1322.
20. Taylor R. Leadership theories and development of nurses in primary health care. *Primary health care*. 2009; 19(9): 40–45.
21. Saravo B, Netzel, J, Kiesewetter J. The need for strong clinical leaders - Transformational and transactional leadership as a framwork of resident leadership training (Internet). *Plos One*; 2017. Hämtad från: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183019>.
22. Rosengren K. Vårdledarskap. Att utveckla och förbättra framtidens vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur; 2014.
23. Konu A, Viitanen E. Shared leadership in Finnish social and health care. *Leadership in Health Services*. 2008; 21(1): 28–40.
24. Rosengren K. En hälso- och sjukvårdsorganisation i förändring. Från distanserat till delat ledarskap. Hälsohögskolan, Högskolan i Jönköping; 2008.

FÖRFATTARNA

Mikaela Engvall

Bioanalytiker YH, högre YH-studerande, Yrkeshögskolan Novia

Ann-Christin Fennilä

Sjukskötare YH, högre YH-studerande, Yrkeshögskolan Novia

Betty Helander

Hälsovårdare YH, högre YH-studerande, Yrkeshögskolan Novia

Sara Hermansson

Socionom YH, högre YH-studerande, Yrkeshögskolan Novia

Martina Laine

Socionom YH, högre YH-studerande, Yrkeshögskolan Novia

Malin Nenonen

Barnmorska YH, högre YH-studerande, Yrkeshögskolan Novia

Jenny Silfver

Sjukskötare YH, högre YH-studerande, Yrkeshögskolan Novia

Anders Snellman

Sjukskötare YH, högre YH-studerande, Yrkeshögskolan Novia

Marianne Westerlund

Hälsovårdare YH, högre YH-studerande, Yrkeshögskolan Novia

Pia Liljeröth

Överlärare, barnmorska, PD, Yrkeshögskolan Novia



Bli vårdexpert, ledare eller vårdlärare

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

Det nya magisterprogrammet ger nya möjligheter till fördjupning inom olika områden. Inga bryggstudier för dig som är sjukskötare (YH), barnmorska (YH), hälsovårdare (YH) och förstavårdare (YH). Närvårdare kan söka in till kandidatnivån, individuell studieplan uppgörs (25 sp tillgodo).

Ansökningstid/www.studieinfo.fi:

Antagning för avläggande av både kandidat- och magisterexamen **20.3–3.4.2019**

Antagning för avläggande av enbart magisterexamen **20.3–3.4.2019**

Urvalsprov: 6 maj 2019 kl. 12:00–16:00 i Vasa, Åbo och Mariehamn.

Språkprov i svenska för finskspråkiga: 16 april 2019.

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

Läs mera på www.facebook.com/Enheten-för-Vårdvetenskap-Åbo-Akademi

abo.fi



Ethics in Dementia Care

Annika Ahläng

Kursen Ethics in Dementia Care har som målsättning att främja utbyte om grundläggande, klinisk-etiska och organisationsetiska tillvägagångssätt i demensvården. Kursen har ett interdisciplinärt perspektiv med införlivande av filosofiska, teologiska, socialvetenskapliga, medicinska, vårdetiska, normativa och empiriska aspekter på etik inom demensvården (2).

The Centre for Biomedical Ethics and Law (CBMER) har i Europa etablerat sig som ett välkänt forskningscenter. Centret erbjuder ett brett utbildningsprogram på kandidat-, magister- och doktorsnivå. Centrets anställda lär ut medicinsk etik och juridik inom medicin, farmaci, vårdvetenskap, biomedicinsk vetenskap, hälsovårdsadministration, sexologi, talterapi, teologi och filosofi. CBMER leds av Chris Gastmans, professor i medicinsk etik. Gastmans har publicerat mer än 150 vetenskapliga artiklar och bokkapitel om etik i palliativ vård, äldreomsorg, empirisk etik och vårdetik. Gastmans koordinerar och leder varje år intensivkurser i vårdetik och etik i demensvården (1).

Detta var fjärde året som intensivkursen Ethics in dementia care erbjöds och detta år tog jag möjligheten att delta. Kursen hölls under fyra dagar, 3–6.7, i Leuven

nära Bryssel i Belgien. I år var vi sammanlagt trettio deltagare från hela världen. De flesta från europeiska länder men det fanns även flera deltagare från Australien, USA, Kanada och Hong Kong. Deltagarnas bakgrunder varierade mycket, från läkare såsom neurolog, geriatriska och psykiater, flera universitetsprofessorer och -lärare, psykologer, boendeledare och forskningsledare. Majoriteten av oss hade ändå en sjuksköterskautbildning som grund. Deltagarnas varierande härkomst och erfarenheter av demensvård ledde till intressanta diskussioner och utbyten.

Etisk referensram

Professor Gastmans inledde kursen med en presentation av den grundläggande etiska referensramen Dignity-enhancing nursing care (värdighetshöjande vård), en etisk referensram som Gastmans själv utvecklat som respons och motvikt till de allmänt rådande

biomedicinska etiska principerna. I korthet går denna etiska referensram ut på att de biomedicinska etiska principerna som baseras på autonomi, att göra gott, att inte skada och rättvisa, inte räcker till i dagens vård. Dessa principer är för universella, teoretiska och abstrakta. De tar inte verkliga, konkreta omständigheter i beaktande. Gastmans föreslår istället en etisk referensram baserad på den levda erfarenheten (lived experience), den dialogiska-tolkande aspekten (dialogical-interpretative) och den normativa standarden (3).

Medan de biomedicinska etiska principerna utgår från autonomi, utgår Gastmans från sårbarhet (vulnerability). Patientens egna upplevda erfarenhet är utgångspunkten. Vården sker i en dialog där vårdaren försöker tolka och förstå, vad är god vård för den här patienten i den här situationen?

Den normativa standarden



Deltagarna i intensivkursen Ethics in Dementia Care.

handlar om hur vården borde vara och där är värdigheten nyckelordet. Enligt Gastmans är den etiska essensen i demensvård: ”Providing care in response to the vulnerability of a person with dementia in order to maintain, protect, and promote his or her dignity as much as possible” (vård som gensvar på sårbarheten hos en person med demens i syfte att upprätthålla, skydda och främja hans/hennes värdighet så mycket som möjligt) (3).

Enligt Gastmans är sårbarheten startpunkten för etiken och det etiska ansvaret. Vi människor är alla sårbara på olika sätt men personer med demens hör till en extremt sårbar grupp. Kärnan i demensvården handlar om att för-

söka finna det mest lämpliga och mest tillräckliga svaret på sårbarhet genom en gemensam dialog, kommunikation och tolkning. Målet med vården är att främja personens värdighet i alla dimensioner; fysiskt, psykiskt, relationsmässigt, socialt, moraliskt och andligt. Demensvården blir meningsfull då patienten respekteras som människa i alla dessa dimensioner. Sammanfattningsvis behöver demensvården en specifik, grundläggande och klinisk-etisk referensram som ett alternativ till de biomedicinska principerna (3).

Denna etiska referensram var utgångspunkten för veckans föreläsningar och diskussioner. Den

första dagen avslutades med en intressant föreläsning om hur demens porträtteras i dagens media.

Advanced Care Planning

Följande dag inleddes med en föreläsning om Advance Care Planning (vårdplanering) i demensvård. Föreläsningen gavs av en av de stora forskarna och auktoriteterna i ämnet, professor Lieve Van den Block från University of Brussels & Ghent University. Advance Care Planning (ACP) är ett hett forskningsområde där man försöker utreda hur man på bästa sätt kan planera för den framtida vården. ACP handlar om en mer komplex process än att till exempel endast fylla



The Centre for Biomedical Ethics and Law (CBMER) vid Department of Public Health and Primary Care vid KU Leuven's medicinska fakultet grundades 1986. Sedan dess har centret utvecklat expertis inom olika områden såsom etiska, juridiska och sociala aspekter av prediktiv medicin, genomics, äldrevård, palliativ vård, organ- och vävnadsdonation, organregeneration och -transplantation, forskningsetik, juridisk reglering av vårdyrken, organisationsetik samt vårdetik (1).

i ett vårdtestamente. Beslutsfattande i livets slutskede är aldrig enkelt och när det handlar om demens så blir det ännu svårare. ACP handlar om kommunikation, en färdighet som kan utvecklas och förbättras med träning (4). Den andra dagen avslutades med en läkares perspektiv på etiska frågor i demensvården.

Behovet av intimitet

Den tredje kursdagen viktes bland annat åt hanteringen av demenspatienters sätt att uttrycka sin sexualitet i vårdhem. Detta är ett ämne som åtminstone inte jag stött på tidigare men som säkert behöver diskuteras bland vårdare på serviceboenden samt att riktlinjer behöver utarbetas. Uppfattningar och attityder om vad som kan anses vara lämpligt sexuellt beteende på ett vårdhem, varierar från person till person och mellan personal och anhöriga. Organisationskulturen påverkar också reaktionerna. Reaktionerna kan variera mellan att man tillåter beteendet att fortgå, att man visar en passiv tolerans eller att man avslutar beteendet. Behovet av intimitet är ett grundläggande mänskligt behov även hos personer med demens. Det är viktigt att personalen får stöd från organisationen och att man tillsammans kan utarbeta riktlinjer (5).

Eutanasi

Den tredje kursdagen hann vi ännu med ämnet etiska utmaning-

ar i eutanasi för personer med demens. Eutanasi har varit tillåtet i Belgien en längre tid vilket har lett till en stor mängd forskning i ämnet. Gastmans diskuterade specifikt Advance Euthanasia Directives (AED) vilket innebär att en person som ännu är kognitivt kompetent begär framtida eutanasi då han/hon är i slutfasen av demenssjukdomen. Detta är möjligt i Nederländerna men används mycket sällan. Ett direktiv om framtida eutanasi väcker många etiska frågor. Den levda erfarenheten av dagens generation av äldre handlar om en rädsla att bli beroende av andra, rädsla att förlora värdighet och identitet samt rädslan att bli en börda för sina anhöriga och samhället. I den etiska utvärderingen av AED bör man ta i beaktande att en kompetent person har möjlighet att återta sitt direktiv medan en person i slutfasen av demenssjukdom inte har den möjligheten. Det finns också sådana tankegångar att en person med pre-demens inte kan anses vara samma person längre efter att han/hon insjuknat. Har den personen rätt att bestämma för sitt framtida insjuknade jag? (6). Dessa är intressanta och utmanande frågor som inte har entydiga svar.

Organisationsetik

Den intensiva tredje kursdagen avslutades med en föreläsning om organisationsetiska perspektiv på demensvård i institutioner (vård-



Leuven, Belgien.

hem och serviceboenden). Där handlar den etiska frågan om hur vi kan skapa, realisera och stöda en värdig miljö för personer med demens. I den flamländska delen av Belgien finns mer än 500 vårdinstitutioner med ca 80 000 anställda. Institutionerna betalar en medlemsavgift till en organisation, Zorgnet-Icuro Care Network Flanders, och har då rätt till rådgivning vad gäller etiska beslut, juridiska frågor, byggnadsarkitektur osv. Organisationsetik handlar om en medvetenhet om organisationens målsättningar och värderingar. Hur realiseras målsättningen och värderingarna i praktiken? Reflekterar man över dem? Diskuterar man dem? Vad har våra arbetstagare för attityd? Vilken sorts vård får våra patienter? (7).

Robotar i demensvården

Kursen avslutades med en föreläsning om robotar i demensvård och de etiska utmaningar som finns i den kontexten. Människor lever längre, det föds färre och arbetstagare inom vården blir även de färre. Hur ska vi ta hand om ett växande antal äldre personer? Forskning visar att det finns flera förväntningar på robotar inom äldreomsorgen. De ska kunna vara ”tjänare” dvs hjälpa med fysiskt tunga uppgifter, bidra till säkerheten t ex fallprevention, kognitivt stöd, underhållning och sällskap. Borde vårdrobotar ha ett människoliknande utseende för att bli mer socialt acceptabla eller borde de se ut som maskiner för att inte ”lura” användarna? Utvecklingen inom detta område går snabbt framåt, så snabbt att riktlinjer angående de etiska aspekterna inte har utvecklats på förhand utan de kommer att påverkas av erfarenheter av faktisk användning. Tanken är att robotar inte är ”rätt” eller ”fel” utan det är kontexten som avgör (8).

Kursen upplevdes som mycket givande och kan rekommenderas för alla intresserade av etik och demensvård. Ett stort tack till Sjuksköterskeföreningen för bidrag till kursavgiften. ❖

REFERENSER

1. The Centre for Biomedical Ethics and Law (Internet). 2018. Hämtat från: <https://gbiomed.kuleuven.be/english/research/50000687/50000697/Brochure-Center-for-Biomedical-Ethics-and-Law>.
2. The Centre for Biomedical Ethics and Law Summer Course (Internet); 2018. Hämtat från: <https://gbiomed.kuleuven.be/english/research/50000687/50000697/news/Summer-Course-Ethics-in-Dementia-Care-%283-6-July-2018%29>.
3. Gastmans C. Dignity-enhancing nursing care: A foundational ethical framework. *Nursing Ethics*; 2013; 20: 142–149.
4. Van den Block, Lieve. Advance Care Planning in Dementia Care: What does Really Work? Föreläsning 4.7.2018. *Ethics in Dementia Care Summer Course*, KU Leuven, Belgien.
5. Gastmans, Chris. Sexual Expression in Dementia Care: A Variety of Perspectives. Föreläsning 5.7.2018. *Ethics in Dementia Care Summer Course*, KU Leuven, Belgien.
6. Gastmans, Chris. Euthanasia in Persons with Dementia: What Are the Ethical Issues? Föreläsning 5.7.2018. *Ethics in Dementia Care Summer Course*, KU Leuven, Belgien.
7. Denier, Yvonne. Ethical Infrastructure in Institutionalized Dementia Care: Organisational-Ethical Perspectives. Föreläsning 5.7.2018. *Ethics in Dementia Care Summer Course*, KU Leuven, Belgien.
8. Vandemeulebroucke, Tijs. Socially Assistive Robots in Dementia Care: What Are the Ethical Issues? Föreläsning 6.7.2018. *Ethics in Dementia Care Summer Course*, KU Leuven, Belgien.

FÖRFATTAREN

Annika Ahläng

Avdelningsskötare och doktorand i vårdvetenskap vid Åbo Akademi, Vasa

.....
“ There is no point in life if you go to bed as a younger person and the next day you wake up as an older person”.

John Beard 2.5.2018
.....

24th Nordic Congress of Gerontology 2-5.5.2018 i Oslo

Sirkku Säätelä

År var det Oslos tur att vara organisatör för Congress of Gerontology, som ordnas vartannat år i något av de nordiska länderna. Programmet var väldigt omfattande, multidisciplinärt och mycket intressant. Det var tre intensiva dagar med många nya forskningsrön, intressanta presentationer och nya kontakter. Programmet bestod av nya intressanta forskningsområden ss digitalisering och robotik men också ny forskning kring långkörare som malnutrution, fall, multimedicinering, åldersdiskriminering, vanvård, empowerment (delaktighet) av äldre och anhöriga, bemötande och dignitet samt be-

handling av minnessjukdomar som tycks vara svåra att åtgärda trots övertygande fakta och forskning. I denna artikel ska jag försöka sammanfatta det viktigaste av programmet under de tre verkliga givande dagarna.

Oslo Congress Center

Personligen fick jag den stora förmånen att delta i denna konferens genom ett stipendium från Sjuksköterskeföreningen och fick presentera mitt abstrakt, vilket jag är väldigt tacksam över. Presentationen gällde preliminära resultat i forskning angående misstag i läkemedelsadministrering till äldre. Jag hade sällskap

av kollegor från FoU, från min egen organisation, även kolleger från Åbo Akademi i Vasa var på plats. Trevligt att ha bekanta att byta erfarenheter med.

Vårt hotell låg på passligt gångavstånd från konferenscentret vid Karl Johans Gade som från Stortinget leder till Kungliga Slottet, så vi kunde bekanta oss med Oslo city under promenaden till konferensen. Programmet inleddes i Oslo Congress center, ett stenkast från kungliga slottet och National galleriet i vackert vårväder. Det var blåsorkester, välkomsttal med rubriken ”Lessons of lifetime” och premiering av professor Taina Rantanen från



Nordic Congress of Gerontology.

Finland (JYO) samt dr Olöf Gudny Geirsdottir från Island, båda framstående, aktiva forskare inom området.

Konferensen digra program gjorde att man tyvärr måste försöka sig på att välja mellan de olika parallellsessionerna, vilket inte var lätt och jag försöker mig på att göra en summering över det jag personligen fann intressant.

Det naturliga livsförloppet

Den första keynoten gavs av dr John Beard, läkare och direktör inom avdelningen Ageing and Life Course i WHO. Hans rubrik var "A life course approach to healthy aging" och han talade om

livscykeln och åldrandet som en del av det naturliga livsförloppet. Han sade att det inte finns någon stereotyp som den "äldre människan". Åldrandet är individuellt, oberoende av kronologisk ålder och ett gott åldrande är en process där man upprätthåller och utvecklar den funktionella förmågan som ger välmående i hög ålder. Bilden från föreläsningen visar dimensioner av detta, vackert illustrerat som ett träd. Det handlar om att vara mobil, dvs ha kvar en funktionsförmåga, antingen självständigt eller assisterat, att lära, växa och göra beslut, dvs behandlas med dignitet och ha kvar sin självbestämmanderätt, att få

sina grundbehov tillfredsställda, att få delta i samhället på lika villkor samt att upprätthålla och knyta nya kontakter. Detta borde vara en självklarhet men är det inte. Ett gott åldrande kräver att samhället förbinder sig till att bygga upp en omgivning som gör det möjligt, ett hälsovårdssystem som kan möta den äldre befolkningens specifika behov, system för långtidsvård samt bättre mätare, monitorering och forskning gällande äldre personer. Åldrandet i sig är ingen indikator för vårdbehov eller vårdkostnader och man ska således akta sig för negativa stereotyper gällande äldre och åldrande. Framförandet finns på



internet (se litteratur) i sin helhet och kan läsa av den som är intresserad. Enligt Beard är den s.k. ”äldre tsunamin” som kommer och slukar alla våra resurser en myt som används av politiker. De äldres antal kommer inte att explodera i framtiden och resurser som används på äldres vård är de facto mindre än de pengar som sätts på andra grupper.

Prevention mot demens

Professorerna Geir Sellback och Knut Engedahl hade gemensamt en personlig, humoristisk och in-

tressant presentation om förebyggande av demens där det bl.a. kom fram att Engedahl varit Sellbacks mentor och att de har olika personligheter som enligt forskning kunde påverka deras prevalens för demenssjukdom. Konklusionen var att mera forskning behövs och att Sellback borde knyta mera sociala kontakter och äta mera grönt medan Engedahl borde träna flitigare och skaffa en större hund att gå ut med eftersom forskarna är överens om att social aktivitet, mångsidig kost och fysisk aktivitet skyddar mot

demenssjukdom. Engedahl talade även senare om att ökad mediciner vid beteendestörningar hos svårt dementa inte har någon effekt och att icke-farmakologiska metoder är att föredra. Han pratade varmt om behovet av att utbilda sjukskötarna till att kunna skatta t.ex. smärta, ångest och andra svåra tillstånd hos dessa patienter som i många fall är icke-kommunikativa verbalt.

Välfärdsstaten

Den nordiska välfärdsstaten fick sin del av uppmärksamheten un-

der följande dags keynote av den danske professorn Jon Kvist. Enligt honom har ännu inget bättre och effektivare sätt att erbjuda medborgarna social- och hälsovård uppfunnits. Målen för den nordiska välfärdsstaten är ju att maximera allas jämlika möjlighet till god hälsa, utbildning samt arbete och familj, vilket inte bör glömmas bort i dagens vinstmaximerande och marknadsorienterade samhälle, med allt hårdare attityder. Även den lokala produktionen av välfärdstjänster är karakteristiskt för systemet. Kvist tog till metaforer från berömda barnböcker ss Astrid Lindgrens Pippi Långstrump och Torbjörn Egners Folk och rövare i Kamomilla stad. Andan i böckerna är tolerant, man får vara som man är och alla tas omhand i det sociala nätverket på olika sätt.

Kost och minnesfunktion

En intressant presentation i nutritions-sessionen var den finska GeRy:s forskare, under ledning av Merja Suominen (Society of gerontological Nutrition in Finland), som presenterade FlaSeCo dark chocolate studien (se litteratur). I studien åt äldre personer under 8 veckor 50g mörk choklad per dag. Syftet var att undersöka effekten av kakaoflavonoider på den kognitiv förmågan. Interventionsgruppen fick 410 mg flavonoider och kontrollgruppen 86 mg. Enligt forskarna visar de mycket preliminära resultaten dock att ingen


effekt fanns på friska äldre. Detta bekräftar det faktum att då man äter mångsidig kost och är frisk påverkar inte små ändringar i kosten minnesfunktionen.

Alzheimerforskning är i ett brytningsskede sade forskarna med svensken Bengt Winblad som ordförande från bl.a. Karolinska Institutet, i spetsen. Man har hittat nya biomarkörer som kan hjälpa till att identifiera och diagnostisera sjukdomen. Det inget hopp för nya behandlingsmetoder.

Ny forskning om akut förvirringstillstånd i hemvården, som intresserade mig mycket, presenterades av Maria Krogseth, en ung norsk forskare, likaså presentationen om dignitet/värdighet eller avsaknad av dignitet inom äldreboenden av Jenny van der Steen, var intressant. Akut förvirringstillstånd kan drabba vem som helst och preliminära resultat visar att klienter inom hemvården drabbades till 80 % av akut förvirringstillstånd som är svårt att känna igen ifall vårdaren inte känner klienten. Riskerna är högre mortalitet, hospitalisering och risk för att få andra problem inom nära framtid.

Avsaknad av värdighet kan definieras som en känsla av att bli övergiven eller sviken (abandonned). Inom äldreomsorg karakteriseras detta att bli berövad känslan att höra till ett sammanhang, berövad värdighet på grund av handlingar eller underlåtenhet, berövad bekräftelse, berövad på respekt genom fysisk och psykisk

förnedring samt berövad aspekter på livet. Det var en ganska tänkvärd presentation som tyvärr är vardag på många håll.

Det fanns även andra mycket intressant framföranden som tyvärr inte får plats i denna artikel. Konferensen gav mig personligen mycket nya tankar och inspiration för nya forskningsprojekt. Summa summarum: alla vårdare borde ha möjlighet att delta i konferenser som denna för att få inspiration, kunskap, nya arbetsätt och energi i vardagen. Mera information och material finns i litteraturlistan. 

LITTERATUR

<https://24nkg.no>

www.aldringoghelse.no/alle-artikler/welcome-oslo-and-24nkg/

https://nb-no.facebook.com/pg/24NKG/posts/?ref=page_internal

www.slideshare.net/OECD-GOV/ageing-fiscal-implications-and-policy-responses-john-beard-world-health-organisation

www.gery.fi/

www.gery.fi/uutiset/suklaatutkimuksen-tulokset-vahvistivat-etta-tumma-suklaa-sopii-herkkuehkeen/

FÖRFATTAREN

Sirkku Säätelä

Att arbeta på en klinisk undervisningsavdelning

Veronica Holmström

Lärandet

Jag har alltid fascinerats över undervisning och lärandet, på vilket sätt man lär sig och vad som väcker lusten att lära sig, varför det föll sig naturligt att jag redan som nyutexaminerad sjukskötare tidigt tog hand om och fungerade som handledare till våra studerande på vår avdelning, en inremedicin avdelning på Ålands Hälso- och sjukvård. Vi har alltid haft ett stort antal studerande, både närvarandar- och sjukskötarstuderande och trycket på platserna har alltid varit väldigt stort.

Så småningom blev jag studerandeansvarig och vi har under åren provat många olika former av handledningsmodeller, alltid med syftet att utvecklas och utforma studerandenas VFU/LIA (verk-samhetsförlagd utbildning/lärande i arbetet) så lärorik som möjligt.

Det som under alla år varit svårt har varit att få personal att fungera som handledare. Av någon anledning är uppgiften att handleda studerande inte så attraktiv. Det blev oftast samma personer som fungerade som handledare medan somliga ”slapp undan”.

Sedan några år tillbaks är nu,

förutom jag, även sjukskötare Gerd Vikström och hjälpskötare Jonna Nyman studerandeansvariga och vi började titta oss runt i Sverige hur handledningen fungerade där. Vi hade hört talas om kliniska undervisningsavdelningar där handledningen av studerande sköts på ett helt nytt sätt och hösten 2016 kände vi att vi väldigt gärna ville pröva något nytt och utveckla vårt sätt att handleda. Sagt och gjort, nu gick allt väldigt fort!

Fria händer

Vi började med att göra ett studiebesök på KAVA (kirurgisk akutsjukvårdsavdelning) i Huddinge som fungerar som klinisk undervisningsavdelning och som sedan länge hade arbetat enligt denna modell och som bara såg fördelar med den. Vi var så inspirerade efter vårt besök och väl hemma igen la vi fram våra idéer för vår överskötare Christel Lindberg och vår avdelningsskötare Irmeli Eriksson. De var genast med på ”tåget” och gav oss ”fria händer” att pröva detta koncept. Blev det inte bra var det ju bara att gå tillbaka till det gamla igen.

Vår avdelning består av tre

moduler med tio patienter i vardera modulen så det var bara att välja ut en av modulerna som försöksprojekt.

Våren 2017 drog vi igång projektet. Då hade vi varit mycket noga med att engagera och förankra våra idéer kring projektet med ALLA våra kollegor, vi gjorde flera utvärderingar och ”plockade ut” de skötare som var intresserade av handledning att jobba i denna försöksmodul. Att göra större förändringar kräver att hela personalgruppen är delaktig. Därför lade vi ner mycket tid på den biten och det blev ett projekt som hela avdelningen jobbade med gemensamt, trots att 2/3 av personalen egentligen inte var involverade i själva utförandet, men de var ändå delaktiga i projektet. Det kändes bra!

Ny handledningsmodell

Projektet prövades i mindre skala med färre studerande, vi satte oss in i ett helt nytt sätt att handleda. Vi anammade en handledningsmodell som utgår från peer learning där studerande inom samma men även olika professioner lär av och med varandra.



Idag har vi en välfungerande undervisningsavdelning.



Vi strukturerade upp handledningen med klara riktlinjer för hur studerande introduceras, vem som gör vad, vi tog fram redskap för handledningen, bl.a. en modell för att bedöma patienters behov av omvårdnad - vår "Sara-modell", tog fram mallar som stöd för bedömningen och vi tog fram rutiner för hur vi kvalitetssäkrar det vi gör.

Vårt projekt pågick under cirka tre månader. Efter det gjordes utvärderingar bland den personal som arbetat i projektet men även bland personalen i de övriga två

modulerna på avdelningen. Vad tyckte de? Vi involverade dessutom alla de studerande som gjort sin VFU/LIA hos oss under vårt projekt, att utvärdera sin praktik och handledningen för att verkligen få fasta på alla aspekter som påverkade handledningen.

Till sist fick all personal en enkät där var och en fick välja om man ville arbeta i studerandemodulen och ge sin syn på om denna studerandemodul överhuvudtaget skulle fortsätta eller inte. Det var väldigt viktigt för oss att bara den

personal som var intresserad av handledning av studerande skulle ingå i modulen som blev den nya studerandemodulen, den kliniska undervisningsavdelningen.

En klinisk undervisningsavdelning

I dag har vi en välfungerande undervisningsavdelning med tio patientplatser. Personalen som jobbar här består av en seniordoktor, en assistentdoktor, sju sjukskötare och tre närvårdare. På morgonskiftet arbetar tre personer och på

kvällsskift två personer. Personalstyrkan är inte större än tidigare.

Studering är indelade i olika vårdlag där vi maximalt har sex studerande/dag eller tre/skift. Studerande har ett rullande schema och aldrig helgpas.

För att förbereda studerande på hur handledningen går till och vad som förväntas av dem skickar vi ut ett välkomstbrev med information om avdelningen, handledningsmodellen, deras schema mm ca två veckor före deras VFU/LIA.

Då de kommer introducerar vi dem och redan första dagen får de en ”egen patient” som de ska sköta självständigt för att så fort som möjligt komma in i arbetet. Under arbetspassets början får studerande redogöra för hur de har tänkt lägga upp sitt arbetspass och vi går igenom vilka moment studerande behöver hjälp med. Beroende på studerandes kunskaper och hur långt hen kommit i sina studier fördelas patienter efter svårighetsgrad liksom antalet patienter som studerande ”ansvarar” för. De patienter studerande ”ansvarar” för sköter de självständigt, med handledning, genom alla moment från planering, omvårdnadsåtgärder, rond och rapportering till nästa skift.

Studentcentrerad modell

Handledningsmodellen vi utgår ifrån är student- och personcentrerad vilket innebär att studerande sköter ett begränsat antal patienter där de aktivt själva sö-

ker kunskap om sina patienter och samtidigt kritiskt granskar sitt handlande. Rent praktiskt betyder det att vi inte serverar några färdiga lösningar och vi ifrågasätter allt studerande gör (på ett fint sätt). Tex hur tänkte du här? Varför är det viktigt? Kunde du gjort annorlunda? Vilka risker finns det? Vad tyckte patienten?

Modellen utgår även från det interprofessionella lärandet där studerande på olika nivå och från olika professioner lär av varandra och lär sig samarbeta. Tillsammans utvecklar de sin förmåga att vårda sina patienter från teori till praktik.

Patienterna som vårdas i undervisningsmodulen är alla informerade om att de kommer att skötas av många studerande och de är väldigt positiva. De upplever att deras skötare har tid med dem, de får mycket information och är delaktiga i sin vård. Dessutom ges de möjlighet att ge feedback om deras skötare vilket är mycket värdefullt då vi ska bedöma studerande.

Förutom att studerande sköter egna patienter så får de även vara delaktiga i undervisning/handledning av nya studerande vilket är mycket givande. De får ett ansvar för de nya och lär sig tidigt vikten av att även ta hand om sina kollegor.

När det gäller vår egen del av handledningen så går det främst ut på att stötta, ge feedback och försöka ”lyfta” våra studerande så de

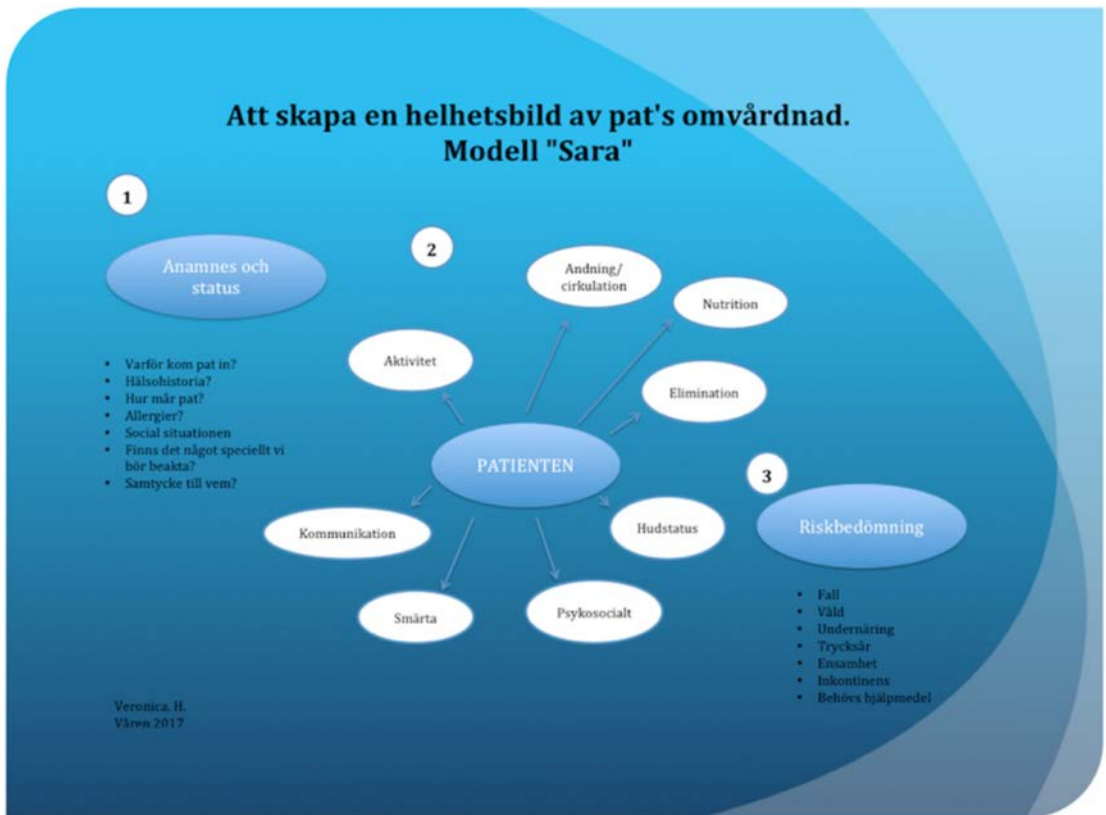
kan lägga ny kunskap till den de redan har och vi försöker hitta det mest pedagogiska undervisnings-sättet för varje enskild studerandes inlärningsstil. De studerande har inga egna handledare utan all personal fungerar som handledare och deltar i lärandet. Studerande har en mitt- och en slutbedömning som all personal gemensamt sätter ihop.

För att kvalitetssäkra det vi gör granskar och godkänner vi de omvårdnadsplaner som studerande gjort, vi kontrollerar alla läkemedel innan de ges till patienterna, att alla omvårdnadsåtgärder blir rätt utförda och vi återkopplar med patienterna om deras upplevelser av att bli vårdade av studerande. Alla studerande fyller även i en utvärdering av sin VFU/LIA för att vi ska kunna fånga upp om något inte fungerat.

Vilka är fördelarna?

Fördelarna med en klinisk undervisningsavdelning är många. För vår egen del har vi utvecklat ett arbetssätt där all personal är delaktig i handledningen av studerande, och då personalen som arbetar i denna modul själva har valt att göra det så har alla ett intresse av undervisning och vi har samma mål med vårt arbete – att bidra till att studerandes VFU/LIA blir så lärorik och bra som möjligt.

För studerandes del tränas studerande i sin egen yrkesroll i det praktiska omvårdnadsarbetet och får lära sig vad helhetssyn av pa-



Att skapa en helhetsbild av patientens omvårdnad, modell "Sara".

tienten står för och de lär sig dessutom att kritiskt granska sina omvårdnadshandlingar. De tränas även i samarbete och lärande mellan olika professioner vilket leder till en förståelse för varandras yrkesroller och kompetensområden. Viktiga erfarenheter de har med sig den dagen då de på riktigt ska stå på sina egna ben.

Det som eventuellt skulle kunna uppfattas som negativt eller en nackdel är att allt tar lite längre tid, det är tålmodsprövande och vi är många varje arbetspass. Men förmånen att få vara delaktig

i studerandes utveckling är otroligt givande och ger väldigt mycket tillbaka. När studerande uttrycker; ”Tänk om alla VFU/LIA-platser haft det här upplägget – hur mycket hade jag inte kunnat lära mig då? Då vet vi att det vi gör är rätt!

Till sist

Jag ser kliniska undervisningsavdelningar som det absolut mest rätta sättet att handleda och undervisa studerande där de verkligen på ett praktiskt sätt kan förbereda sig i sin blivande yrkes-

roll som självständiga, kunniga kollegor till oss. Jag önskar att fler skulle våga ta steget att pröva och välkomnar den som eventuellt skulle vilja komma och hospitera hos oss! ❖

FÖRFATTAREN

Veronica Holmström

Specialsjuskötare och studerandeansvarig i KUA på medicin avdelningen på Åland.

Erfarenheter av utbildningsexport: *Nursing Programme Shanghai-Karleby*

Maria Björkmark Timo Kinnunen

Nursing-utbildningen vid Centria Yrkeshögskola utförde en beställningsutbildning av kinesiska sjukskötare på axeln Shanghai-Karleby under åren 2016–2017. Utbildningen genomfördes i Shanghai under hösten 2016 och i Karleby våren 2017–hösten 2017. Läroplanen skraddarsyddes utifrån Nursing examensutbildningen (Bachelor of Health Care) och den innehöll både grund- och yrkesstudier, handledd praktik samt examensarbete. I utbildningen deltog 11 studerande, varav alla fick avgångsbetyg den 18 december 2017.

Utbildningens bakgrund

Centria YH har under många år samarbetat med Shanghai University of Medicine and Health Sciences (SUMHS). Under läsåret 2009–2010 genomfördes en pilotutbildning där åtta kinesiska sjukskötare utbildades och tog finländsk sjukskötarexamen. Efter detta har lagstiftningen för yrkeshögskolor ändrats och från år 2016 infördes läsårsavgifter för studerande samt möjligheten att idka utbildningsexport. Denna ändring gjorde det möjligt för högskolor att ordna beställnings-

utbildningar, dvs. att länder utanför EU kan beställa högskoleutbildning från vårt land mot betalning. Inom SUMHS har det amerikanska universitetet Bob Jones University verkat i nästan 20 år med en engelskspråkig sjukskötareutbildning. Studerande till Centrias utbildning rekryterades bland utexaminerade sjukskötare från denna utbildning.

Hösten 2016 i Shanghai - Inledningen av studierna

Utbildningen påbörjades vid SUMHS huvudcampus i Shang-

hai, och pågick under hela höstterminen. Fyra lektorer och en timlärare från Centria tillbringade olika långa perioder i Shanghai, allt från två till sju veckor. Dessutom ansvarade en lärare bosatt i Shanghai för undervisningen i finska. Våra lärares logi-, köks- och sociala utrymmen fanns i universitetets gästbyggnad. I denna stora byggnad bodde också det amerikanska universitetets personal, samt utbytesstuderande och –lärare från många olika länder, också från Finland.

Undervisningen genomfördes



En kvällsvy från Shanghai.

enligt den skräddarsydda läroplanen och med målet att nå 30 studiepoäng under höstens lopp. Under hösten tog vi i beaktande kinesernas viktiga nationella högtider, bl.a. nationaldagen som firas med en hel vecka ledigt i oktober. Förutom traditionell klassrumsundervisning höll vi undervisning via nätkurser och enligt PBL-pedagogik. Båda dessa koncept var helt nya för såväl studerande som för våra kinesiska kollegor. På grund av nätkurserna fick vi kallelse till ett diskussionstillfälle med en SUMHS representant. Budskapet vi fick var att kontaktundervisning måste ordnas åt studerande under varenda vecka, eftersom kineserna inte är vana med varken nätundervisning eller självstän-

diga studier. Vi måste övertyga universitetet om att detta var fråga om officiella studier enligt läroplanen och att nätundervisning skulle fortsätta hemma i Finland, där bl.a. de medicinska kurserna sker som nätkurser.

laktagelser från den första hösten

Våra erfarenheter från den första hösten handlade till stor del om att vi, både studerande och lärare, förundrade oss över och lärde oss olika kulturella skillnader. Som lärare ställdes vi inför utmaningar: studerandes svaga kunskaper i engelska, blyghet, gruppbetaende och –tänkande samt koncentrationssvårigheter (m.a.o. nätberoende). När vi er-

bjöd djupinläring enligt PBL, reflektion, utvecklande av kritiskt tänkande och förmågan att fatta beslut, förväntades det av oss lärarstyrd klassrumsundervisning och flervalstenter.

En studerande beskrev det såhär: ”Centrias undervisning är helt annorlunda än vad vi är vana med. I den kinesiska utbildningen ropar lärarna och disciplinen är hård, medan amerikanerna fokuserar på att man ska uttrycka sig muntligt och på tenter. Med er behöver man själv söka information, studera självständigt och framföra egna åsikter”.

Med andra ord, var vi många gånger på kollisionskurs under den första terminen. Däremot var det en fördel att använda sig av PBL



Glada studerande vid SUMHS.



Dimissionen 2017.

genom repetition och reflektion kunde studerande lärde sig nya inlärningssätt, samt lära sig att ansvaret för inlärningen ligger hos studerande själv. Under höstens lopp framkom det att tio av elva studerande först hade genomgått en fyraårig kinesisk sjukskötartutbildning och sedan en treårig amerikansk utbildning. De önskade sig ändå få vår utbildning, eftersom den skulle ge dem en Bachelor examen samt bättre arbetsmöjligheter, t.ex. inom EU-länder.

Tiden i Shanghai, för oss lärare, var en upplevelse som är svårt att beskriva i ord. Staden med sina 25 miljoner invånare anses vara världens största stad (enligt invånarantal). Bund är ett vackert promenadstråk längs Huangpufloden, där det finns vackra gamla byggnader, fina parker och tempel. På andra sidan floden (i Pudong stadsdelen) tornar enorma skyskrapor upp, däribland några av världens högsta. Bara att åka metron ut till universitet är upplevelser vi aldrig glömmet, med de extrema människomängderna. En kollega måste en gång åka förbi vår station, eftersom hon helt enkelt inte kunde komma ut, hon stod stadigt fast bland människorna, packade värre än sillar.

Året 2017 i Karleby

Gruppen anlände till Karleby i januari och möttes av ca. minus 20 graders kyla. Då vi lärare under hösten hade fått förundra oss över livet i en världsmetropol,

fick våra studerande nu i sin tur vänja sig vid ett liv i lilla Karleby. Kontrasterna var stora på alla plan, och det krävdes anpassning, tillväxt och ett öppet sinne. Vissa lärare var bekanta från tiden i Shanghai, men också nya lärare med nya kurser kom med i bilden. Snabbt märkte vi att anpassningen underlättades av det mångkulturella campuset i Karleby med studerande från världens alla hörn. Vi fortsatte att tillämpa läroplanen, som omfattade 90 studiepoäng för hela utbildningen. Läroplanen innehöll alla studiemoduler för olika vårdämnesspecialiteter, men dessa omfattade endast två studiepoäng var, vilket visade sig vara rätt lösning. På det sättet kunde vi garantera att studerande fick kunskap på en mångsidig bas och lärde sig de viktigaste aspekterna av finländsk sjukvård och vårdandets principer.

Studiernas verkliga utmaning visade sig vara examensarbetsprocessen. Den processen började redan under den andra utbildningsveckan i Shanghai. Det blev en lång och slitande resa, främst med tanke på studerandes språk- och forskningsfärdigheter. Fyra lektorer var med och handledde under processen och vi lärde oss alla hur svårt det kan vara för studerande att använda sig av forskningsdata och förstå forskningsmetoder. Ingen av de studerande hade tidigare skrivit ett examensarbete, eftersom det inte ingick

som en del av deras tidigare utbildningar. När hösten 2017 kom började vi närma oss målet, också i detta hänseende, men med nya bekymmer vad gällde examensarbetenas nivå, finslipning, presentationer och mognadsprov. Efter språkgranskning och utvärdering kunde vi konstatera att samtliga examensarbeten blev godkända.

Konklusioner av utbildningen

Alla aspekter av vår utbildningsexport ryms inte med i en artikel. Mycket lärde vi oss, också s.k. dold kunskap, som vi kan ha nytta av i framtiden. Upplevelser och feedback av studerande har insamlats och rapporterats inom Centria, med tanke på framtida utbildningar. I studerandes feedback gavs vitsord för hela utbildningen: två studerande 5, åtta 4 och en 3. Som slutsats kan vi konstatera att utbildningsexporten uppfyllde sitt syfte och 11 studerande (YH) nådde sitt mål.

Vi anser att det lönar sig att fortsätta med export av sjukskötarutbildning, men då borde man överväga att förlänga utbildningstiden till fyra terminer. En del av sjukskötarna stannade i Finland och en del återvände till Shanghai. Vissa siktar på magisterstudier antingen i Finland eller i något annat land. I gruppen finns också de som fått arbete inom vården i Finland, fast arbetsuppgifterna till en början kan vara an-

dra än sjukskötarens, beroende på språkfärdigheterna.

Sammanfattningsvis var utbildningsexporten för oss alla medverkande både en utmanande och givande upplevelse. Med tanke på framtiden har vi nu en bättre beredskap att förstå kulturella aspekter samt utveckla pedagogiska lösningar. ♦

LITTERATUR:

Yrkehögskolelagen 14.11.2014/932.

Koulutusviennin tiekartta 2016-2019. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2016:9.

FÖRFATTARNA

Maria Björkmark

HVM, Lektor i vård, Centria YH, doktorand, Åbo Akademi

Timo Kinnunen

HVM, Lektor i vård, Ansvarig för Nursing programmet, Centria YH, doktorand, Oulun Yliopisto

Med nyfödd baby på hotell

Anne Nylund

Den 16 oktober 2017 inledde Kvinnokliniken Perhepesä (fritt översatt: Familjeboet) på samma hotell som patienthotellet, sin verksamhet på våning 2.

Till kvinnoklinikens förfogande finns 20 rum och målet är att 30 % av föderskorna ska få sin vård här efter förlossningen. Avdelningsskötare Maarit Männistö konstaterar att de inte ännu riktigt kommer upp till den procenten men antalet föderskor på Perhepesä stiger sakta men säkert.

Om mamman och barnet mår bra, ifall förlossningen varit ”normal”, förflyttas de till hotellet med HNS egen taxi, 6 timmar efter förlossningen. Personalen på BB har kriterier för vem som kan flyttas till hotellet. Tex är möjligheterna till laboratorieprov begränsade, det går att ta bilirubin och b-gluc, eventuella mediciner måste gå per os för inga intravenösa läkemedel ges på Perhepesä.

Perhepesä har personal dygnet runt, fyra på morgontur, tre under kvällsturen och nattetid består personalstyrkan av två vårdare. Personalen utgörs av barnmorskor och barnskötare.

Tre rum är reserverade för föderskor som bor över 50 km från kvinnokliniken och behöver komma närmare sjukhuset innan förlossningen.

Vårdtiden på Perhepesä är i genomsnitt 1–2 dygn. Jag träffar en mamma med sitt två dagar gamla barn i loungen. De väntar på att få träffa barnläkaren och sedan så småningom få åka hem. Mamman har bara gott att säga om Perhepesä: lugnt, personlig vård i egen takt, man får vara själv, egna kläder...Det stämmer väl överens med kundenkätens nöjda hotellgäster.

Rummen är vanliga hotellrum. Babysängen och skötbordet avslöjar hurdana hotellgäster det är fråga om. En liten familj ryms bra men en storfamilj kan inte övernatta. Familjer med många barn från tidigare gör ibland så att de övernattar med den nyfödda och vilar inför familjelivet säger Männistö. Hotellets bistro finns till föderskan förfogande, morgonmål, lunch och middag serveras där.

Ifall något akut tillstötter kontaktas 112 och förflyttningen till sjukhus sker med ambulans. Det sker inte ofta att vi måste ringa

112. Några fall under tiden Perhepesä varit öppen och då har det varit fråga om smärttillstånd hos föderskan eller att läkaren konstaterat biljud i hjärtat hos den nyfödda. Nödförstahjälpen utrustning och kunnande finns givetvis i Perhepesä summerar Männistö.

I och med att flera förlossningsavdelningar lagts ner i Södra Finland ökade pressen på de förlossningsavdelningar som finns kvar. Männistö tror att den pressen ledde till att Kvinnokliniken kunde öppna Perhepesä tidigare (och med snabb tidtabell) än det hade skett utan påfrestningen pga av de många nedläggningarna. Idén om Perhepesä hade funnit redan en tid.

Personalens kansli är diskret placerat där hotellets gym tidigare fanns. Att inte skylta med ”sjukhus” präglar Perhepesäs lokaliteter. Då du stiger ut ur hissen finns inte ”det vanliga” som avslöjar att det är fråga om en avdelning, inga apparater, kärror eller droppställningar, sängar etc. som indikerar på att du är på Kvinnoklinikens avdelning. Så ska det vara säger Männistö. Då Perhepesä planerades fick man tips och råd från

Tammerfors, där det finns en väl-fungerande, motsvarande enhet.

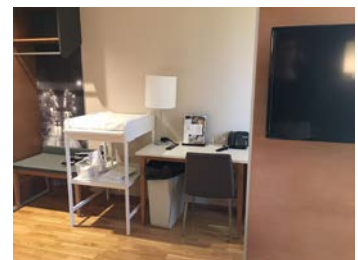
Hotellets allmänna lekrum och bastu finns på våning 2. Då Perhepesä inledde sin verksamhet var en av farhågorna att det skulle bli stökigt med ”vanliga” hotellgäster i tex lekrummet men den oron har visat sig vara obefogad. Människor betar sig väl, inga problem med varken bastu eller lekrum säger Männistö.

Man satsar på mottagande, välkomnande av familjen och det nya livet. Vården är individuell och personlig. Alla föderskor får en läsplatta med all tänkbar information, från länkar till nyttiga hemsidor till informativa videoklipp. Via läsplattan kan föderskan kontakta vårdarna och be om tex. en träff. Tanken är att familjen får den vård de behöver, varken mer eller mindre. Lite rutiner finns nog. Med 8 timmars mellanrum möts mamman, babyn och vårdaren för en check up – är allt ok? Några frågor? Ofta är loungen mötesplatsen, inte hotellrummen men det här beror på vad familjen önskar. Flexibilitet och individualitet är viktiga värden i Perhepesä.

Ibland kan något tråkigt leda till något fint...de nedlagda förlösningsavdelningarna är ett sorligt kapitel men Perhepesä i hotellet våning 2 är allt annat! ❖

FÖRFATTAREN

Anne Nylund,
verksamhetskoordinator SFF



Innifrån hotellet
med M. Männistö.
Bild: Anne Nylund

New Insights in Rare Gynaecological Malignancies and ENGAGe Patient Seminar 2018

Eva-Maria Strömsholm

Mot seminariet

Stämningen på Helsingfors-Vanda flygfält var på topp och med stor förväntan såg jag framemot det kommande cancerseminariet för gynekologiska cancerformer. Jag fick även i år möjlighet att representera Suomen Syöpäpotilaat ry, dvs Cancerpatienterna i Finland rf. under ESGO konferensen i Lyon 4–6.10.2018 och patientseminariet ENGAGe. Denna gång satte jag mig på flyget för att via Paris komma fram till Lyon.

Tillsammans med Finlands andra representant, Marjo Sorsa, diskuterade vi igenom våra förväntningar inför konferensen och hur vi kunde göra för att i Finland få mer synlighet för just gynekologiska cancerformer. Vi funderade på att man kunde planera någon form av kampanj.

Till hotellet kom vi fram först 0.30 på natten och hoppade snabbt i säng. Följande morgon hade vi klockan att ringa tidigt och redan

lite över åtta var vi redo med kameror och kartor att inta Lyon på endast tre timmar.

Första dagens konferens började på eftermiddagen och vi träffade genast en bekant från Sverige som representerade föreningen Gynsam. Temat för konferensen var ovanliga gynekologiska cancerformer. Vi förstod ganska direkt att ovanliga cancerformer inte alls behöver vara så ovanliga som man kunde tro. Vi fick ta del av mycket intressant fakta angående bl.a. olika cancerformer, behandlingar, biverkningar samt operationer. Föreläsarna var kunniga och kom från olika länder i Europa. De flesta föreläsarna var Europas största gurer inom gynekologiska cancerformer.

Seminariedagarna

Efter första dagens konferens var vi ganska hungriga eftersom lunchen på konferensen mest bestod av småplock samt olika chokladbakelser, på franskt vis. Vi valde

att gå ut och äta en riktigt vanlig fransk pizza tillsammans med Sveriges delegat. Vi diskuterade vår tanke om ett nordiskt samarbete kring gynekologiska cancerformer och hur man kunde göra gynekologiska cancerformer mer synliga i Norden. Innan vi gick och lade oss stötte vi på hotellet ihop med ENGAGe:s grundare Murat Gudelkin och Esta Urmez som är två väldigt inspirerande och aktiva medlemmar.

Vår andra seminariedag började med en rejäl frukost för att orka sitta tio timmar i en sal och lyssna. Vi fick höra vad andra patientorganisationer och föreningar har jobbat med det gångna året och vilka kampanjer de haft. Snabbt framkom det att alla länder gör väldigt mycket för att få synlighet för gynekologiska cancerformer. Många kampanjer och fina tillställningar på olika håll i Europa. Även här fick vi bekräftat att vi i Finland måste göra något.

Vi träffade två andra represen-

ESGO

**NEW INSIGHTS
IN RARE
GYNAECOLOGICAL
MALIGNANCIES**

OCTOBER 4-6, 2018
LYON, FRANCE

State of the Art Conference 2018



LYON, FRANCE
2018



www.esgo.org



The European Society of Gynaecological Oncology



En av de vackra salarna i Lyon.

tanter från Sverige som representerade ”Nätverket mot gynekologisk cancer” och fick med dem på noterna om ett nordiskt samarbete. Även Danmark är intresserat och vi hoppas på att diskussionerna fortsätter även när vi återvänder hem.

Round table-diskussioner

Det bästa med den andra dagen var absolut ”round table discussions” där vi i mindre grupper fick uppdaterad information av läkare runt om i Europa. Vi fick också chansen att diskutera och fråga läkarna om behandlingar, patientens ställning mm. Vi fick information om äggstockscancer, liv-

modercancer, livmoderhalscancer, vulvacancer och vaginacancer. Den holländska läkaren blev så glad att vi var från Finland och berättade att han hade lärt sig två ord på finska - turpa kiinni.

Under round table-diskussionerna framkom följande saker:

Man poängterade fortfarande att det inom äggstockscancer är viktigt med operation och att operationen ska vara av en viss kvalitet. Den opererande läkaren ska ha bra grundkunskap och erfarenhet av att operera just den specifika cancerformen. Det poängterades även att man borde centralisera cance-

roperationer. Det är också viktigt att läkaren vet vilka cancerpatienter bör opereras snabbt och vilka kan vänta en tid innan operation och ifall man borde ge cytostatika först och operera sedan.

Gällande livmoderhalscancer togs det upp hur viktigt HPV-vaccination och papa-tester är. Det poängterades även att man ibland, beroende på patienten, kan gå in för fertilitetsbevarande kirurgi så att det finns möjlighet för patienten att bli gravid även efter operation och behandling.

Det konstaterades att vulvacancer är de äldre kvinnornas sjukdom och att det ofta är kvinnor över 70 år som får denna form

Eva-Maria Strömsholm under seminariet

av cancer. Denna cancerform växer ofta långsamt och det uppkommer sällan några större symtom. Små tumörer är ofta lättare att behandla och det är viktigt att undersöka även portvaktscörtlarna.

Övervikt och estrogenhormon är de faktorer som ökar risken att få livmodercancer. Många gånger upptäcker livmodercancer i ett tidigt skede. Ofta är operation den enda behandlingen.

Vi fick även lyssna på många av de allra bästa läkarna i Europa inom gynekologiska cancerformer. De var väldigt intresserade och tacksamma över att få vara med representanter från patientorganisationer och kunna föreläsa för dem. De kände att vi gör ett viktigt arbete för patienterna.

En mening som speciellt lämnade kvar hos mig och som jag kommer att ta till Finland och använda mig av är: "Knowledge travels, not the patient". Ofta är cancerpatienter väldigt ensamma, trötta och orkar inte alltid med undersökningar, blodprover, läkarbesök, behandlingar osv. Här skulle det vara av stor vikt att det är kunskapen som reser, inte patienten. Visst kan man centralisera canceroperationer men när det gäller behandlingarna är det viktigt att behandlingen sker så nära patienten som möjligt så att patienten kan få vara hemma och få det stöd hen behöver av nära



och nära under den tuffa tiden.

Under sista dagen fick vi höra lite mer från Ukraina och Danmark, hur de har jobbat med kampanjer för gynekologiska cancerformer. Även i England har man varit aktiv och tagit fram bra informationsmaterial för speciellt äggstockscancer.

När dessa tre intensiva och lärorika dagar var förbi kände vi oss trötta men med huvudet fullt av nya tankar och idéer. Vi hoppas

på att kunna ge mer synlighet för gynekologiska cancerformer och hitta ett samarbete med de nordiska länderna. Allt som allt kände vi att vi fått ut mycket av seminariet och att vi redan nu ser fram emot nästa års seminarium. ♦

FÖRFATTAREN

Eva-Maria Strömsholm

Sjukskötare, klasslärare,
utvecklingspsykolog och föreläsare

“CHECK, CALL 112, PUSH”- Återupplivningsprojekt med Novia och Vasa centralsjukhus

Jessica Nybacka



Sista årets sjukskötarstuderande på Novia i Vasa har gått en intensiv återupplivningskurs (HLR, Hjärt- och Lungräddningsprojekt) tillsammans med Vasa centralsjukhus och med intensivvårdsavdelningens biträdande överläkare Raku Hautamäki i spetsen. Enligt Hautamäki är hjärt- och lungräddning något som var och en, oavsett ålder, borde behärska. Projektet är något Novias sjukskötarstuderande har varit involverade i tillsammans med

Vasa centralsjukhus ända sedan år 2014. Samarbetet med yrkeshögskolorna och centralsjukhuset har förlöpt bra under alla dessa år.

Förberedelser

I början av vecka 36 hade studerande läst på egen hand om återupplivning och friskat upp sina kunskaper från kursen i första hjälpen vi haft i skolan tidigare år. På tisdagen och onsdagen lyssnade vi sedan på en föreläsning av Hautamäki och fick även

öva kompressioner på egen hand. Den andra dagen simulerades riktiga situationer av Hautamäki och lärarna, Lisen Kullas-Nyman och Marice Nedergård, på Novia. Studeranden kom in i patientrum där en medvetslös patient (SimMan-docka) låg och vi skulle återuppliva patienten med rätt teknik, riktig defibrillator och mediciner. Alla fall var olika och det var spännande för oss studerande att se till att patienten fick tillbaka hjärtrytmen. Vi lärde oss

hur viktigt det är att för det första göra nånting, för det andra att det viktigaste är att ringa 112 och börja med kompressioner. CHECK, kolla patienten, är han medvetslös? CALL 112, ring så fort som möjligt till alarmcentralen och PUSH, börja med kompressioner.

Ut och sprida kunskap

I slutet av veckan var alla studeranden på olika platser i Vasa för att sprida budskapet vidare och för att alla ska få möjlighet att pröva på kompressioner, så steget inte är så långt när det händer på riktigt. Målet är att alla ska känna sig trygga i att gå fram och kolla om människan, som just säckat ihop, är okej. Studeranden med akutinriktning fanns på plats både torsdag och fredag på ställen såsom Novia, Alere torget och Wolffskavägen 3, Tritonia, Åbo Akademi, Rewell center, Korsholms HVC, Närpes HVC och Malax HVC. Studeranden med inriktningen fördjupad klinisk vård var på samma platser på fredagen, men på torsdagen hade vi också återupplivningsskolning på Novia för första årets elingenjörstuderande. Där fick vi föra vidare våra kunskaper, först en kort föreläsning och därefter fick alla studerande pröva på att ge kompressioner. Elingenjörer kan i sitt kommande arbete stöta på situationer där någon får en elstöt som stannat hjärtat och då är det bra att ha livräddningskunskaper och känna sig trygg i att hjälpa. Det



Övning ger färdighet.

här var ett väldigt nyttigt projekt för oss alla studeranden och en givande vecka som Novia hade tillsammans med Vasa centralsjukhus. Så nyttig att en av oss studeranden genast fick användning av sina färskas livräddarkunskaper.

När det händer på riktigt

På fredagsmorgonen lämnade en klasskompis ett meddelande i vår whatsappgrupp att hen blir lite

sen till sin station. Det visade sig att när hen skulle åka hemifrån för att infinna sig på en hälsocentral och lära ut livräddning till andra, så fick pappan i familjen bröstsmärtor och klagade på att det strålar ut i armen och att han inte alls mådde bra. Klasskompisen kände genast igen symtomen för hjärtinfarkt och hämtade Aspirin® till pappan och mätte blodtrycket som var sky-



Deltagarna i HLR- kursen.

högt. Hen ringde genast 112 och när ambulansen kom räckte det inte länge innan pappan började krampa och blev livlös. De hann dock bara ge hjärtkompressioner i en halv minut innan defibrillatorn visade ventrikelflimmer och första stöten gavs och hjärtrytmen kom tillbaka. Klasskompisen gav lov att skriva om detta och skrev att pappan skulle garantera ha varit död om hen inte skulle ha varit hemma. Allt gick enligt regelboken. Denna person

berättade att hen gick helt in i yrkesrollen och att det var precis som under övningstillfällena. Hen såg till att det fanns rum för ambulanspersonalen att jobba och hjälpte till där hen kunde. Vi andra studeranden läste om hela historien på whatsapptråden och följde upp hur det gick under hela morgonen och vi rös inför tanken på att en av oss hade råkat ut för detta i verkliga livet, precis samma vecka vi lärde ut detta till andra. Tänk hur det kan råka sig!



Och tänk vilken tur att personen fanns där, just då.

Det här har varit en viktig vecka. De här kunskaperna kommer man att minnas för hela livet men det är också väldigt viktigt att repetera dem med jämna mellanrum. Man kan aldrig veta när man råkar ut för en person som behöver räddas till liv. Det kan till och med vara du. Och då hoppas man att man möter på en person som snabbt finns där för dig, och räddar ditt liv. Så våga gå fram till en person som ligger och kolla om hen är okej. Det är bättre att ringa en gång för mycket till nödcentralen än en gång för lite. ♦

FÖRFATTAREN

Jessica Nybacka

Sjukskötarstuderande på YH
Novia/Vasa



Föreningen utlyser följande stipendier

Ett stipendium om **2 000 €** ur Anita Hannusas minnesfond för forskning eller utvecklingsarbete inom äldreomsorg.

Fonden för vårdforskning och -utveckling.

Ett stipendium om **2 000 €** för magisterstudier och högre yrkeshögskolestudier.

Ett stipendium på **2 000 €** för utvecklingsarbete.

Av sökanden krävs minst fem års medlemskap och aktivitet i föreningen. När det gäller forskning krävs en godkänd forskningsplan.

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland **senast 14.4.2019**. Ansökningsblanketten finns på föreningens hemsida på adressen: www.sffi.fi

Frågor kan riktas till sandra.allden@sffi.fi

Styrelsen

Stipendier för studerande

Om du studerar till: sjukskötare, hälsovårdare, akutvårdare, barnmorska och är studerandemedlem i Sjuksköterskeföreningen i Finland kan du ansöka om följande stipendium:

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

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

Stipendiet beviljas endast en gång under studietiden. Av sökanden krävs minst ett års medlemskap

Till stipendieansökan skall ett officiellt studieutdrag bifogas.

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland **senast 30.4.2019**.

Ansökningsblanketten finns på föreningens hemsida på adressen: www.sffi.fi

Frågor kan riktas till sandra.allden@sffi.fi

Styrelsen

Jag är ju en mamma ändå! En artikel om intrauterin fosterdöd

Marie Jorpes Jasmin Koivisto Johanna Sandberg Eva Matintupa

Abstrakt

Denna artikel baserar sig på studien "Att vara mamma åt ett änglabarn" (1), vars syfte var att lyfta fram de upplevelser och känslor kvinnor i Finland har efter att ha förlorat sitt barn efter minst 22 fullgångna graviditetsveckor. Studien var av kvalitativ art med en induktiv ansats. Datainsamlingen utfördes via både muntliga och skriftliga intervjuer. I studien intervjuades totalt tio kvinnor och datainsamlingen utfördes på både svenska och finska. Datamaterialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys och resultatet tolkades mot de teoretiska utgångspunkterna samt den tidigare forskning som gjorts inom området. I resultatet framkom fem teman: lidande och sorg, svallande känslor, behov av att gå vidare, moderskap och blandade känslor kring vården. Under dessa teman framkom också totalt nio underkategorier. Av resultatet framkom att kvinnorna definierar sig som mammor, trots det faktum att de-

ras barn dött. Kvinnorna beskrev hur känslorna svallat och att sorgen blir en följeslagare genom livet. Vikten av minnen och att få minnas sitt döda barn lyfts fram av informanterna (1).

Intrauterin fosterdöd

I Finland föddes enligt THL år 2016 161 döda barn. Dessa 161 barn uppfyllde kriterierna för intrauterin fosterdöd, dvs. att 22 veckor av graviditeten fullbordats eller att barnet vid födseln vägde minst 500 gram. Sedan år 1995 har fallen av intrauterin fosterdöd minskat med en tredjedel (2). Detta förmodligen tack vare dagens noggranna uppföljning under graviditeten samt modern teknologi. Intrauterin fosterdöd innebär att fostrets hjärtaktivitet upphör, medan fostret ännu befinner sig i livmodern. Om pulsen är lägre än ett slag per minut bedöms hjärtats funktion ha upphört (3). Det främsta symtomet på fosterdöd är att fosterrörelserna minskar. Det krävs ultraljudsundersökning

för att säkerställa en diagnos (4). På latin används begreppet foetus mortuus för fosterdöd.

Risker och orsaker

Att klarlägga orsakerna till fosterdöd är svårt och ofta förblir orsakerna okända (5). Trots det utgör dödsorsaken en viktig länk i familjens sorgeprocess och återhämtning. Ibland är det också nödvändigt att utreda orsakerna med tanke på framtida graviditeter. De vanligaste orsakerna till fosterdöd har att göra med störningar i placentans funktion, navelsträngskomplikationer, blödningar, infektioner samt sjukdomar eller missbildningar hos fostret (6). Risken för intrauterin fosterdöd är större om modern lider av någon sjukdom, exempelvis diabetes typ 1 eller typ 2, graviditetsinducerad hypertoni, preeklampsi, kronisk hypertension, koagulationsrubbningar, antifosfolipidsyndrom samt intrahepatisk kolestas. Även en hög ålder hos modern ökar riskerna (5).

Andra riskfaktorer är rökning, alkohol- och koffeinkonsumtion, övervikt, sociala faktorer och tidigare förlossningsutfall. Riskerna vid rökning stiger med antalet rökta cigaretter per dag (7, 8).

Vård

Då intrauterin fosterdöd har bekräftats av en läkare med hjälp av ultraljudsundersökning, startar planeringen av förlossningen. Ifall mammans laboratorieresultat är goda och det inte finns akuta indikationer för att genast sätta igång förlossningen, kan man skjuta upp den ett par dagar. Detta eftersom paren ofta drabbas av chock i och med beskedet. Vaginalförlossning rekommenderas framom kejsarsnitt. Vid en vaginalförlossning är risken för såväl infektioner som komplikationer betydligt mindre. Vaginalförlossningen är också att rekommendera ur ett psykologiskt perspektiv eftersom den konkretiserar situationen, vilket är av stor vikt när föräldrarna skall bearbeta sorgen efteråt. Akut kejsarsnitt är nödvändigt vid en placentaavlossning eller uterusruptur (6). Målet med förlossningen vid intrauterin fosterdöd är att göra situationen så behaglig som möjligt för modern. Det här försöker man göra genom att ge en god smärtlindring, göra omgivningen lugn, ge god information samt sträva till att vårdpersonalen byts ut så lite som möjligt. Paret behöver få ett eget rum där också den andra partnern kan vila (6).

Förlossningen av ett dött barn innebär att föräldrarna upplever det första mötet med barnet samtidigt som det också är ett avsked. Det är viktigt att se sitt döda barn och skapa minnen, för att föräldrarna senare skall förstå och ta till sig att de har fått ett barn som var dött. Det har framkommit i undersökningar att många föräldrar är i ett sådant chocktillstånd efter förlossningen, att de inte vill se sitt barn och inte heller är intresserade av att skapa minnen till barnet. Dock är det många som djupt ångrar det senare i livet (4).

Det är otroligt viktigt att informera och förbereda föräldrarna på vad de kan förvänta sig, detta för att minska risken för chock och missförstånd. Det är bra att berätta att barnet kommer att vara varmt och ha naturlig färg cirka en halvtimme efter förlossningen, men efter det kommer kroppen att börja kallna och ändra färg. Variationer i färg och hudtillstånd kan förekomma beroende på hur länge barnet varit dött inuti livmodern. Naturligtvis är det inget hinder för föräldrarna att ha barnet hos sig. Att formulera frågan som om det inte vore en självklarhet att se sitt barn, kan få föräldrarna att börja tro att de borde undvika det, och den typen av formuleringar bör undvikas. Ifall föräldrarna uttryckligen meddelar att de inte vill se sitt barn, bör man respektera detta. Det döda barnet bör då placeras i ett annat rum och man berättar för föräldrarna att de har

möjlighet att gå dit senare om de ångrar sig. När de har getts tid och möjlighet men fortfarande inte vill se på barnet informeras de om att de inte kommer att tillfrågas igen. Om de senare ångrar sig och kommer för att se sitt barn bör de ändå erbjudas den möjligheten (4).

Studiens resultat

Resultatet från studien delades upp i fem kategorier, dessa är lidande och sorg, blandade känslor av vården, moderskap, svallande känslor och behov av att gå vidare.

Lidande och sorg

Lidandet framkom i flera av kvinnornas berättelser. Kvinnorna berättade hur lidandet tog plats i tillvaron och att inga ord kändes tillräckliga nog för att beskriva den sorg som de upplevde. Sorgen liknades i någon av intervjuerna vid en känsla av att drunkna och att det gjorde ont fysiskt. I en annan reflektion framkom den ständiga rädslan i vardagen, där man blev totalt oförmögen att ta hand om sig själv. En av kvinnorna beskrev lidandet som att kroppen ständigt påminde henne om det förlorade barnet. Det framkom i kvinnornas berättelser att framfödandet av det döda barnet upplevdes som ett stort lidande (1).

Blandade känslor kring vården

Kvinnorna berättade om hur de upplevde bemötandet från vårdpersonalen, samt hur de upplevde

den tid då de var på sjukhuset. En kvinna beskrev sin frustration över att inte ha blivit tagen på allvar av vårdarna, då hon kände att någonting var fel i hennes kropp. Hon poängterade vikten av att barnmorskor och hälsovårdare alltid borde lyssna på de blivande mammorna och ta dem på allvar då de uttrycker oro. Flera av kvinnorna beskrev också att de upplevde det som positivt då barnmorskan genom att uttrycka egna känslor visat sitt medlidande i situationen. Det gjorde att de kände sig bekräftade i sina egna känslor och barnmorskan var där för och med dem i deras situation. Vikten av att vårdpersonalen tog hand om eftervården på ett organiserat sätt framkom också. En av kvinnorna berättade att eftervården fungerade bra för hennes del, medan en annan skulle ha önskat bättre eftervård. Flera av kvinnorna beskrev att vårdpersonalen haft ett naturligt sätt att hantera och sköta om barnet, trots att det inte levde. Detta upplevdes som positivt. Sedan fanns det också de kvinnor som beskrev hur de upplevde att hanteringen av deras döda barn var skrämmande, detta främst för att vårdpersonalen handskades med barnet som om det vore ett föremål. Kontinuitet bland vårdpersonalen trots skiftesbyten var någonting som kvinnorna uttryckte tacksamhet över. En kvinna berättade att hon var tacksam över att barnmorskan uppmuntrade

henne att se på sitt barn, trots att hon själv inte ville göra det (1).

Moderskap

Moderskapet beskrevs som kluvet av flera av kvinnorna. De beskrev en rad olika känslor kring moderskapet, vissa kände sig osäkra på om de kunde räknas som mammor eller inte, medan andra starkt kunde identifiera sig med modersrollen. Flera kvinnor upplevde tveksamhet till om de kunde räkna med det barn de mist, eller inte, då de tillfrågades om hur många barn de hade. Det framkom att vissa upplevde att de av sin omgivning inte räknades som mammor, eftersom deras barn avlidit under graviditeten. Samtliga av de kvinnor som deltog i studien definierade sig själva som mammor, trots att deras barn inte fått leva. Flera av kvinnorna liknade sina barn vid änglar (1).

Svallande känslor

I intervjuerna beskrevs en rad känslor som vällde över kvinnorna i det ögonblick då de fick ta emot beskedet om att deras foster dött. Den plötsliga sorgen visade sig genom extrema känsloreaktioner. Kvinnorna satte ord på känslorna de kände under den aktuella tiden, känslor som sorg, kärlek, tomhet, misströstan, frustration, hopp, panik och uppgivenhet. Informanterna beskrev hur de upplevde att världen raserades, samtidigt som synen på den egna kroppen förändrades

i det ögonblick när det chockande beskedet mottogs. Känslan av att befinna sig i ett töcken, samt att det var svårt att ta till sig information var märkbar. En av de naturliga reaktionerna tycks ha varit att vilja få bort det döda barnet ur kroppen så fort som möjligt (1).

Behov av att gå vidare

I början av processen upplevde kvinnorna ett starkt behov av att få gå vidare. Detta kunde för vissa ses som en kamp. De flesta beskrev hur sorgen förändrades över tid och att just tiden spelade en avgörande roll för bearbetningen. Ett behov av att avskärma sig från andras sorg och åltande beskrevs som viktigt för att själv kunna gå vidare utan att fastna i sorgen. Någon beskrev hur de lättare kunde gå vidare från det som skett, i och med att de snabbt fick ett nytt barn, medan en annan upplevde att hon inte hann sörja färdigt, innan de fick nästa barn. Det beskrevs hur den personliga tron kunde vara hjälpanne i bearbetningen, dels som stöd, men också genom att kunna finna en mening i det som skett (1).

Slutledningar

Utifrån kvinnornas berättelser om sina upplevelser konstateras att intrauterin fosterdöd är någonting som präglar de drabbades liv under en lång tid. De utmaningar man som vårdare ställs inför är att våga vara nära, våga lyssna och våga

informera de drabbade kvinnorna och paren. Utifrån resultatet i studien kan även konstateras att det är viktigt att uppmuntra föräldrarna att se på sitt barn fastän det är dött. Det är även bra att uppmuntra föräldrarna att skapa minnen till sitt barn i form av foton och dylikt. Det är också viktigt att man erkänner kvinnorna som mammor. Av resultatet kan man också lära att det kan vara bra att som vårdare flera gånger upprepa informationen till föräldrarna, eftersom flera uttryckt att det på grund av chocken var svårt att ta emot information. Den sorg och det lidande som allt detta för med sig är enorma och det är därför otroligt viktigt att dessa kvinnor och par erbjuds den hjälp och det stöd som just de behöver för att kunna gå vidare i sitt sorgearbete och i sina liv.

Detta visste man:

- Antalet barn som avlider under graviditetens senare del har minskat sedan år 1995.
- Det innebär en stor sorg för de väntande föräldrarna att förlora sitt barn under graviditeten.
- Rökning och alkoholkonsumtion under graviditeten kan öka riskerna för intrauterin fosterdöd.

Detta lärde man:

- Vårdare ska bekräfta dessa kvinnor i deras moderskap, trots att deras barn avlidit under graviditeten.
- Det är viktigt för de par som drabbas av intrauterin foster-

död att erbjudas möjligheten att samtala med personer med liknande erfarenhet för att bearbeta sorgen.

- Det är av stor vikt vid intrauterin fosterdöd att kontinuiteten av vårdande personal bibehålls trots skiftesbyten. 

REFERENSER

1. Jorpes M, Koivisto J, Sandberg J. Att vara mamma åt ett änglabarn - En kvalitativstudie av kvinnors upplevelser och känslor kring intrauterin fosterdöd. Lärdomsprov, Yrkeshögskolan Novia; 2017.
2. Vuori E, Gissler M. Perinatalstatistik - föderskor, förlossningar och nyfödda 2015. Statistikrapport 37/2017. Helsingfors: Institutet för Hälsa och Valfärd; 2017.
3. Komulainen J. Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja. Opas 17. THL, Tammerfors: 2012.
4. Rådestad I. Intrauterin barnadöd. i: Kaplan A, Hogg B, Lundgren I. Lärobok för barnmorskor. Lund: Studentlitteratur; 2009.
5. Pettersson K, Stephansson O. Fosterdöd. i: H. Hagberg, K. Maršál & M. Westgren red. Obstetrik. Lund: Studentlitteratur; 2014.
6. Raussi-Lehto, E. Vammaisen tai kuolleen lapsen syntymä. i: Paananen U.K., Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Äimälä A-M. Kätilötyö. Keuruu: Edita Publishing; 2015.
7. Cnattingius S, Stephansson O. Livsstilsfaktorer och graviditet. i: Hagberg H, Maršál K, Westgren M. Obstetrik. Lund: Studentlitteratur; 2014.
8. Tiitinen, A., 2016. Kohtukuolema (sikiökuolema) (Internet). Duodecim terveyskirjasto; 2016 (hämtad 26.4.2017). Hämtat från: www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=d-lk00876&p_haku=siki%F6kuolema.

FÖRFATTARNA

Marie Jorpes

Barnmorskestuderande, YH Novia/Vasa

Jasmin Koivisto

Barnmorskestuderande, YH Novia/Vasa

Johanna Sandberg

Barnmorskestuderande, YH Novia/Vasa

Eva Matintupa

Handledande lektor, YH Novia/Vasa

SH CARE INTERNA

*Queen Silvia
Nursing
Award*



Maiju Björkqvist tilldelas Queen Silvia Nursing Award i Finland 2018

år tilldelas 28-åriga Maiju Björkqvist från Vaasan Ammattikorkeakoulu Queen Silvia Nursing Award för sin idé om ett sysselsättningsrum för personer med minnessjukdom. Hennes idé handlar om att införa ett aktivitetsrum på vårdenheter för personer med minnessjukdom för att motverka inaktivitet, rastlöshet och en känsla av begränsning.

Juryen utsåg Maiju till årets stipendiat med följande motivering:

”Juryen vill med sitt val uppmuntra till kreativa idéer och förändringar i arbetssätt. Denna idé är i all sin enkelhet en värdig efterföljare till de tekniska lösningar som lyfts fram under gångna år för att utveckla äldre- och demensvården. Maijus idé stöder på ett respektfullt sätt självbestämman-

derätten och rätten till sysselsättning hos personer med minnessjukdom. Juryns bedömning är att Maiju och hennes idé grundar sig i positiv psykologi och personcentrering”

Maiju Björkqvist går tredje året på sjukskötarprogrammet och kommer under våren 2019 att motta en utmärkelse från Hennes Majestät Drottning Silvia tillsammans med stipendiater från Sverige, Polen och Tyskland. Stipendiet omfattar 6000 € samt deltagande i ett internship inom vård- och omsorgssektorn hos finska och internationella partners. Stipendiet delas årligen ut till en student som bidrar med en idé som kan förbättra vård och omsorg av äldre.

Stipendiet har grundats av Swedish Care International & Forum for Elderly Care och har möjliggjort genom samarbete med

Folkhälsan Vålfärd som är huvudpartner i Finland, samt samarbete med och stöd av: Hugo & Maria Winbergs stiftelse, Konstsamfundet, Color4care, Elisa, Es-sity, Nordnet OY, Sjuksköterskeföreningen i Finland rf samt Sairaanhoitajaliitto.

Om stipendiet

Queen Silvia Nursing Award grundades 2013 av Swedish Care International. Stipendiet erbjuds idag i ytterligare tre länder: Sverige, Polen och Tyskland. I Finland har stipendiet funnits sedan 2014 och varje år ansöker sjukskötarstudenter runtom i landet med idéer som kan förbättra och utveckla äldre- och demensvården.

.....
För mer information kontakta:

Dora Sarpaneva,
+358 44-488 3044
dora.sarpaneva@folkhal-san.fi
.....

Do something, sister! Gör någonting, syster!

Del 9

Kinge Berglund

I den sista och nionde delen av Kinge Berglunds artikelseria får vi läsa om bl.a. zulupoliserna och resan tillbaka till Finalnd.

Zulupoliserna

Hemma hade jag börjat få många problem redan i början av 80-talet. Jag hade inbrott efter inbrott.

Som alla människor i Sydafrika hade jag tre tjocka järndörrar innanför de vanliga trädörrarna och järngaller framför alla fönster. De var helt onödiga. De flesta inbrotten sker av fyra–fem unga män, som lyfter dörrarna ut från väggen med karmar och lås och så är det fritt fram att bära allt ut som inte är fastspikat.

Jag kan inte förklara den oerhörda hatkänslan som väller över en då man kommer hem sent på kvällen, efter en 12-timmars arbetsdag och allt som inte är stulet är helt förstört. Någonting går sönder inom en då man ser golven fulla av socker, mjöl, tvätt-

pulver etcetera. Det finns många människor som gömmer pengar och smycken i just tvättpulver eller socker och det hade de kriminella kommit på också. Sedan sprang de ju fram och tillbaka i mjölröran, vilket alltid gjorde städandet ännu besvärligare och gjorde mig så ilsken att jag hade kunnat göra precis vad som helst med första bästa person jag mötte. Om jag hade ägt ett vapen så skulle jag använt det.

Det som räddade mig från att skjuta någon var de mycket krångliga vapenlagarna. För att få en licens, vilket inte alltid var en solklar sak, måste man köpa ett vapen först. De är dyra, mycket dyra. När jag tog reda på priserna förstod jag varför den svarta marknaden är så lönsam. Jag hade aldrig hört att någon polis skulle ha frågat en sköterska, som var vapenägare, om hennes licens. De flesta sköterskor jag kände hade alltid en pistol eller revolver i handväskan eller byxfickan. Många hade ankelhölster, bekväma att ha och snabba att använda. Kanske det var bra att jag

inte hade haft råd att köpa någonting annat än min lilla Fiskars sax.

Att komma hem då det varit inbrott är så obehagligt att det är svårt att beskriva hur man känner sig. Hjärtat bultar så hårt att man kan höra det. Svetten står i pannan och man får svårt att andas.

Skall man våga gå in? Finns tjuvarna där ännu? Då blir man våldtagen och kanske dödad. Hjärnan fungerar inte normalt. Tjuvarnas svettlukt kändes redan i hallen. I hörnet hade jag en knobkerrie, ett slagvapen som används av svarta vid slagsmål. Det är gjort av ett mycket hårt och tungt träslag, och har ungefär samma form som ett bobollstrå, men är vackert snidat med alla möjliga figurer och djurbilder. Man kan spräcka en skalle med den. Jag tog den i handen och gick långsamt in. Den här speciella dagen hade jag haft ett inbrott medan jag varit på min bridegvaltation. Jag hade varit borta ungefär två timmar.

Förödelserna var enorm. Allt jag ägde av elektriska apparater, alla



sängkläder, allt som går att säljas hade tagits. Mina dyra Orreforsglas slängda på golvet, krossade. Sådant köper ingen i Soweto. Inte heller Tupperware. Jag hade köpt en ny tv, ny mikrovågsugn, symaskin, väckarklocka, ja allt som hade stulits vid föregående inbrott. Inget försäkringsbolag var intresserat av kunder med upprepade inbrott. Efter tre var det slut.

Jag ansåg att jag arbetade för någon tjuvliga, inte för mina egna behov. Poliserna blev vana att få besök av mig. Jag hittade i en andrahandsbutik några nysilver-undertallrikar, som jag hade köpt som födelsedagsgåva till mig

själv och meddelade polisen om mitt fynd. Då fick jag veta att de inte kunde gå in och fråga om tallrikarna var stöldgods. Jag vågade inte heller gå in och fråga var de hade fått tag på de ”antika” tallrikarna som hade ett mycket ovanligt mönster. Det var det som gjorde att jag hade köpt dem några månader tidigare från Greatermans, ett stort varuhus.

Nu gick jag sakta från rum till rum med knobkerrien i handen. Huset var tomt och jag började andas lugnare. Det första jag gjorde var att barrikera hallen med de möbler som fanns kvar. Min vanliga dörrfixare kunde komma

först följande dag, han var mycket efterfrågad. Polisen orkade jag inte heller slåss med. Det tog vanligtvis fem dagar innan de kom, under tiden fick man inte städa, då fingeravtryckstagaren också skulle komma. Det var enklare att klara upp allting själv.

Plötsligt såg jag en polisbil som stannade utanför min söndrade grind. Jag hade satt ihop den med en tjock kätting. Fyra poliser i kulsäkra västar och automatgevär hoppade över muren och ropade att de ville tala med mig. Jag öppnade fönstret och bad om ID, de kunde ju vara tjuvar. Det var några Zulupoliser som ville

berätta att de hade fått tag på tjuvarna som hade förstört mitt hem. Jag undrade hur de visste att jag hade haft tjuvar, då jag inte hade ringt polisen.

De berättade att en ung man kommit till polisstationen och berättat att han visste att tre av hans kamrater hade gjort flera inbrott under dagen. Han hade en liten ”svart” bok som innehöll massor av namn, adresser och tider när husägare kom och gick. Mitt namn fanns också i boken.

Poliserna var inte dummare än att de förstod att han var en av tjuvarna. Orsaken till hans beteende kom fram då de fick veta att efter allt tjuvgods hade delats i fyra delar, så fick han bara saker som inte gick att sälja. Till exempel en halv dammsugare, en halv hushållsmaskin, en symaskin utan elkablar, en mikrovågsugn utan glasskiva, den fanns i min diskho, en tv utan fjärrkontroll. Nu skulle han hämnas, trodde han. Polisen bad mig komma med till polisstationen för att identifiera det av stöldgodset som var mitt.

Jag satt i baksätet av polisbilen med en ung man, civilklädd.

– Vem är det här? sa jag.

– Bry er inte om honom, han är bara en tjallare. Om jag hade vetat vem han var skulle jag nog ha strypt honom.

På polisstationen fick jag tillbaka en del av stöldgodset och så var jag tvungen att anmäla stölden för att polisen skulle kunna göra rättssak av det. Ett par månader

senare stod jag i rättssalen och svor att jag inte hade gett de fyra anhållna rätt att ta mina ägodelar. Lagen är sådan.

De hade en försvarsadvokat som i sin långa svarta kappa var som direkt tagen ur en tv-såpa. Jag måste identifiera mannen i polisbilen.

– Är han en av tjuvarna? sa jag.

Det var helt oväntat. Jag blev så obeskrivligt arg.

– Det känns säkert fint att ha förstört en äldre människas liv helt och hållet, skrek jag åt advokaten.

Han slängde med sin svarta kappa och sa att de bara gjort sitt arbete som leverantörer. Domaren, en äldre dam, smålog då jag sa åt advokaten att sluta uppföra sig som om han var någon tv-stjärna.

Jag var så ilsken att jag höll ett längre tal om vad jag tyckte och tänkte om det nya Sydafrika. Under apartheidtiden behövde man inte vara livrädd hela tiden att någon skulle våldta, mörda, förstöra allt man arbetat för, stjäla bilen, mugga en på gatan, stena katterna till döds innanför grinden, ja, precis allt som man utsätts för nu.

Då jag hade fått startmotorn på bilen utrivnen otaliga gånger hade jag av nödvändighet lärt mig att sätta ihop trådarna så att jag kunde ta mig till närmaste verkstad. Det var en polisman som visade hur man gör. Varför måste en äldre kvinna lära sig sådant?

Till och med advokaten höll

tyst medan jag predikade. Så ville jag veta hur länge det här systemet med ”leverantörer” skulle pågå. Ända från 1990 hade jag haft tre–fyra unga svarta män sittande på trottoaren var och varannan dag, mitt emot mitt hus. Jag visste att det inte var lagstridigt om de flyttade på sig en gång i timmen. Att de sedan satt där och skrev ner tiderna jag kom och gick var mycket oroande. Jag visste att de sålde allt de fick reda på till just sådana här män som nu satt anklagade för stöld.

Jag arbetade hårt för mitt levebröd och gjorde ingen skillnad på om patienterna var vita, gula eller svarta. Men de här ungdomarna stal enbart från vita. Det hade jag fått veta av Zulupoliserna. Då jag fått min värsta ilska ur mig frågade jag domaren om jag kunde gå hem innan någon gjorde inbrott medan jag var i rättssalen.

Poliserna log då jag gick, det var inte så ofta de togs i försvar. Jag lämnade rättssalen fast besluten att packa mina tillhörigheter och flytta från landet. Landet som det var omöjligt för en vit att leva i.

Ett par veckor senare fick jag besök av de fyra Zulupoliserna som varit så hjälpsamma efter det sista inbrottet. Det var inte ett officiellt besök, de kom för att prata med mig. De hade hittat mitt namn och förstås adress i så många ”svarta” böcker att de ansåg att det inte skulle ta lång tid innan jag skulle få besök av några ”trevliga” svarta

ungdomar som skulle göra av med resten av mina ägodelar.

Enligt polisen väntade de bara att jag skulle köpa nya elapparater och annat användbart. De hade mycket bra kontroll över allt jag gjorde, de satt ju där dag ut och dag in. Utom i hållregn och i Johannesburg kan man nästan ställa klockan efter vädret. Så gott som varje eftermiddag, så där fyratiden, öppnades skyarna och gatan utanför mitt hus var som en fors. Det tråkiga var att så gott som alla inbrott gjordes mellan kl nio och elva på förmiddagen. Det lär skall vara bästa tiden för en tjuv att arbeta.

Enligt polisen hade de kriminella blivit mycket brutalare, det var alldeles vanligt att våldta och mörda om någon stackare fanns i huset de besökte. Det visste jag nog. En kvinna som bodde runt hörnet hade gått till butiken och på vägen dit kom hon ihåg att hon glömt någonting och vände om.

Då var tjuvarna redan där, de hade inte väntat sig att hon skulle komma tillbaka så snabbt. Hon blev våldtagen av alla fyra och sedan ihjälslagen med en yxa. Poliserna ansåg att det kunde bli mitt öde också om jag inte flyttade bort. Att bo ensam var rena dödsdomen. Jag tackade dem med en 6-packöl.

Polis och sjuksköterskor har alltid levat i ett slags symbios i Sydafrika, kanske för att det inte var så stor skillnad mellan dem. Lika dåliga löner, ingen övertids-

betalning, men nog mycket övertid, jobb natt och dag, klara av krissituationer som en vanlig person inte kan tänka sig utan att må illa. Se och göra saker som inte var så trevliga, meddela anhöriga om ond, snabb död. Vi hade att göra med narkomaner och alkoholister. Också att det sällan sades tack hade vi gemensamt.

Jag lyssnade noga på vad de hade att berätta och lovade att vara ur landet till hösten

Resan tillbaka till Finland

Så började jag förbereda resan till Finland. Jag hade tre katter och två hundar, alla upphittade, som jag ville ta med. Att avliva dem var inte ens att tänka på. Till lycka finns det flera djurresebyråer som man kan anlita. Det är många blanketter att fylla i. Olika vaccinerings, en del med tre månaders mellanrum och förstas läkarundersökningar. Det togs en massa blodprov och jag blev så glad då jag fick veta att ingen av dem hade AIDS. Det är ju en immunbristsjukdom som också förekommer hos djur, i all synnerhet katter. Virus smittas genom saliv, det är inte sexuellt transmitterat, utan genom slagsmål. Hemlösa djur blir lättast smittade. En av mina katter, som var en mycket vacker Russian Blue, hade dött några månader tidigare av en malign mediastinalcysta, han hade haft AIDS. Jag var glad att han hade dött hemma, han skulle aldrig ha fått resetillstånd och jag vet

inte hur jag hade klarat av att avliva honom.

Reselådorna köptes på resebyrå, de måste vara av rätt storlek, ha vattenkopp på utsidan, men ändå tillgänglig. Så skulle de ha ordentliga lås, katter är hur bra som helst på att få upp lås. Också biljetterna var viktiga. Jag fick välja mellan KLM och Lufthansa. De har det bästa ryktet när det gäller att transportera djur helskinade. I Frankfurt skulle de kontrolleras av en veterinär, troligen för att se om de var vid liv. Han var dyr och man visste inte hur kontrollen skedde, man fick lita på att alla sköter arbetet så som det är föreskrivet.

Det allra besvärligaste var att få mitt hus sålt. Det var gammalt och byggt av guldgrävare på tjugotalet. Fem rum och kök, två badrum, stor hall, allt med mycket vackra golv av Oregonpine och mönstrade kassetak. Men, men. Uthusen höll på att ramla ner och avloppsrören hade fått sprickor.

Stora sprickor fanns på många av väggarna. Varje gång det sprängdes i någon av de närbelägna gruvorna blev sprickorna större tills man kunde se dagsljuset rakt igenom på en del ställen.

Tegelstenarna som gjordes på tjugotalet var av ganska poröst material och under åren sipprade mycket ut. Det kunde avhjälpas genom att gräva djupt under huset vid sprickorna och fylla med stora mängder cement. Det hade jag inte råd med. Alltså måste jag

hitta en köpare som kunde fixa väggarna innan de föll ihop helt och hållet. Det betydde en byggmästare. Då jag inte kände någon, var jag tvungen att anlita en fastighetsmäklare. Hon gav mig en riktig chock, tog genast bort en tredjedel av summan jag betalade fastighetsskatt på till staden. Jag hade ingen möjlighet att krångla om jag ville få huset sålt och resa till Finland med alla mina djur. Jag räknade ut att det inte var så värst klyftigt att försöka sälja det som fanns kvar av mina ägodelar.

Andrahandsbutikerna betalade endast en bråkdel av vad ett möblemang var värt. Köksvaror gick inte åt alls, lakan och handdukar nog, men till mycket låga priser. Alltså ringde jag en flyttfirma som hade ett mycket gott rykte. Jag fick en bedömning av kostnaderna, det skulle kosta en tredjedel av huspriset.

Jag ordnade biljetter och alla papper för keldjuren. Det var inte så dumt att transportera allt jag ägde. I Finland behövde jag inte köpa annat än höst- och vinterkläder.

Min kära gamla Mazda måste också säljas. Alla unga svarta pojkar som arbetade på kontor och i butiker i området blev mycket förtjusta i min plåtbit. Jag valde sedan ut två pojkar som kunde betala kontant, betalning över två år var omöjligt. De fick en gammal, men välskött bil med alldeles nya däck, alarm för belysningen om den lämnas på och tömmer ackumulatören, solskydd för vindru-

tan, många småsaker jag skaffat över åren. Alla papper på registreringskontoret skötte jag också och betalade den obligatoriska bilskatten. Pojkarna var helt nöjda. De hade undersökt bilen i flera veckor redan och tyckte, att trots det gamla slitna utseendet hade den inte något fel när det gällde motorn eller däcken. Fast den hade automatväxel så var den snabb i start vid rött ljus, det tyckte pojkarna var fint. Jag sade sorgset adjö till min trotjänare. Allting tar slut någon gång.

Så kom då avfärden. Resebyrån hämtade djuren ungefär sex timmar före planets avgång, det var allt möjligt som måste kontrolleras. Flyttningsfirman hade tagit allt jag ägde i en stor container. Det är så att det är ingen skillnad i priset om man har den fullpackad eller endast några lådor. Jag tog precis allt med, trädgårdsmöbler, trädgårdsverktyg, den nya tv:n, glas och porslin. Jag lämnade kylan, spisen, frysen och sådant som jag visste att det inte gick att använda i Finland till min tswanastäderska, som blev mycket glad. Hennes man kom med en pick-up och tog allt han fick tag på som han kunde tänka sig att sälja. Alla var nöjda.

Flera av mina gamla sköterskebekanta kom med mig till flygfältet. Det blev ett sista farväl för några av dem. Cancer och hjärtinfarkter är nog så vanliga dödsorsaker.

Det blev en tråkig kulturchock att flytta tillbaka hit. Jag begrep

mig inte på den besynnerliga byråkratin och ändå hade jag blivit van vid underliga regler och lagar, men här var det, i mitt tycke, så småaktigt och illvilligt.

Jag saknar mina bekanta och sjukhusarbetet i Sydafrika. Jag läser de dagliga tidningarna på internet och skriver brev och e-post flitigt. Jag måste medge att jag är glad över de snälla Zulupoliserna som så gott som tvingade mig att flytta bort. Våldet är obeskrivligt nu i de områden där jag bodde. Men det kan inte hjälpas, jag saknar det oerhört vackra landet, oljudet på gatorna, alla människorna av så många olika raser. Jag är glad att ha fått bo där före det blev omöjligt för en vit person att leva utan rädsla för sitt liv.

Gladast är jag att jag arbetat som sjuksköterska. Det är ett yrke, som trots att det är tungt, smutsigt, ofta otacksamt, ger en tillfredsställelse som jag tror får yrken kan ge. ♦

FÖRFATTAREN

Kinge Berglund



Ansökningstid
20.3–3.4



DAGS ATT BYTA BANA?

- **Sjukskötare (YH)**, 210 sp, Åbo
 - nätbaserade flerformsstudier
- **Socionom (YH)**, 210 sp, Åbo
 - e-socionom

FÖR DIG SOM VILL UPPDATERA DIN EXAMEN TILL EN YH-EXAMEN

- **Barnmorska (YH)**, 270 sp, Vasa
- **Bioanalytiker (YH)**, 210 sp, Vasa
- **Hälsovårdare (YH)**, 240 sp, Vasa
- **Röntgenskötare (YH)**, 210 sp, Vasa
- **Sjukskötare (YH)**, 210 sp, Vasa

HÖJ DIN KOMPETENS OCH FÖRDJUPA DIN KUNSKAP!

Social- och hälsovård, 60/90 sp
Vasa eller Åbo

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

Högre YH kräver tre års arbetserfarenhet

YRKESHÖGSKOLAN
NOVIA

Gemensam ansökan sker via studieinfo.fi
novia.fi

Utlandspraktik i Lycksele, Sverige

Thanh Dinh

I nom hälsovårdarutbildningen på Yrkeshögskolan Novia hör det till att göra en två veckors praktik på BB-avdelning med besök till förlossningssalen och mödrapolikliniken. I maj 2018 åkte jag på praktik på BB- och förlossningsavdelningen i Lycksele. Lycksele är en relativt liten kommun med runt 12 000 invånare. Lycksele kommun ligger mitt i Västerbottens län i landskapet Lappland i Sverige, ca. 128 km från Umeå.

Jag hade valt att söka praktikplatsen själv, med kort varsel. Det var inte lätt att hitta praktikplats i Finland, därför bestämde jag mig att söka plats i Sverige. Eftersom jag har vänner från tidigare sjukskötarutbildningar som flyttat till Lycksele för att jobba var det ett självklart val.

Lycksele lasarett

På lasarettet bedrivs akutsjukvård och förlossningsverksamhet i ett område med stora geografiska avstånd och ett upptagningsområdet med runt 40 000 invånare. Lycksele lasarett är ett av länets tre akutsjukhus. Sjukhuset har

en välutvecklad prehospital vård och ambulanshelikopter som utför mer än 500 uppdrag per år. En stor del av länets höftoperationer görs på lasarettet och de har också ansvar över fetmakirurgi i länet. Till kvinnokliniken på Lycksele lasarett hör BB-förlossning och gynekologisk avdelning, barnmorskemottagning, BB-hemvård och amningsmottagning, kvinnokliniken mottagning och specialistmödravård.

BB- och förlossningsavdelning

Första dagen jag kom till avdelningen blev jag väldigt bra bemött av all personal på avdelningen. En av undersköterskorna som jobbade på skiftet, visade mig runt på avdelningen och lasarettet. På BB- och förlossningsavdelningen, där jag gjorde min praktik, fanns det två förlossningssalar, tre enkelrum, ett familjerum, ett rum för fyra patienter samt ett rum med fyra platser för gynekologiska patienter.

Morgonskiftet börjar med att alla skötare läser in sig på sina pa-

tienter och sedan får de en muntlig rapport av nattsköterna. Sedan går man igenom vad som skulle göras under dagen. En stund efter morgonrapporten har man rond med en läkare. På vardagar finns det alltid en barnläkare på plats en stund på morgonen för att undersöka barn som är 48 timmar gamla, eventuellt yngre än 48 timmar, på grund av tidig hemgång. Det finns alltid en jourläkare på plats, dygnet runt, som man kan ringa till vid behov.

Personal på BB- och förlossningsavdelning

Här jobbar barnmorskor, sjukskötare, undersköterska, läkare och barnläkare som ett team. Det ska alltid vara två barnmorskor på morgon- och kvällsskift men på grund av brist på barnmorskor här i Lycksele lasarett blir det oftast bara en barnmorska under varje skift. Både sjuksköterna och undersköterskorna är välutbildade och de gör mycket mer än vad som behövs. Personalen på avdelningen är alltid trevlig och hjälpsam.



Solnedgång i Lycksele.

Amningshandledning

Eftersom det var jag och en praktikant till på avdelningen fick jag vara med på allt som pågick på avdelningen under mitt skift. Jag fick vara med på olika förlossningar, sectio, läkarronder och olika undersökningar. Jag besökte mottagningen en dag. På denna praktik skulle jag fokusera på amningshandledning och jag fick ge amningshandledningar till mammor. Men ingen dag är sig lik på BB- och förlossningsavdelning-

en, vissa dagar hade vi inga förlossningar och bara omföderskor, vissa dagar var det många förlossningar och förstföderskor.

Innan BB-praktiken visste jag absolut inte vad arbetet går ut på, då jag inte var så insatt. Men efter praktiken vet jag! Jag var osäker på hur jag skulle ge amningshandledning till mammor före praktiken men nu i efterhand kan jag säga att jag verkligen kan ge amningshandledning. Visst var det svårt i början men efter att man har varit

med några gånger och läst in sig på ämnet var det hur enkelt som helst.

Jag rekommenderar att som studerande ta chansen och gör sin praktik i Lycksele, om inte kan man besöka Lycksele någon gång. En fin stad med vackra vyer och härliga människor och en välfungerande sjukvård. ♦

FÖRFATTAREN

Thanh Dinh
Hälsövnadsstuderande, YH Novia

Rapport - Utlandspraktik i Danmark

Alexandra Lindholm

Mitt namn är Alexandra Lindholm och jag har just studerat klart mitt andra år till sjukskötare och barnmorska på yrkeshögskolan Novia i Vasa. Redan när jag började studera till barnmorska var jag intresserad av att kombinera mina studier med att åka utomlands. Eftersom jag inte ville börja pussla ihop kurser osv kände jag att utlandspraktik istället för utbyte var ett bättre alternativ för mig.

Praktik på Slagelse sygehus

Våren 2018 tog jag möjligheten att göra den sex veckors långa praktiken, inom inre medicin och kirurgi, i Danmark, Slagelse. Jag ansökte till University College Absalon och fick praktikplats på Slagelse sygehus, medicinsk afdelning, mave-og tarmsygdomme (Sjukhuset i Slagelse på avdelningen som behandlar mag- och tarmsjukdomar / gastrointestinal).

På sjukhuset blev jag väl motagen och kommunikationen löpte så att de pratade danska och jag svenska. Det gick inte en dag på sjukhuset utan att jag var tvungen att förklara det här med finlands-



Första praktikdagen avklarad

svenskar, att mina föräldrar inte är från Sverige, att Finland har två officiella språk osv. Jag förstår att man kanske inte direkt tänker på Finland när man hör någon prata svenska, men det som förundrade mig kanske mest var att nästan alla danskar som jag träffade trodde att jag var från Norge. Eftersom jag pratade svenska tänkte jag att folk skulle koppla ihop mig med Sverige, men tydligen inte. Minns en gång när jag skulle försäkra mig om att jag blivit förstådd och

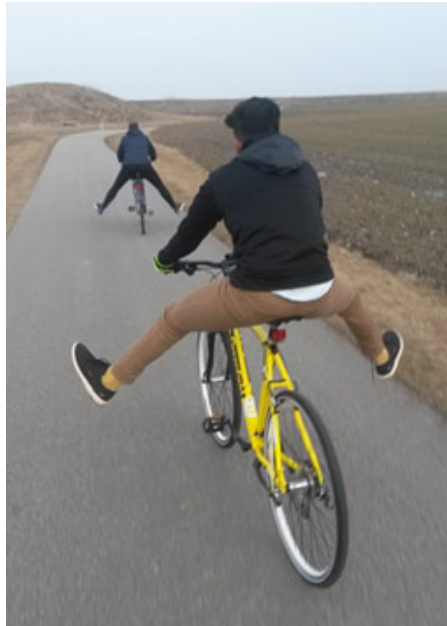
fick kommentaren: ja ja jag förstår dig bra, jag har släkt i Norge. Är danskarna kanske vana med svenskar och därmed hör skillnad på svenskarnas och "min" svenska och därför drar slutsatsen att jag inte kan vara från Sverige?

Ortopedisk avdelning

Trots att jag trivdes bra på min avdelning hörde jag mig ändå för ifall jag även kunde praktisera på någon av de kirurgiska avdelningarna. Detta eftersom vår praktik både innefattar inre medicin och kirurgi. I och med att jag frågade hade jag turen att få praktisera några dagar på den ortopedkirurgiska avdelningen. Även där tog de väl emot mig och redan första dagen frågade de på avdelningen ifall jag hade något önskemål gällande min praktik. Jag svarade att ifall jag fick möjligheten skulle det vara intressant att få följa med operationer. Det fick jag. Schysta som de var fixade det sig så att jag fick vara på operationsavdelningen en hel dag. Intressant var det!

Streckkodade patienter

Sättet att arbeta och arbetskulturen på Slagelse sygehus påminde



I Danmark "cyklarnas land" rörde jag mig oftast med cykel. Bilden är från en cykelutfärd från när jag, och två av mina rumskompisar bestämde oss för att göra en cykelutfärd till stranden och Trelleborg.

mycket om det jag hittills har erfarit från de finska sjukhusen. Det som de dock har i Danmark, som jag inte ännu har sett i Finland, är att det använder sig av ett så kallat scanningsystem när det kommer till att bl.a. identifiera patienter, dela och administrera mediciner. Precis som i Finland har patienterna i Danmark identitetsarmband på sig men med en streckkod. Så istället för att kontrollera att man har rätt patienten genom att titta på personnumret på armbandet använder man en så kallad scanner. Scannern läser av streckkoden på patientens armband och på det sättet får man upp information om patienten. Det är lite som när en "kassatant" tar och läser av produkterna i kassan. Man scannar inte enbart patienternas armband, jag lade märke till att streckkoder

även fanns på lappar på patienternas medicinglas och på medicinburkar. T.ex. när en patient är ordinerad en viss medicin scannar man in ampullen och då får man fram den ordinerade dosen. För- och nackdelar? Fördelar är att det är smidigt så länge tekniken funkar och risken att man blandar mellan patienter med samma namn och andra medicinfel minskar. Nackdelar kan vara ifall patienten får en dålig upplevelse, känner sig mera som en produkt/streckkod än en människa (?).

Fritiden

Under min tid i Slagelse bodde jag i ett egnahemshus i ett helt vanligt bostadsområde tillsammans med andra studeranden. Nio rum i huset kunde hyras ut men under min tid var vi som mest sex per-

soner som bodde där. Vi råkade alla vara från olika länder och vi kom bra överens.

Trots att mycket av min tid gick åt att vara på sjukhuset hann jag även besöka Köpenhamn och Århus samt utforska Slagelse genom att bl.a. delta i olika motionsklubbar och umgås med min "buddy" som var hjälpsam och såg till att jag kom till rätta i staden.

Summa summarum har jag varit mycket nöjd med min vistelse i Danmark! Är mycket tacksam för allt jag fått uppleva och att Sjukskötarföreningen beviljade mig stipendium! ♦

FÖRFATTAREN

Alexandra Lindholm

Andra årets barnmorskestuderande, YH Novia

SF I HELSINGFORS MED OMNEJD

29.3.2019, Studiedag 2019, hotel SeaFront, Ekenäs. Mera information på hemsidan.

8.4. 2019 kl. 17.15, rundvandring på Nya Barnsjukhuset, Stenbäcksgatan i Helsingfors. De 15 första anmälda ryms med. Anmälningar till kerstin.skogman@elisinet.fi eller tele: 050 5847347 per 1.4.2019.

I maj planeras en guidad rundtur på det nya biblioteket Ode i Helsingfors. Mera info på Facebook och hemsidan.

SF I MELLERSTA ÖSTERBOTTEN

På årsmötet 20.2.2019 omvaldes tidigare styrelsemedlemmar samt ersättare.

6.5.2019 firar vi Internationella sjukskötdagen vid Rosenlunds trädgård, Jakobstad. Tema: "Duka ditt vackra middagsbord". Lär dig göra vackra bordsdekorationer av säsongens blommor och naturmaterial. Floristen och visualisten Susanne Backa-Norrena berättar och förevisar vad man skall tänka på när man planerar olika bordsdekorationer. Vi testar olika servettvikningar och tillsammans dukar vi vårt vackra middagsbord på stämningfulla Rosenlund. Mera info kommer senare.

Vi önskar alla våra medlemmar en god fortsättning på det nya verksamhetsåret, Styrelsen.

SF I SYDÖSTERBOTTEN

29.3 2019 föreningens Studiedag på Hotel Sea Front i Ekenäs.

11.4 2019 kl. 19.00, biokväll. Vi ser filmen "Florida".

13.5.2019 kl. 19.00, firar vi Internationella sjukskötdagen tillsammans med Vasaföreningen på Finby Stationshus i Närpes. Temat är den bosniska kulturen.

Höstens program:

Medlemskväll med motion/ eller utevistelse

Vår förening fyller 80 år i år och det firas i oktober förslag 26.10. 2019.

14.12.2019 kl. 14.00, teaterresa / julfest. Vi ser "Spelman på taket" på Vasa Teater.

SF I VASA

På årsmötet valdes ny styrelse för 2019-2020 med följande sammansättning: Annika Kvist-Östman, ordförande. Styrelsemedlemmar är Lisbeth Fagerström, Marice Nedergård, Linda Nyholm, Gunilla Nyman-Klavus, Helena Svahn och Gerd Viklund. Ersättare: Marianne Buss och Eva Grönlund (ny). Rose-Marie Swanljung, kassör utanför styrelsen.

2.4.2019 kl. 18.30, medlemskväll på Bock's Corner Brewey, Gerbyvägen 18, Vasa. Tema: Sjukskötare som företagare. Föreläsare är sjukskötare Hennamari Hietala som har företaget på Inmedi OY, hemsjukhusverksamhet, AKS Ann-Charlotte Backholm som är privatföretagare inom hälsovården i Närpes, Aija Ström, som har företaget Ab Salvares OY, barnskyddstjänster. Servering: Bocks'sallad lax eller broiler, husets stenugnsbakade mäskebröd och smör, havtornspannacotta & kaffe. Anmälan senast 25.3 till sfvasa@netikka.fi eller 050 3504411. Avgift 15 € inbetalas på föreningens konto FI62 2052 2001 0063 10 senast 25.3.

13.5.2019, medlemsutfärd. Vi firar den Internationella sjukskötdagen med en medlemsutfärd till Finby stationshus i Närpes. Vi firar dagen tillsammans med SF i Sydösterbotten. Tema: "Kulturkrock är ett sätt att mötas". Emina och Senada Arnautovic berättar om bosnisk kultur och traditioner. Vi bjuds på bosnisk mat. Gemensam busstransport ordnas med start från Vasatrakten ca kl. 17.00. Anmälan senast 5.5 till sfvasa@netikka.fi eller 050 3504411. Avgift 25 € och summan inbetalas på föreningens konto FI62 2052 2001 0063 10 senast 5.5.

Alla medlemmar är hjärtligt välkomna med!

SF I VÄSTRA NYLAND

18.5.2019, utfärd. Vi firar Internationella Sjukskötdagen med en utfärd till Svartå slot. Start med buss från Hangö busstation kl.10.00, stannar vid busstationerna i Ekenäs kl.10.30 och Karis kl.10.50 (det går även att stiga på längs vägen). Kl. 11.30 får vi en guidad tur på slottet och sedan promenerar vi till Slottskrogen där vi kl.13.00 får avnjuta en tre rätters lunch i lugn o ro. Hemfärd ca kl.15.00.

Priset för dagen är 30 €, betalning till SF i Västra Nylands konto: FI 33 4170 0010 071849 (meddelande: Svartå slott). Anmälningar senast 30.4 till Annika: annirehn@gmail.com eller Katarina: katarina.ekberg@outlook.com eller tele 040 5210612. När du anmäler dig meddela ev. specialdieter/allergier, samt var du vill stiga på.

Välkommen med!

SF I ÅBOLAND

Vi vill önska alla våra medlemmar en skön vår.

Höstens program:

Medlemskväll med hemlig bio samt julfest finns i planerna. Vi återkommer med mera information i nästa tidning.

SF PÅ ÅLAND

22.3.2019 kl. 18.00, Afterwork med bowling. Vi träffas kl. 18.00 på Kvarter 5 och börjar kvällen med lite god mat och dryck. Vi fortsätter sedan kvällen med Cosmic bowling på idrottsgården kl. 20.00. Föreningen bjuder på bowlingen och 10 € av meny på Kvarter 5. Antalet platser är begränsat så anmäl dig genast! Anmälan senast fredag 8.3 via formulär på FB-sidan Sjuksköterskeföreningen på Åland.

För information meddelas att lokalföreningens tidigare mailadress har upphört. Den nya mailadressen är sffi.aland@gmail.com. För att som medlem hålla dig uppdaterad beträffande verksamheten inom föreningen uppmantrar vi att kolla lokalföreningens facebookgrupp Sjuksköterskeföreningen på Åland (sluten grupp) samt huvudföreningens facebook-sida Sjuksköterskeföreningen i Finland.

Vinter-/vårhälsningar

SF I ÖSTRA NYLAND

17.5 kl. 17.30, medlemskväll i Robbes Lilla Trädgård, Lappträsk. Pris 10 €. Egen transport.

Planer för hösten (mera info senare):

Studiebesök till Nya Barnsjukhuset och Ode i Helsingfors.

29.11-1.12.2019, julfestresa till Gdansk.

STYRELSENYTT

- 7 st studerandestipendier har beviljats. 12 st ansökningar inkom.
- 8 st rekreativstipendium har beviljats. 24 st ansökningar inkom.
- föreningen har blivit medlem i Svenska studieförbundet.
- Styrelsens julgåva gick i år till SF i Åboland som donerade summan på 450 € till Finlands Röda Kors insamling "Jul i sinnet".
- Under hösten 2018 inlämnades 107 idéer (år 2017 även 107 st) till QSNA i Finland. Av dessa var 24 st (41 st år 2017) från finlandssvenska skolor.
- Stiftelsen Tre Smeder har beviljat föreningen ett bidrag för förnyelse av Vård i Fokus.
- Konstsamfundet har beviljat föreningen för utgivning av Vård i Fokus.
- SF i Åboland har beviljats ett extra verksamhetsbidrag för teaterresa till Helsingfors.
- 31.12.2018 hade föreningen 3 743 medlemmar.

Viktiga datum 2019!

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

STYRELSEN

Ordförande

Annika von Schantz HVM, verksamhetsledare, Hugo och Maria Winbergs stiftelse.
Vägbrottet 3 A 10, 02320 Esbo
040-5370376
annika.vonschantz@winbergs.fi

Vice ordförande

Carola Sundberg barnmorska, sjukskötare, Staden Jakobstad, Social- och hälsovårdsverket.
Durkvägen 5 A 1, 68620 Jakobstad
050-3564324
carola.sundberg@jakobstad.fi

Ledamöter

Katarina Ekberg, sjukskötare, Västra Nylands Sjukhus.
Snicknäs väg 1, 10520 Tenala
040-5210612
katarina.ekberg@outlook.com

Ann-Maj Johansson, HVM, avdelningsskötare, Åbolands sjukhus, somatiska polikliniken.
Värgatan 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 specialsjukskötare, 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, Pjälax
Rose-Marie Holmberg, Tjök

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



*** . B132 ***

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