

VÅRD I FOKUS

1/17



Sjuksköterskeföreningen i Finland rf

VÅRD I FOKUS nr 1

årgång 34 mars 2017

Organ för Sjuksköterskeföreningen i Finland rf
www.sffi.fi

Ansvarig utgivare: Annika von Schantz, telefon 050 4279620

Redaktionssekreterare: Sandra Alldén, telefon 045 1437575

e-post: sandra.allden@sffi.fi

Tryckt hos: Oy FRAM Ab, Vasa

Innehållsförteckning

Ledare: Annika von Schantz.....	3
Framtiden kommer med hälsoinformatik, digitalisering och elektroniska journaler, Sirkku Säätelä.....	4
Från etiska seminarier till värdeauktioner, Margit Eckardt.....	10
Vårdvetenskapens bidrag till kunskap och kompetens för framtidens hälsovård. Professor Lisbeth Fagerströms installationsföreläsning 2 december 2017, Lisbeth Fagerström.....	14
Masterexamen på högskola som ett språngbräde för förändring och utveckling, Maria Forss & Ira Jeglinsky-Kankainen & Åsa Rosengren & Eivor Wallinvirta.....	19
Kallelse till föreningsmöte.....	23
E-hälsa genom e-lärande, Maria Forss & Jonas Tana & Thomas Hellsten.....	24
Job crafting- för att höja arbetsengagemanget inom vården, Mikaela Sjöholm & Susanne Sjövall & Pia Liljeroth.....	28
Annons: Dedicare.....	32
Palliativ verksamhet inom Ålands hälso- och sjukvård, Annika Kowalewski.....	36
Pressmeddelande: Queen Silvia Nursin Award.....	41
Do something, sister! Gör någonting, syster!, Kinge Berglund.....	42
Hur mår de svenskspråkiga i Helsingfors och får de den service de är i behov av? Frida Backström & Emma Mård & Alexandra Sjöström & Pia Liljeroth.....	49
Ordförandekandidat.....	52
Nya Barnsjukhuset 2017, Annika von Schantz.....	53
Neonatalpraktik i Riga, Charlotta Witick.....	54
Annons: Arcada.....	56
Föreningens stipendier.....	57
Annons: Åbo Akademi.....	58
Annons: Novia.....	59
Regionala föreningar.....	60
Styrelsenytt.....	61
Styrelsen och fullmäktige 2014–2017.....	62
Ansökan om medlemskap.....	63

ISSN 0781-495X

Det virtuella sjukhuset 2.0 och ODA

Egenvård – stora saker på gång

Sedan länge är det självklart att man beställer sina flygbiljetter och hotell själv. Mycket sällan behöver man gå till banken för att sköta sina bankärenden, det tar vi hand om från hemmasoffan. I hemmasoffan kan man också läsa sin sjukjournal och förnya sina recept via Mina Kanta-sidor. Vi människor har nämligen också förändrats, vi vill vara aktivt delaktiga i beslut som rör oss själva. Vi är mycket medvetna om våra rättigheter och vill inte vänta i onödan.

Inom sjukhusvärlden pågår just nu enorma projekt som kommer att förändra sjuksköternas sätt att jobba, och patienternas möjlighet till vård oberoende av tid och plats. Patienterna får vård utan att köa, boka tider och utan att besöka mottagningar. Man loggar in med bankkoder. Avsikten är dels att spara pengar och dels att modernisera social- och hälsovårdssystemet både inom primärhälsovården och inom specialistsjukvården. Genom att använda en symtomnavigator blir patienten vid behov hänvisad till vård. Det kan finnas möjlighet att chatta med en sjukskötare.

Virtuella sjukhuset 2.0 är ett stort nationellt samarbetsprojekt mellan sjukvårdsdistrikten, primärvården, institutioner för forskning, den privata sektorn och patientorganisationer. Virtuella sjukhuset 2.0 projektet fokuserar på specialistsjukvården medan systerprojektet ODA – Egenvård och digitala mervärdestjänster fokuserar på primärhälsovården (se <http://www.duodecim.fi/?s=Omat+digiajan+hyvinvointipalvelut>). Båda projekten framskrider parallellt och finansieras främst av Social- och hälsovårdsministeriet.

Hälsobyn är en del av det Virtuella sjukhuset 2.0 (se www.terveyskyla.fi). Byn erbjuder information, rådgivning, egenvård och digitala redskap för alla medborgare, patienter och vårdpersonal. Byn är öppen dygnet runt, alla dagar i veckan. Vårdtjänsterna skall vara tillgängliga för alla oberoende av bostadsort och inkomstnivå. Tyvärr är bara en bråkdel av innehållet i husen översatta till svenska. Alla hus bör finnas på svenska inom nära framtid, annars förverkligas inte målet om tillgänglighet för alla. HNS koordinerar byggandet av Hälsobyn.

I Hälsobyn finns redan nu många hus och år 2018 kommer det att finnas över tjugo hus i byn. Idag finns det hus för Sällsynta sjukdomar, Smärtbemästring, Psykporten (på svenska), Viktbemästring, Helsingfors Biobank (på svenska), Rehabilitering och Kvinnohuset. Byn och husen är verkligen värda ett besök!

Vi sjukskötare är experter på bemötandet i vården. Visst finns en ängslan över hur det skall gå, vad händer om datasystemen säckar ihop eller om den egna kunskapen räcker till. Utmaningarna är stora men inte omöjliga. Tvärtom, nu är det viktigt att vi modigt deltar i digitaliseringsprocessen och är med om att forma den digitala vården till god vård. Berätta för världen vad sjuksköterna gör och varför!

Kära medlemmar, jag önskar er en skön vår!

Annika von Schantz, ordförande

Framtiden kommer med hälsoinformatik, digitalisering och elektroniska journaler

Sirkku Säätelä

I takt med att kraven på användning av digital teknik ökar i samhället tilltar även kraven på tillämpningar i hälso- och socialvården. Sipiläs regerings fokusering på digitalisering inom den offentliga sektorn administreras av finansministeriet. Ministeriet har tillsatt en uppföljningsgrupp för digitaliseringsmålen inom regeringsprogrammet samt utvecklingen av ICT inom den offentliga förvaltningen dit även hälsovården hör.

Arbetsgruppens fokus ligger på utveckling och koordinering, samt automatiseringen och digitaliseringen av verksamheten inom den offentliga sektorn. Gruppens uppgift är att påskynda framför allt förvaltningsövergripande projekt (1). I takt med att kraven på användning av digital teknik ökar i samhället tilltar även kraven på tillämpningar i hälso- och socialvården. Sipiläs regerings fokusering på digitalisering inom den offentliga sektorn administreras av finansministeriet. Ministeriet har tillsatt en uppföljningsgrupp för digitaliseringsmålen inom regeringsprogrammet samt utvecklingen av ICT inom den offentliga förvaltningen dit även

hälsovården hör. Arbetsgruppens fokus ligger på utveckling och koordinering, samt automatiseringen och digitaliseringen av verksamheten inom den offentliga sektorn. Gruppens uppgift är att påskynda framför allt förvaltningsövergripande projekt (1).

I hälso- och sjukvården betyder detta en utveckling av eHealth eller e-Hälsa, som tar hjälp av digitala processer och digital kommunikation i utövningen av hälso- och sjukvård. Begreppet omfattar allt från informationsteknologiska lösningar inom medicin och vårdarbete till elektroniska journaler, hälsoinformation och service för patienter via mobila lösningar, sociala medier och "hälsoappar".

Fritt översatt definierar WHO eHealth enligt följande: "eHälsa är användningen av informations- och kommunikationsteknik (ICT) för hälsoändamål. Detta inkluderar vård och behandling av patienter, utförande av forskning, utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal, spårande av sjukdomar och uppföljning av folkhälsan" (2). På många håll utnyttjas ICT redan för bl.a. läkarbesök på distans, virtuella hälsoundersökningar, kontakt med hälsovården via chatt eller till att ta del av egen hälsoinformation eller e-recept.

Offentliga vårdsektorns digitaliseringsutveckling gällande patientdata sker till stor del via det nationella hälsoarkivet Kanta (3) men även andra digitala utvecklingsprojekt har påbörjats runt om i landet. Möjligheterna är många och utvecklingen har bara börjat.

Paradigmskifte

Olika typer av digitala lösningar inklusive elektroniska journaler gör att patienterna redan i skrivande stund på många håll i världen själva kan både kontakta hälsovården och uppdatera innehåll eller erhålla information angående sitt eget hälsotillstånd i så gott som realtid. Möjligheten för gemene man att själv påverka sin egen hälsa, göra egna val samt medverka i de beslut och den vårdprocess man befinner sig i, ställer nya krav på personalen och organisationer som erbjuder hälso- och sjukvårdstjänster (4, 5, 6, 7, 8).

Förväntningarna på de digitala lösningar-

na är stora. De förväntas förutom att öka patienternas möjlighet till deltagande, förbättra deras erfarenheter och höja kvaliteten, även effektivisera vården och spara på kostnader för de tjänster medborgarna erbjuds. Detta bekräftas redan av aktuell forskning (5, 7, 8). Resultat visar bl.a. att användning av digitala system ökar patienternas tillfredsställelse och att kostnadsinbesparingar kan nås genom att kommunicera elektronisk med patienterna efter utskrivning från sjukhus och bl.a. genom att följa upp rehabiliteringen och på så sätt minska återintagningarna med ca 30% (5, 6, 8).

Patientens aktiva roll i att befrämja sin egen hälsa, möjlighet att delta aktivt i beslut gällande sin egen vård, rätt till sin egen journal samt möjlighet att välja både vårdproducent och även i viss mån vårdmetod kräver dock ett paradigmskifte. Förändring från ett paternalistiskt sätt att bemöta patienterna till ett patientcentrerat och patientaktiverande synsätt är nödvändig.

Den digitala tekniken erbjuder möjligheter till en större transparens och delaktighet. Från att ha behandlats som passiva objekt blir patienterna aktiva subjekt gällande sin egen hälsa (6, 7, 9, 10, 11). I framtiden kommer dessutom gruppen som använder online kanaler, mobila lösningar och sociala medier för att kommunicera och söka information angående sin egen hälsa att bli allt större (7, 8, 9, 10, 12).

Sjukskötersperspektiv

Sett ur ett vårdarperspektiv är digital teknik redan i dag och blir ännu mera i framtiden, en allt viktigare förutsättning för planeringen, utförandet och utvärderingen av det vårdarbete som sjuksköterna utför. Detta betyder att sjuksköternas kompetens inom informationsteknologi måste vara tillräcklig för att de skall kunna utnyttja den digitala teknikens möjligheter i vården av patienterna (8, 11, 12, 13, 14).

Svensk sjuksköterskeförening ordnade en konferens inom informatik och vårdiagnoser i Uppsala i maj 2016. Konferensen gav en ypperlig möjlighet att reflektera över våra utmaningar i Finland inom samma ämne. Tillfället ordnades av sektionen för omvårdnadsinformatik som består av klinisk verksamma

sjukskötare, vårdlärare och forskare. Sektionens mål är att utveckla, forska, undervisa och informera professionella i ämnet samt att göra det känt för patienter och den stora allmänheten (11, 12).

Föreningens informatikansvariga samarbetar i likhet med sina finska kollegor inom informatikens område, med professor Kaija Saranto i spetsen, inom ramen för ACENDIO: Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcome. ACENDIOS ambitiösa mål är att vårdare i hela Europa skall kunna dela och jämföra information om vårdarbetet för att kunna forska och utveckla vårdmetoder men även för att ge verktyg till effektiv användning av sjuksköternas kompetens. Endast genom att göra detta kan man garantera att vårdarbete blir synligt lokalt och nationellt men även synligt i ett europeiskt beslutsfattande (14).

Utvecklingsbehoven och utmaningarna inom eHälsa för sjuksköterna är stora. Elektroniska system blir en viktig del av vårdarbetet och är nödvändiga för vårdarbetets utveckling. Som ett led i den digitala utvecklingsprocessen har Finlands sjukskötarförbund, i likhet med Svensk sjuksköterskeförening, tagit fram en kompetensbeskrivning i hälsoinformatik och informationshantering eftersom det har saknats en sådan för legitimerad vårdpersonal (12, 13).

Informationshanteringskompetens behövs för att sjuksköterna ska kunna använda och utnyttja informationssystem för utveckling av mätbarhet och synlighet av vårdarbetet (12, 13, 14). Utmaningen att höja kompetensen innefattar hälsoinformatikens olika delområden inklusive utveckling av nationella vård diagnoser och elektroniska dokumenterings- och arkiveringsmodeller för vårdarbetet enligt internationell modell. Sverige har nationellt gått in för att använda klassificeringstaxonomi ICNP (International Classification of Nursing Practice) för beskrivning av vårdprocessen och strukturerad elektronisk dokumentering medan man i Finland gått in för FinCC (Finnish Care Classification) som baserar sig på CCC (Clinical Care Classification) (15, 16, 17). Dessa skiljer sig i detaljer men grundtanken och användningen är den samma, vilket gäller även

övriga klassifikationsstrukturer för vårdarbete.

Sjuksköternas strategi för elektroniska hälsovårdstjänster

Finska sjukskötarförbundets strategi för elektroniska hälsovårdstjänster (Sairaanhoitajaliiton sähköisten terveystalveluiden strategia) 2015–2020 är uppgjord av sjuksköterskeförbundets expertgrupp inom eHealth. I strategin lyfts Kanta arkivets e-recept, Omakanta-servicen för befolkningen samt det nationella elektroniska arkivet för patientuppgifter som det nyaste och största nationella projektet inom eHälsa fram (13). Vidare påpekas att sjuksköterna i sitt värv bör inneha en stark teoretisk kunskapsbas för självständigt beslutsfattande. Som grund för besluten utnyttjar sjukskötern informationsteknologi för sökning av data som kan implementeras genom evidensbaserade vårdmetoder. Datasekretess och dokumenteringsfärdigheter enligt gällande nationella elektroniska system bör höra till sjukskötarens grundkompetenser som erhålls redan under studietiden såsom också färdigheten att kritiskt granska och evaluera sin egen och arbetsplatsens verksamhet (13).

Via elektroniska system kan vårdarna utnyttja även den information medborgarna själva tillför t.ex. sin elektroniska journal (12, 13). Speciellt vid kroniska sjukdomar blir sjuksköternas insatser och kontakten via elektroniska tjänster till patienterna ytterst viktig. I Sverige testas detta genom att aktivera patienter med MS som aktivt kan gå in och dela information om sitt hälsotillstånd och sina symptom i Karolinska Institutets databas. Data som samlas kan utnyttjas för att kunna erbjuda individuellt anpassad vård men även för att utveckla vården via ett kunskapscenter kring Multipel Skleros (18).

Patientcentrering är nyckelordet då social- och hälsovårdstjänsterna utvecklas mot digital service. Relationen mellan hem och vårdinstans förändras då man även i hemmiljö kan utföra avancerad medicinsk vård och vårdarbete. I takt med att avdelningsvården på sjukhusen förkortas och vården i hemmiljö ökar behövs nya innovationer och vårdmetoder. Då

vårdarna arbetar i patienternas eget revir, i deras hem, syns paradigmskiftet från paternalism till individcentrering tydligast. Patientengagemanget, respekten för självbestämmanderätten och bemötandet av patienterna är avgörande för hur kontakten och uppföljningen mellan hemmet och sjukhuset fungerar. Transparensen blir allt viktigare och patienten "äger" sin information och bestämmer även om vem den skall delas med (3, 10, 11, 12, 13).

En hög informationskompetens hos sjukskötaren betyder förutom det ovannämnda även att hen i sitt arbete kan söka validerad information, kritisk granska denna och göra rättvisa val baserade på etablerade evidensbaserade fakta, etik och moral. Sjukskötarna behövs i allt större utsträckning för utveckling av olika plattformar för samarbete, forskning och utveckling av sin egen profession. Varje sjukskötare borde därför, enligt sjukskötarförbunden både i Sverige och Finland, ges möjlighet att forska i och utveckla sitt eget arbete där arbetet sker, d.v.s. på avdelningar och mottagningar på olika nivåer inom hälsovården. Detta kan ske genom att på arbetsplatsen smidigt ha tillgång till nationell och internationell forskning som möjliggör evidensbaserat vårdarbete men även möjliggör reflektion och kritisk granskning av egna och avdelningens rutiner och metoder (11, 12, 13, 14).

Vårdarbetets kärna finns ändå fortfarande i bemötandet av patienterna samt i lyssnandet till deras berättelser. Utvecklingen av digitala tjänster ändrar inte på denna vårdarbetets grundtanke utan ger nya möjligheter (12, 13, 14).

Forskning och utveckling kräver standardiserad terminologi och systematik som befrämjas genom elektronisk dokumentering och elektroniska patientdataarkiv. De nationella strukturerna för terminologin och koder administreras och utvecklas inom olika arbetsgrupper inom Institutet för hälsa- och välfärd, THL (15). Viktigt är att de kliniskt arbetande sjukskötarna ges möjlighet att utveckla och utnyttja de standarder som finns eller uppkommer genom användning av elektronisk dokumentering. Endast på så sätt kan vårdarbete och olika vårdmetoder utvecklas och förbättras. Med hjälp

av elektroniska arkiv och taxonomi möjliggörs forskning av vårdarbets innehåll men även jämförelser både nationellt och internationellt. Detta är svårt, om inte omöjligt, med narrativ dokumentering och gamla pappersarkiv (12, 13, 16, 17, 18, 19).

Utbildningen i blickpunkten

Informationsteknologins utveckling och förändringskraven inom vårdsektorn utmanar även utbildningen av sjukskötarna till ständig förnyelse. Hälso- och sjukvårdsutbildningen bör följa utvecklingen inom informationsteknologi och garantera studerande undervisning av hög kvalitet med aktuell förankring (21, 22, 23). Forsknings och utbildningsinstitutet QSEN (Quality and Safety Education for Nurses) initierar till utvecklingen av vårdarbete genom att integrera kompetenser inom kvalitet och säkerhet i vårdutbildningen.

QSEN har definierat informationskompetens hos sjukskötare enligt följande: "Informationskompetens är att använda information och teknologi för att kommunicera, hantera kunskap, minimera avvikelser samt underlätta beslutsfattandet i vårdarbete". Detta kräver ett systemtänkande som innehåller följande områden: patientcentrerad vård, teamarbete och samarbete, evidensbaserad praxis, säkerhet, kvalitetsförbättring samt hälsoinformatik. Systemtänkandet inkluderar således hälsoinformatiken som en av 6 kärnkompetenser i vårdarbetet som bör integreras i utbildningen (15, 24).

I Finland har SHM 2012 tagit ställning till utveckling av vårdlärares kliniska färdigheter (25). I ställningstagande hänvisas till statsrådets förordning om yrkeshögskolor 352/2003. Enligt förordningen bör lärarna upprätthålla och utveckla sin kompetens enligt de aktuella krav som arbetslivet ställer (26). Vårdlärares bör inneha kompetenser inom kliniska färdigheter som motsvarar kraven inom patientsäkerhet och evidensbaserad verksamhet. Det bör även finnas färdigheter att utveckla undervisningen enligt omvärldens förändringskrav (25). Detta möjliggör många olika tolkningar eftersom rekommendationen varken specificerar nivån

eller innehållet i kompetensen inom patient-säkerhet eller den evidensbaserade verksamheten.

Rajalahti har undersökt vårdlärares kompetens i informationshantering i sin doktorsavhandling 2014. Hon anser att informationshanteringen inom vårdarbetet ställer krav även på förnyelse av utbildningen eftersom digitaliseringen medför nya arbetsmetoder, tillför nya data samt ny forskning i vården. I och med att kompetenskraven för sjukskötarna i arbetslivet förändras ändras även kraven på läroplaner och vårdlärares kompetenser (27). I det nationella ställningstagandet angående sjukskötarutbildningen (28) hittas i dagens läge informationskompetensen inbakad i sektionen för patientsäkerhet samt evidensbaserad verksamhet, strukturerad dokumentering och digitalisering. Det förväntas också att de nyutbildade sjukskötnas kunskaper i eHälsa borde vara på den nivå att det möjliggör deltagande i olika utvecklings-, innovations- och forskningsprocesser i arbetslivet, för att förbättra och förnya vårdarbetet enligt tidens krav (12, 13, 27).

Forskning visar att digitaliseringen och behovet av kunskap i informationshantering kräver att vårdlärares utbildning kontinuerligt, att vårdlärares kompetens i informationshantering i dagens läge varierar samt att läroplanerna borde uppdateras att motsvara samtidens krav (21, 22, 23, 27, 28). För undervisning inom vårdutbildningen behövs enligt Rajalahti kunskaper i nya pedagogiska eLearning modeller och teknologi bl.a. gällande simulationspedagogik och användningen av digitala nätverk men även kompetens i vårdinformatik och digitala lösningar inom själva vårdarbetet. Detta förutsätter att lärarna ges möjlighet till fortbildning i informationshantering, digitala system och informationssökning. För att uppfylla kraven som digitaliseringen medför föreslås bildande av expertnätverk mellan yrkeshögskolorna och beaktande av de nationella krav som finns bl.a. på vårddokumentering samt skapande av digitala plattformar och utnyttjande av olika typer av virtuella spel. Även den simulationsbaserade undervisningens pedagogik, där autentiska situationer kan

simuleras på ett tryggt sätt, borde ökas. På så sätt kan kompetensen i informationsteknologi integreras i undervisningen (27).

En allt mera komplex vårdverklighet utmanar utbildningen som borde leda utvecklings- och forskningsinsatser. Undervisningssektorns minskande finansiering och osäkerheten kring alla reformer ökar ytterligare denna utmaning. Grundutbildningen till vårdare, under den korta tid den pågår, kan endast ge grundläggande färdigheter och legitimation till att jobba som sjukskötare, barnmorska eller hälsovårdare. En hög kompetens ute i arbetslivet garanteras genom fortbildning av befintlig personal i samarbete med undervisningsenheterna och en tillräcklig introduktion av nyutexaminerade vårdare. Det yttersta ansvaret för detta faller på varje enskild arbetsplats enligt tanken om livslångt lärande.

Referenser

1. Digitalisering 2020 [Internet]. Hämtad från: http://vm.fi/sv/artikel/-/asset_publisher/digitalisaatio-2020-ryhma-alkaa-seurata-digitalisaatiotavoitteiden-toteutumista.
2. WHO. E Health [Internet]. 2015. Hämtad från: www.who.int/topics/ehealth/en/användningen.
3. Nationella hälsoarkivet KanTa [Internet]. Hämtad från: www.kanta.fi/.
4. SHM. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön-strategia 2020 [Internet]. 2015. Hämtad från: https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/125500/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1.
5. Horner L. How telemedicine can enable declines in readmission rates [Internet]. 2016. Hämtad från: www.health-datamangement.com/opinion/how-telehealth-can-enable-declines-in-readmission-rates.
6. Poikala A, Kuikaniemi K & Kuittinen O. My Data –johdatus ihmiskeiseen henkilötiedon hyödyntämiseen [Internet]. 2014. Hämtad från: www.lvm.fi/docs/fi/3082152_DLFE-25061.pdf.
7. Delbanko T & Walker J. Benefits from destroying the black box (or are we opening Pandoras box?) [Internet]. SGIM Forum February 2. 2012. Hämtad från: www.sgim.org/File%20Library/SGIM/Resource%20Library/Forum/2012/Feb2012-02.pdf.
8. Whyte A. Nurse –led technology helps to improve patient experience and outcomes. Nursing Standard [Internet]. 2016. Hämtad från: <https://rcni.com/nursing-standard/features/nurse-led-technology-helps-improve-patient-experience-and-outcomes-61361>
9. Terveys 2050. Neljä skenaariota ihmislähtöisestä terveydestä ja valinnanvapaudesta [Internet]. Demos.fi. Hämtad från: www.demoshelsinki.fi/wp-content/uploads/2015/06/Terveys2050.pdf
10. Newman J. Setting stage for improved patient engagement. Accenture consulting [Internet]. 2016. Hämtad från: www.accenture.com/us-en/insight-perspectives-life-science

- ces-setting-stage-joshua-newman.
11. SOI konferens 2016. Värddokumentation. Patientens och professionen gemensamma yta [Internet]. Hämtad från: www.swenurse.se/Sektioner-och-Natverk/Sektioner-for-omvardnadsinformatik/Publikationer-och-konferenser/Konferenser-och-presentationer/SOI-konferenser/SOI-Konferens-2015/.
 12. Swedish Society of Nursing 2013. EHealth-a strategy for Nurses [Internet]. Hämtad från: www.swenurse.se/in-english/publications-in-english/e-health-a-strategy-for-nurses/.
 13. Sairaanhoidajaliitto 2015. Sairaanhoidajaliiton sähk6isten palveluiden strategia 2015-2020 [Internet]. Hämtad från: https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2016/01/S%C3%84HK%C3%96SET_TERVAPALV_STRATEGIA.pdf.
 14. ACENDIO association for Common European Nursing Diagnoses Intervention and Outcome [Internet]. Hämtad från: www.acendio.net/.
 15. International Council of Nurses ICP. International Classification of Nursing practice [Internet]. 2011. Hämtad från: www.icn.ch/what-we-do/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/.
 16. THL. Sosiaali- ja terveydenhuollon koodistot [Internet]. 2016. Hämtad från: www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tiedon-ja-vaatimusten-yhdenmukaistaminen/koodistopalvelu/koodistot/potilas-ja-terveyskertomuksen-koodistot.
 17. Sabacare. Clinical Care Classification, Coding for the modern era [Internet]. 2016. Hämtad från: www.sabacare.com/.
 18. Liljamo P, Kinnunen U-M & Ensio A. FinCC luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTal 3.0, SHTol 3.0, SHTul 1.0 [Internet]. 2012. Hämtad från: www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC_luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHTol-luokitusta.pdf?sequence=1.
 19. Helmerson Eva. Patientens perspektiv av värddokumentation /journaler på nätet. Muntlig presentation 18.04.2016.
 20. Dolansky M & Moore S. Quality and Safety Education for Nurses [Internet]. the Online Journal in Issues of nursing. 2013; Vol 18. Hämtad från: www.nursingworld.org/Quality-and-Safety-Education-for-Nurses.html.
 21. Curran Cr. Faculty development initiatives for integration of informatics competences and point of care technologies in undergraduate nursing education [Internet]. The Nursing Clinics of North America. 2008; 43(4).
 22. Dixon B & Newlon C. How do Future Nursing Educators Perceive Information. Advancing the Nursing Informatics Agenda through Dialog. Journal of professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing. 2010; Vol 26 No2-82-89.
 23. Courtney K, Goodwin L & Aubrecht J. Database Management systems. Their place in Nursing Informatics Education. Computer Informatics, Nursing. 2011; vol 29 No 1 7-9
 24. QSEN Institute 2011. Hämtad från: <http://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas/>.
 25. SHM. Koulutuksella osaamista asiakkaskeiksiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta [Internet]. 2012. Hämtad från: <http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/111940/URN%3aBNB%3afi-fe201504224497.pdf?sequence=1>.
 26. Statsrådets förordning och yrkeshögskolor 323/2003 [Internet]. Hämtad från: www.finlex.fi/sv/laki/alk-up/2003/20030352.
 27. Rajalahti. Terveystien opettajien tiedonhallinnan osaamisen uudistaminen [Internet]. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio; 2014. Hämtad från: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1611-2/urn_isbn_978-952-61-1611-2.pdf.
 28. Eriksson E, Korhonen T, Merasto M & Moisio E-L. Sairaanhoidajien ammatillinen osaaminen- Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus hanke [Internet]. 2015. Hämtad från: <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>.

Författaren

Sirkku Säätelä

Specialsjukskötare, MPA,

Lektor, Yrkeshögskolan Novia, Vasa

Från etiska seminarier till värdeauktioner

Margit Eckardt

För fem år sedan påbörjades EETU-seminarieprojektet på HNS, HUCS/Pejas sjukhus, Vanda. EETU kommer från de finska orden eettinen tukeminen, dvs. att stöda etiskt tänkande. På svenska kunde en förkortning vara StödEt.

Projektet startade efter att några av HUCS kliniska lärare i vårdarbete och kliniska experter läst Sinikka Brunous doktorsavhandling (1) om de etiska problem studerande upplevt under den handledda praktiken. Jag kom med i projektet först som en medlem av projektgrup-

pen men tog senare över som projektledare, eftersom jag är klinisk lärare i vårdarbete just på Pejas sjukhus. Projektgruppen i övrigt består av representanter från de medicinska-, kirurgiska- och psykiatriska enheterna på Pejas sjukhus.

I Brunous doktorsavhandling (1) framkom att studerande upplever många etiskt svåra situationer och att svårigheterna är av många olika slag. Det kom också fram att studerande ofta saknar en plats där de kan diskutera de upplevelser de haft. Projektgruppen ville erbjuda de studerande och personalen en sådan plats. Man beslöt därför att påbörja ett projekt där man testade hur väl ett seminarium kunde fungera som diskussionsplats. Under

projektperioden (år 2011) erbjöds personalen 2 gånger/termin etiska seminarier där man diskuterade etiska case ur det verkliga livet.

Både Brunous forskning (1) och EETU-projektet visar att etiskt svåra situationer inte enbart sker i direkta patientvårdssituationer; en stor del av problemen uppkommer i andra kontext.

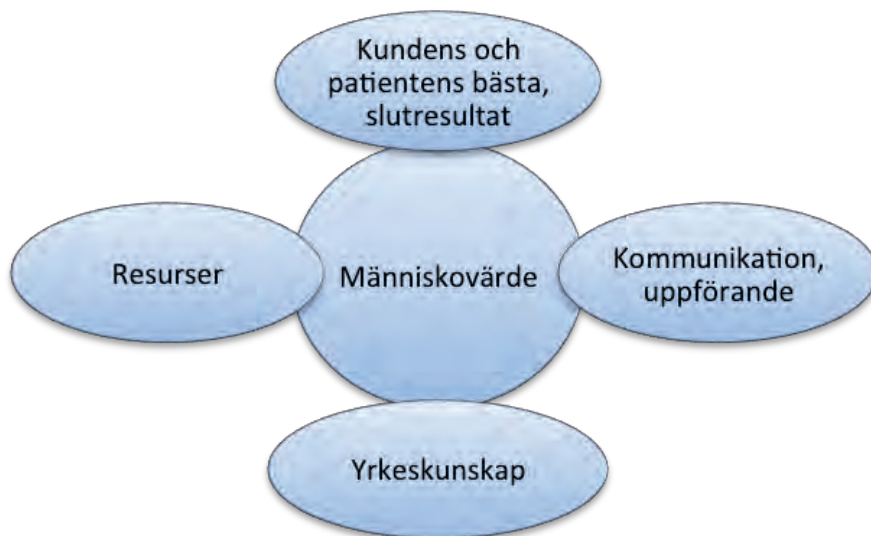
EETU-projektet

Inom EETU-projektet fick vi de etiska problemen som diskuterades genom att studerande anonymt skrev ner situationer de upplevt under olika praktikavsnitt. Sedan gav eller skickade studerande dessa berättelser till oss i slutna kuvert. Den ovannämnda projektgruppen gick igenom berättelserna och ändrade dem bara så mycket att enskilda personer eller avdelningar inte kunde kännas igen på seminariet. Berättelserna har tagit upp stora frågor såsom eutanasi men de flesta handlar om mera all dagliga saker och många berättelser utspelade sig mellan olika personalgrupper (2). Berättelserna beskrev studerande som

hamnar mellan olika handledare, man frågade sig om sjukskötaren måste vaccinera sig och om alla patienter faktiskt får den vård de behöver? Berättelser som behandlade frågor om uppförande och kollegialitet var uppseendeväckande många.

Idag erbjuder projektgruppen ett seminarium per termin både på Pejas och Jorvs sjukhus, samt ett seminarium per år på Tölö sjukhus. Detta är alltså ett projekt som överlevt projekttiden och som har blivit en del av vår vardag. Projektgruppen finns kvar och möts 1–2 ggr/år. Vid dessa möten diskuterar vi följande års seminariedatum och går igenom case som kunde användas.

Ett typiskt seminarium går till så att vi först kort går igenom vad etik är och varför vi bör kunna detta i vardagen. För att underlätta diskussionen delar vi ut papper med frågor man kan använda som utgångspunkt vid diskussionen. I dag använder vi oss av ETENES figur, som ETENE använt när de har analyserat en enhets etiska tillstånd (3). I ETENE:s skrift kallas figuren ETENES rekommendation. Figuren nedan har jag översatt för denna artikel.



Därefter delas deltagarna in i små grupper på 5–6 personer som tillsammans diskuterar ett case. Idealet är att det i varje grupp finns både studerande och personal. Vi brukar ha 2–3 case per gång. Efter ca 15–20 min fortsätter vi diskussionen tillsammans. En av lärarna leder diskussionen och varje case diskuteras tillsammans. Den gruppen som har diskuterat caset som sitt börjar alltid diskussionen. Den gemensamma diskussionen brukar ta ca 10–20 minuter/case. Hela seminariet tar ca 90 minuter. På denna tid kommer man inte djupt in i caset men de medverkande brukar vara nöjda med att få diskutera etik.

5 år av erfarenhet

I år fyller EETU-projektet 5 år. Vi ordnade ett retroseminarium, dvs. vi använde oss av några av de case som vi diskuterat första året. Dessa case behandlade kollegialitet och sekretessbestämmelser på olika sätt: Vad göra då en kollega ber att man inte för vidare ett medicineringsfel då hon är rädd för att inte få en fast anställning p.g.a. felet hon gjort? Bör man ingripa då en kollega läser en "kändis" patients papper och berättar vidare om det hon läst för hela avdelningens personal? I vilka fall bör man informera anhöriga fast patienten förbjudit det? I detta fall fanns också barn med i bilden så barnskyddet blev en del av detta case.

Under de fem år vi erbjudit seminarier har vi också lärt oss att det inte finns just någon fortsättnings- eller tilläggsskolning gällande etiska frågor, därför erbjuder vi också etiska skolningseftermiddagar. För hösten 2016 har vi planerat en etisk eftermiddag, den andra i ordningen, där programmet denna gång består av "den osynliga studeranden", etik ur avdelningssköterskans perspektiv och till sist introduktion av HNS nya broschyr gällande värdegrunden.

Etiktemat syns på HNS

Etiktemat syns idag på HNS inte bara under EETU-seminarierna. Etiken syns i den nybildade HNS etikgruppen och dess arbete. Olika skolningar har idag en etisk del och de längre

interna skolningarna har en etisk dag. Inom universitetssjukhuset har det redan länge funnits forskningsetiska grupper och nu finns det också en etisk grupp som har till uppgift bl.a. att granska HNS direktiv ur ett etiskt perspektiv. Den nya värdegrundsbroschyren har utvecklats av gruppen. Denna grupp grundades år 2015 och är bara i början av sitt arbete. Medlemmarna i gruppen representerar hela HNS och dess olika yrkesgrupper.

HNS erbjuder intern skolning för sin personal. Skolningens längd varierar från en timmes lektioner till fortbildning som kan räcka ett helt år. Efter att en nyanställd introducerats i arbetet på sin enhet kan hen anmäla sig till en 6 dagars fördjupad introduktion i arbetet. Varje dag har ett eget tema, varav ett tema är etik. Under dagens lopp diskuteras etiken ur flera olika synvinklar, t.ex. tystnadsplikt, patienten och familjen i kris. Dagen avslutas med ett EETU-seminarium. För vårdpersonal som arbetat inom HNS minst 5 år erbjuds en ettårig skolning som heter Taitava Hoitaja dvs. Skicklig Sjukskötare (4). Inom denna skolning finns en eftermiddag med etik som tema. Föreläsaren kommer vanligen från Turun Yliopistos vårdvetenskapliga fakultet.

De kliniska lärarna i vårdarbete erbjuder varje termin skolning för studerandehandledare. Denna skolning består av två delar, en endags grunddel och en två dagar lång fortsättningsdel. Under första dagen diskuteras tystnadsplikten och under fortsättningen är temat etik under handledningen. Denna höst testades en ny undervisningsmetod, en värdeauktion med följande skeden:

- Handledarna indelades i grupper och skrev ner alla de värden de ansåg viktiga i vården. De flesta grupperna skrev ner mellan 8 och 15 värden.
- Deltagarna fick sedan följande instruktion: Det uppstår en kris inom vården och alla värden kan inte upprätthållas, ta bort hälften av era värden. Gruppen ombads argumentera för vilka värden som man ville behålla och varför, samt vilka kunde tas bort och varför.



Författaren Margit Eckardt.

Detta var en förkortad version av en värdeauktion (5), där valutan är personens eller gruppens argument för sina värden. Handledarna hade inga svårigheter att skriva ner viktiga värden inom vården, men de hade det svårare när de skulle argumentera varför ett värde är viktigt och varför ett annat kan tas bort. Argumenteringarna blev ofta korta och ytliga.

Under hösten har skribenten presenterat samma metod för en annan grupp handledare, men här var uppgiften att skriva ner viktiga värden i handledning av studerande. Detta

visade sig vara mycket svårare, och flera grupper sade att de aldrig tänkt på handledningen ur detta perspektiv. Detta var en kort test av en för oss kliniklärare ny metod, men den gav mersmak och kommer säkert att användas igen. Våra grupper hade bara 45–60 minuter tid på sig, i Clarkeburns kompendium (5) där metoden presenteras har grupperna 4–8 timmar tid för uppgiften, och har också en möjlighet att söka material för sina argument.

Information om EETU

Tilläggsuppgifter om EETU kan fås av författaren. Projektrapporten finns inte publicerad men kan skickas till intresserade. Rapporten finns enbart på finska. Detta projekt har presenterades för en större publik i *Hoitotyön vuosikirja 2012, Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt* (6). I ovan nämnda årsbok är också Brunou en av skribenterna.

Referenser

1. Brunou S. Sairaanhoitajaopiskelijoiden ohjattujen harjoittelujen aikana ilmenneet eettiset ongelmat. Turun Yliopisto; 2009.
2. Koota E, Poikkeus T. Opiskelijoiden eettisen osaamisen tukeminen käytännön harjoittelussa. EETU-hankkeen loppuraportti. Opublicerad rapport. HNS; 2011.
3. Etiikkaa elämämme porteilla – periaatteita, kannanottoja ja näkemyksiä. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2010–2014. Sidor: 13–18.
4. Benner P. Från novis till expert – mästerskap och talang i vårdarbetet. Lund, Studentlitteratur AB; 2001.
5. Clarkeburn H. Etiikanopetuksen teoriaa ja kokemuksia. Helsingfors Universitet. Viikin opetuksen kehittämisspallut, julkaisuja; 2/2006.
6. Ranta I. Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. *Hoitotyön vuosikirja 2012. Sairaanhoitajaliitto, FIOCA*; 2012.

Författaren

Margit Eckardt

Klinisk lärare, vårdarbete,
HvM & TM

HNS/HUCS, Musculoskeletal och
plastikkirurgi, Pejas sjukhus

Vårdvetenskapens bidrag till kunskap och kompetens för framtidens hälsovård

Professor Lisbeth Fagerströms installationsföreläsning 2 december 2017

Lisbeth Fagerström

Bästa kansler, rektorer, dekanus, administratörer, vårdvetenskapens idkare, vänner och gynnare, mina kolleger och min kära familj.

Först vill jag tacka Åbo Akademi, Fakulteten för utbildning och välfärd, för att jag blev vald till professor i vårdvetenskap efter en lång process på nästan 1,5 år. Det är en stor ära att få förtroendet att leda vårdvetenskapen vidare. Jag har följt vårdvetenskapen i 29 år, sedan 1987 då jag var en av de första magisterstuderanden som började i Vasa. Vårdvetenskapen flyttades från Helsingfors universitet till Åbo Akademi i Vasa efter en dragkamp med många och långa diskussioner, då dåvarande professor Katie Eriksson till och med hotade med att grunda en kattfarm i stället för att komma till Vasa. Men i dag kan vi konstatera att beslutet att flytta utbildningen till Vasa var en god lös-

ning. Verksamheten har varit framgångsrik på många sätt. Tack vare att professor emeritus Eriksson har ägnat hela sitt liv och livsgärning för vårdvetenskapen i Vasa och tillsammans med en trogen stab har en enastående produktion av examina varit möjlig, också under de senaste åren då personalresurserna så gott som halverats. Under de senaste åren har docent, akademilektor Carola Wärnå-Furu varit t.f. professor och ansvarat för verksamheten. Till dagsdato har 307 hälsovårdsmagistrar, 25 licentiat och 63 doktorer utexaminerats och om en vecka utexamineras doktor nummer 64.

Utbildningsområdet hälsovetenskaper erbjuder i dag magisterexamen och möjligheter till doktorandstudier. Vårdvetenskapen vid Åbo Akademi har och har alltid haft ett nationellt svenskspråkigt utbildningsansvar och

de flesta av våra magisterstuderanden har en kandidatexamen från yrkeshögskolenivå eller motsvarande, dvs är sjukskötare, hälsovårdare, barnmorskor, akutvårdare, ergoterapeuter, röntgenskötare eller bioanalytiker.

Temat för min installationsföreläsning är 'Vårdvetenskapens bidrag till kunskap och kompetens för framtidens hälsovård'. Någon har sagt – för att kunna planera för framtiden bör vi förstå vår historia. Historien är och har alltid varit en viktig utgångspunkt för vårdvetenskapen, både nationellt och internationellt. Florence Nightingale, grundaren av sjuksköterskeprofessionen, är fortsättningsvis vår förgrundsgestalt. Hon var den första vårdforskaren som på ett systematiskt sätt samlade data, gjorde observationer, analyserade och drog slutsatser gällande vården och miljöfaktorer och soldaternas lidanden under Krimkriget.

I Finland är vår nationella förgrundsgestalt friherrinnan Sofie Mannerheim (1863–1928), marskalken Carl Gustaf Mannerheims syster som studerade till sjuksköterska vid London vid Nightingale Training School for Nurses och utexaminerades år 1902. Hon blev en av förgrundsgestalterna i Sjuksköterskeförbundet i Finland, som grundades år 1898. Sofie Mannerheim var dess ordförande från 1905 till 1926. Sjuksköterskeförbundet i Finland har verkligen varit och är en sann vårdvetenskapens gynnare och föreningen beslöt att finansiera en donationsprofessur i vårdlära till Helsingfors universitets medicinska fakultet år 1987.

Professor emeritus Katie Eriksson blev rektor för Helsingfors sjukvårdsinstitut år 1975 och har sedan dess under mer än 40 år utvecklat vårdvetenskapen som ett nytt vetenskapsområde i Finland. Internationellt startade utvecklingen av Nursing Science i USA under 1950-talet. I dag vill jag beskriva professor emeritus Katie Eriksson som en av Nordens mest centrala vårdteoretiker, som enligt min mening är den teoretiker som har haft det största inflytandet på utvecklingen av vårdvetenskapen i Norden.

Eriksson disputerade inom pedagogiken vid Helsingfors Universitet år 1982 och jag menar att vårdvetenskapen har från första början starkt influerats av en pedagogisk grundsyn.



Professor Lisbeth Fagerström.

Erikssons vårdteoretiska utveckling startade med vårdprocessen, som var en del av hennes doktorsavhandling från 1982 med professor i pedagogik Peep Koort som handledare. Vårdprocessen beskrevs då som en logisk beslutsprocess utifrån ett systemteoretiskt tänkande. Denna trend gick under 1980-talet som en röd tråd också inom den internationella Nursing Science utvecklingen. Vårdandet beskrevs i termer av ansa, leka och lära, med andra ord med ett klart pedagogiskt perspektiv. I ett tidigt skede utvecklade Eriksson vårddidaktiken och sedan 1990-talet blev fokuset mera på vårdandet av hela människan, hennes hälsa och lidande, caring fenomenet samt etiska och andliga/existentiella frågor. Det grundläggande motivet i vårdvetenskapen och vårdandet är caritas, medmänsklig kärlek och barmhärtighet, som är den ledande idén och ger en specifik karaktär åt vårdvetenskapen.

Vårdvetenskapens teorikärna har systematiskt utvecklats under de senaste 30 åren och jag väljer att i dag beskriva denna teorikärna

som en ontologisk grundsyn, bestående av centrala begrepp och fenomen, som inte är professionsbundna, utan gäller för allt vårdande inom det hälsovetenskapliga området. Denna teorikärna blev, på den tiden det begav sig, en motpol till den medicinska synen som helt dominerade hälso- och sjukvården. Det fanns ett klart behov av att lyfta fram att patienten är mera än en diagnos, hälsa är mera än frånvaro av sjukdom och patientens lidande bör tas på allvar och förstås också i termer av andliga och existentiella behov. Vårdvetenskapen vid Åbo Akademi blev därför en pionjär inom sitt område och intresset för vårdteorin spred sig i hela Norden. Huvudintresset har legat inom grundforskningen och det filosofiska området och den kliniska vårdforskningen har inte prioriterats. En trolig orsak till detta har antagligen varit begränsade ekonomiska resurser i form av forskare och personal.

Vårdvetenskapens grundvärden är synnerligen aktuella i dag i en värld av konflikter, utanförskap, rasism, sjukdom och lidande på många olika plan i samhället och i världen. Vårdvetenskapens ethos som betonar människans unika värde och respekten för patienten som person är helt avgörande för hur vi bemöter varandra i vården, men också i all utbildning, ledarskap och i all medmänsklig och relationsintensiv verksamhet. Den etiska hållningen till den andre inverkar på hur vi uppfattar, förstår, tolkar och bemöter patientens hälsobehov men också hur vi främjar, förebygger, stöder, vårdar, lindrar och behandlar den lidande patienten, oberoende om vi är vårdare, läkare eller annan vårdpersonal. Denna teorikärna ger ett gemensamt perspektiv oberoende grundutbildning, klinisk kontext eller forskningsområde. Jag vill därför hävda att den caritativa vårdteorin är relevant för all personal inom det hälsovetenskapliga området och därför också värd att vidareutveckla i framtiden.

I dag då vi blickar framåt kan vi alltså konstatera att grunden i vårdvetenskapen är lagd tack vare grundforskningen. Vårt, mitt ansvar, blir nu en anpassning till 'modern' tid och till nästa generationens vårdare, utbildare, ledare och forskare inom vårdvetenskapen. Världen omkring oss har förändrats under de nästan

30 åren som vårdvetenskapen har existerat vid Åbo Akademi. För mig är det viktigt att vi förmedlar och 'säljer' vårdvetenskapen i en sådan form och med ett språk som kan inspirera och motivera nästa generation att satsa på vårdvetenskaplig utbildning och forskning. Viktigt är att ytterligen betona att vårdvetenskapen bör svara an mot aktuella och framtida behov i samhället. Det är en etisk fråga för mig som ansvarig professor för vårdvetenskapen att kunna bidra till mera hälsa och bättre vård för den unika patienten. Vårdvetenskapen bör bidra med kunskap och kompetens för utbildning av kliniska vårdexperter, vårdledare, vårdlärare och lärare i hälsokunskap samt experter som kan bidra med nya innovationer i syfte att utveckla hälsovården, som i dag i Finland verkligen står inför en omfattande reform som har beskrivits i termer av paradigmskifte.

Vilken kunskap och kompetens behövs då i framtidens hälsovård? Jag väljer nu att lyfta fram några exempel från min egen forskning som relevanta forskningsområden. I den kommande social- och hälsovårdsreformen kommer vårdpersonalresurserna att vara av central betydelse. Vårdpersonalresurser kan beskrivas i termer av kvantitet, dvs hur många vårdare som behövs i relation till patienternas vårdbehov, och i termer av kvalitet, d.v.s. vilken kompetens och utbildningsnivå som behövs för god vård och goda behandlingsresultat. Min doktorsavhandling hade temat 'Patientens vårdbehov – att förstå och mäta det omätbara' och bestod av fem vetenskapliga artiklar publicerade i internationella tidsskrifter. Dessa artiklar var de första som omhandlade utvecklingen av RAFAELA systemet, som ett ny metod för planering och uppföljning av vårdpersonalbehov på sjukhus. Detta system används i dag på ca. 90 % av alla sjukhus i Finland och ägs av Finlands kommunförbund. Försättningsvis fungerar jag som expert för vidareutveckling av systemet och har ännu pågående forskning i området, exempelvis modifiering av systemet för hemsjukvård samt studier gällande vårdintensitet och outcome/vårdresultat. Vår senaste studie på tre sjukhus i Finland visar på att för hög arbetsbelastning per vårdare, dvs över optimal vårdintensitetsnivå, leder till

en signifikant försämrad patientsäkerhet och större dödlighet (20–30%).

Omfattande internationella studier har visat att sjukskötarens utbildningsnivå har en klar effekt på vårdresultat. För få sjukskötare med kandidatexamen (yh-examen i Finland) leder exempelvis till mera trycksår, mera sjukhusinfektioner, sämre återupplivning och en ökad dödlighet. Med dessa exempel vill jag lyfta fram ledarskapets betydelse och hälsovårdsadministration, som ett viktigt biämne inom vårdvetenskapen som bör stärkas både vad gäller forskning och också resursmässigt.

Kommande social- och hälsovårdsreform har som avsikt att skapa en jämlik tillgång till vård, förbättra patientens valfrihet och en betydande ekonomisk inbesparing. Men vi i Österbotten måste ännu kämpa för vårt central-sjukhus, och för vård på svenska i hela Svenskfinland. Vi vet också att primärvården kommer att omorganiseras, frågan är om vi kommer att ha samma tillgång till vård och behandling ute i våra kommuner efter SOTE-reformen. Jag vill därför i dag lyfta fram primärvården och hemmet som viktiga tyngdpunktsområden för vårdvetenskaplig forskning. Största delen av både den internationella och nordiska vårdforskningen har helt klart varit mera fokuserad på sjukhus kontext än på primärvården och hemsjukvården.

Forskning om hemvård har klart påvisat att vårdkontinuiteten är avgörande för patienttillfredsställelse, psykosocialt välbefinnande, sjukhusinläggelser och vårdkostnader. I ett av mina forskningsprojekt framkom att organisationen av hemvården för dementa patienter hade klara brister så som bristande kompetens och vårdkontinuitet, uppgiftscentrerat arbetssätt, klara brister i samarbete med anhörigvårdare samt en klar fragmentering av vården med försämrad kvalitet som följd. Jag har haft förmånen att vara aktivt med i GERDA forskningen under 10 år (samarbetsprojekt mellan högskolor och universitet i Kvarkenregionen, 2001–2011). Under den tiden kom jag till insikt hur krävande vården av de äldre är och hur bristfällig kompetensen är ute i kommunerna. Vi vet också att kompetensnivån hos vårdare i hemvården är otillräcklig eftersom allt flere

vårdkrävande patienter kommer att vårdas hemma. Sjukskötare i hemsjukvården borde ha en betydligt djupare kompetens i gerontologi och geriatrisk bedömning än vad de har i dag, för att kunna främja hälsa, förebygga att hälsotillståndet försämras samt kunna sätta in rätt vård och behandling vid hälsosvikt. Utbildning och forskning gällande äldrevården ser jag som ett viktigt område för vårdvetenskapen.

Kompetens i gerontologi och geriatrisk bedömning tangerar ett av mina viktigaste forskningsområden, dvs avancerad klinisk vård som jag systematiskt och målmedvetet utvecklat och forskat om både i Finland, Sverige och i Norge de senaste 10 åren. Avancerad klinisk vård handlar om att sjukskötare med en gedigen utbildning på masternivå (s.k. expertsjukskötare eller avancerade kliniska sjukskötare) kan ta ett större ansvar för patientens vård och behandling. Detta har påvisats i många internationella randomiserade kontrollerade studier. Om förriga professorn Katie Eriksson utmanade den medicinska vetenskapen och företrädarna med en ny holistisk syn på patienten och vården, så utmanar jag som ny professor till en ny och mera effektiv ansvarsfördelning av patienters vård och behandling. Expertsjukskötare med en avancerad klinisk kompetens kan bli den innovation som gör att tillgången till vård och behandling, för utsatta grupper i glesbygden och för svenskspråkiga, kan garanteras – trots SOTE-reformen. Hälsovårdstjänster bör organiseras utifrån patienters behov och med syfte att maximera hela vårdteamets kompetens, och inte utgående från gamla hierariska modeller. Ett fungerande teamarbete mellan olika professioner i hälsovården är en nyckel till framgång.

Som professor i vårdvetenskap ansvarar jag också för utbildningen av blivande lärare i hälsokunskap, med behörighet att undervisa i hälsokunskap upp till gymnasienivå. Beslutet att placera denna utbildning under hälsovetenskapen var ett synnerligen klokt beslut. Utbildningen ges i samarbete mellan lärare och forskare från pedagogiken och från vårdvetenskapen, vilket ger goda möjligheter för tvärvetenskapliga samarbete och forskning inom vår fakultet. Om vi kan inspirera barn

och ungdomar till att i ett tidigt skede bli medvetna om hur den egna hälsan kan främjas, är något av det mest värdefulla hälsovetenskapen kan bidra till. Enligt Statistikcentralen var den förväntade livslängden för nyfödda under perioden 2011–2013 längst för flickor födda i landskapet Österbotten, dvs. 84,8 år. Alltså en relativt stor andel av barn som föds i dag kommer att bli 100 år eller mera. Detta i kombination med den medicinska och teknologiska utveckling kommer att leda till stora grupper av äldre personer med flera kroniska sjukdomar. Den kliniska hälsokunskapen har här en viktig uppgift i att utveckla kunskap om hur vi kan ta ett större ansvar för vår egen hälsa under hela vårt liv, men också i hög ålder och med flera kroniska sjukdomar. Vi behöver därför mera forskning hur vårdpersonalen kan coacha och motivera patienter till att ta mera ansvar för sin egen hälsa och till att utveckla sin förmåga till självvård.

Varför detta intresse för de frågor jag just aktualiserat? Mtt avstamp i karriären var långa matematik, fysik och kemi i gymnasiet. Allt sedan jag blev sjukskötare har jag aktivt valt att engagera mig i Sjuksköterskeföreningen i Finland rf och i det finska Sjuksköterskeförbundet. Mina ca. 20 år inom Vasa Sjukvårdsdistrikt och all den erfarenhet jag fått från klinisk kontext, goda sjukskötarkolleger och medicinare, min erfarenhet från all värdefull forskning inom GERDA och i Norge har haft en stor inverkan på mig. Den teoretiska grund jag fick i min vårdvetenskapliga utbildning har gett mig kompetens att analysera, reflektera och forska.

Mitt intresse är helt klart den kliniska vårdvetenskapen, hälsokunskapen och även ledarskap och hälsovårdsadministration. Jag menar att det är inte tillräckligt att vi utvecklar kunskap genom forskning och bidrar till kunskap genom utbildning. Kunskapen måste omsättas till kunskap i handling (enligt B. Molander och B. Gustavson) För mig är den vårdvetenskapliga ontologin en styrka, men epistemologin är ett område som bör utvecklas. Med detta menar jag, av vi behöver ha en pluralistisk syn vad gäller metodologi, forskningsdesign och forskningsmetoder, både kvantitativa och

kvalitativa metoder. En vetenskapsteoretisk grundsyn som betonar en syntes av tre former av kunskap (enl. Aristoteles), d.v.s. episteme/vetenskaplig kunskap, techne/färdigheter och phronesis/personlig visdom och etik, är helt nödvändig. Det finns en gammaldags, förlegad och icke-fruktbar dualism och motsättning mellan naturvetenskap/positivism och humanvetenskap. Vi behöver alla former av kunskap. Vårdverklighetens komplexitet förutsätter en kompletaritetssyn vad gäller metodologi och metoder och en kompetens i att kombinera olika typer av kunskap. Speciellt på kandidat och magister/mastersnivå är en kunskapssyntes nödvändig, så att studeranden kan fördjupa sin kompetens som en kunskap i handling. Det goda vårdandet kräver vetenskaplig kunskap från både humanvetenskapen (inklusive vårdvetenskap) och naturvetenskapen (inklusive medicinska ämnen) samt goda kliniska färdigheter och en personlig visdom och etik.

Min målsättning är att tillsammans med mina goda kolleger bygga vidare på den grund som har lagts under 30 år av vårdvetenskaplig forskning. Vårdvetenskapens viktigaste uppgifter är att utveckla ny kunskap och nya innovationer genom forskning och att bidra främst till svenskspråkig vårdpersonals kompetens, kunskap i handling för att verkligen främja hälsa, förebygga ohälsa och sjukdom, lindra lidande och kunna bidra till en värdig död då patienten närmar sig livets slut. I all vår verksamhet är patientens personliga upplevelser och erfarenheter av sin hälsa och ohälsa en viktig utgångspunkt. Regional utveckling har alltid varit viktigt för mig och jag önskar att vårdvetenskapen blir en allt viktigare aktör och samarbetspartner i utvecklingen av framtida hälsovård. Till sist vill jag rikta ett varmt tack till alla som på olika sätt bidragit till att jag i dag installeras som professor.

Författaren

Lisbeth Fagerström

Professor i vårdvetenskap

Fakultet för pedagogik och välfärd

Åbo Akademi

Masterexamen på högskola som ett språngbräde för förändring och utveckling

Maria Forss • Ira Jeglinsky-Kankainen •
Åsa Rosengren • Eivor Wallinvirta

Vi hävdar att masterexamen på högskolan fungerar som ett språngbräde för de som vill bidra till förändring och utveckling av dagens social- och hälsovård.

Entreprenörskap och innovation

De flesta framtidsrapporter om social- och hälsovården idag har en gemensam nämnare – de efterlyser alla kompetenta och duktiga medarbetare, inte bara för att möta framtidens utmaningar, utan för att delta och driva dessa. I vårt förändrade samhälle är det flera faktorer som bidrar till att kunskapsutvecklingen är central för att bibehålla effektiva men samtidigt hållbara arbetsplatser. Arkitekturen på arbetsplatser förändras, nya tjänster skapas och multiprofessionella nätverk handhar

I den här artikeln vill vi diskutera kompetenser viktiga för morgondagens medarbetare och ledare inom social- och hälsovården. Vi lyfter fram kompetenser för entreprenörskap och innovation samt kompetenser för social mobilisering och verksamhetsutveckling. Även ledarskap är ett tema vi diskuterar och avslutar med att belysa på vilket sätt Arcadas masterexamen kan svara på dessa frågor.

alltmer komplexa utmaningar. Anställda är inte längre enbart anställda, inte heller helt entreprenörer men något mittemellan (1). Till exempel blir fler medarbetare ombedda att



Programledare för masterutbildningar vid Arcada är från vänster Ira Jeglinsky-Kankainen (Rehabilitering) Maria Forss (Hälsofrämjande) Åsa Rosengren (Det sociala området) och Eivor Wallinvirta (Avancerad klinisk vård).

agera på obekanta sociala medier och med nya digitala verktyg. Det finns en stark nyfikenhet på flera arbetsplatser idag och ett av statsrådets spetsprogram handlar just om att odla en försöka-på-kultur även för något som är lika aktuellt för den offentliga sektorn som den privata. Både intraprenörskap och entreprenörskap står idag högt i kurs på våra arbetsplatser.

Flera faktorer bidrar till det stora behovet av förändringar inom social- och hälsovården idag. Dessa är demografiska, finansiella, digitala, juridiska och politiska faktorer som alla på sitt eget sätt förändrar och påverkar sättet på vilket vård och omsorg idag produceras och erbjuds. Utbildning behöver beakta alla dessa

förändringar och beakta utmaningar som idag delvis är svåra att ens fånga. Lärande handlar inte om att reproducera den arbetsmiljö och de lösningar vi har idag, utan istället fokusera på revideringar och innovativa lösningar (2). Samtidigt blir det viktigt att utveckling och innovation drivs tillsammans med patienten/klienten/brukaren för att garantera etiskt hållbara lösningar. Idag handlar innovation om att skapa något nytt tillsammans (3).

Verksamhetsutveckling genom aktivt medskapande

Nya krav på verksamhetsutveckling ställs på grund av stora samhällsförändringar och

ökande komplexitet inom välfärdssektorn. På lokal nivå handlar det i praktiken om omorganisering av verksamhet och krav på kvalitet. Det ställs också krav på "evidens" som underlag för att effektivisera och förbättra verksamheter (4, 5). Ökat brukarinflytande vid utveckling av välfärdsservicen (6) aktualiserar även frågan om hur vi kan lägga upp strukturer för att stärka verklig brukarmedverkan både vad gäller utveckling av verksamheter och i kunskapsproduktionen (7).

Olika slags kunskap produceras och används hela tiden i den professionella praktiken – allt från tyst, praktisk, erfarenhetsbaserad kunskap till teoretisk och forskningsbaserad kunskap (8). Varje sammanhang i praxis har sin kunskap (9), utmaningen ligger i att ta tillvara all denna kunskap i verksamhetsutvecklingen och att mobilisera olika intressenter eller aktörer (beslutfattare, ledare, praktiker, serviceanvändare, medborgare) till socialt förändringsarbete (jfr.10). Utmaningen ligger också i att kunskapssäkra den lokala utvecklingen så att forskningen kommer den professionella praktiken till nytta, dvs. att professionella inom social- och hälsovården upplever forskningen som relevant och användbar i vardagen där den används.

I detta sammanhang lyfter Uggerhøj (11) fram vikten av aktiv samverkan vid förändring och utveckling av verksamheter. Verkliga förändringar kräver att många olika personer och parter deltar i forsknings- och utvecklingsarbetet. Alla behöver få lyfta fram sina uppfattningar, intressen och behov av ny kunskap för att utveckla och förbättra den professionella praktiken. Enligt Dal Santo och hennes kolleger (12) är den mest centrala faktorn för att effektivisera användning av forskning, att klargöra forskningsproblemet för och av alla parter i det begynnande stadiet och att stärka kommunikationen mellan alla parter längs med hela processen. Det är fråga om att garantera mångfalden, att de som berörs hörs och att de inkluderas i verksamhetsutvecklingens olika skeden. Denna betoning på växelverkan och dialog, på relationer och på en reflekterande diskussion mellan olika parter öppnar upp för förändring och utveckling av professionell prak-

tik inom social- och hälsovården.

Förändringsledarskap eller ledarskap i förändring

Jubileumsfonden för Finlands självständighet Sitra (13) är en framtidsorganisation som framhåller att arbetsmarknaden är i snabb förändring. Digitaliseringen, den internationella konkurrensen och förändringar i de ekonomiska strukturerna gör att utvecklingen är snabb och yrkeslivet är i en vändpunkt. Hur är högskolorna med i denna globala förändring på arbetsmarknaden och hur svarar högskolorna mot dessa utmaningar?

Ett gott förändringsledarskap har aldrig varit så aktuellt som idag för att ha framgång som ledare. Arbetslivsfrågor kräver experter med talanger inom många olika områden: bland annat lednings- och medarbetarkompetens, social kompetens, förmåga att organisera sitt arbete, förmåga att kombinera familjeliv och arbete, förståelse av välbefinnandets betydelse i arbetet, medvetenhet om det egna ansvaret i organisationen samt medvetenhet om det mångkulturella. Vad avser vi med ett ledarskap i förändring av idag – handlar det om ett värdeledarskap, ett delat ledarskap, ett inre ledarskap eller något annat?

Tuija Talvitie, som leder organisationen för konfliktlösning CMI: Crisis Management Initiative (14) talar om tre värden som är globalt hälsofrämjande: jämlikhet, förtroende och smart teamarbete. Förtroende är också ett värde som Arbets- och näringsministeriet (15) lyft i topp i projektet Arbetsliv 2020 tillsammans med värdena ihärdighet och mod. Förtroende är ett starkt värde. Förtroende får människor att påverka sitt eget arbete, att våga förändra, att hitta sitt eget inre ledarskap, att öppet våga diskutera svåra frågor, att lyssna på varandra och att ta hänsyn till varandra. Förtroende återspeglas också i handlingar – om hur ansvar syns på individnivå eller som medlem i en grupp. Ett mångprofessionellt arbete, t.ex. fungerar inte utan förtroende och tillit (16, 17). Talvitie säger att alla starka samhällen bygger på förtroende, där människor vet att löften och avtal håller och att processer fungerar. Hur ska-

par vi förtroende och sammanhang och förbeträder oss i högskolorna för dessa förändringar i arbetslivet. Vilket slag av värdeledare vill vi se i framtiden? Hurudana nätverk behöver vi skapa mellan högskolor och arbetsliv och hur ser vi på mångfald? Vad behöver vi ge upp för att skapa nytt, modigt pröva på och ta risker?

Per Schlingmann (18) säger att förändring inte handlar om ord utan om handling. Det betyder att våga leva förändring och handla annorlunda idag än igår. Utveckling, förändring och förnyelse är tidskrävande processer, det kräver hängivenhet och att orka hålla i. Ledaren behöver uthållighet (se 15). Om högskolorna på allvar vill vara med i detta förändringsarbete arbetslivet just nu är inne i behöver högskolorna på samma sätt arbeta långsiktigt och engagerat. Vi vill ju visa studenterna att vi är med i detta förändringsarbete och att vi kan sätta förändringen i ett professionssammanhang. Vi vill motivera och inspirera studenterna att bli delaktiga och delta i förändringsarbete. Vi har en ambition att kunna svara upp mot att utbilda framtidens experter som behövs inom social- och hälsovården.

Mastersstudenter som förändringsagenter för att leda utveckling

Inom den högre yrkesutbildningen finns det en tydlig strävan att utveckla studenters kompetens i forskning, utveckling och innovation (FUI) (se t.ex. 19). Det FUI-arbete som mastersstudenter bedriver sker ofta i projekt där olika företeelser i deras verksamhetssammanhang studeras. Tanken är att den forskning som sker inom projekten har en samhällelig påverkan och de frågor som forskas i har relevans på både en lokal och samhällelig nivå (20). Vi behöver dock sätta de lokala kunskapsbidragen som produceras i ett större samhälleligt sammanhang som rör socialt hållbar utveckling. Abrahamsson (21) lyfter fram vikten av att se den lokala utvecklingen i ljuset av globaliseringen, eftersom olika samhällsproblem runt om i världen kan få omedelbara följdverkningar på lokal nivå. I dagens samhälle har alltså globaliseringen fått lokala uttryck.

Arbetslivet förändras och ställer allt högre

förväntningar på medarbetarnas kunskande och kompetenser. Som grund för mastersstudenternas läroprocesser ligger den europeiska referensramen för kvalifikationer för livslångt lärande. Det betyder att mastersstudenter arbetar med uppgifter under utbildningen med syfte att åstadkomma förändring. Studierna ger kompetenser för att hantera och omvandla arbetssituationer som kan vara både komplicerade, oförutsägbara och krävande.

En högre yrkeshögskoleexamen är avsedd för alla som befinner sig i arbetslivet och som vill fördjupa och bredda sina yrkeskompetenser samt arbeta med förändrings- och utvecklingsuppgifter. Masterstudierna på Arcada omfattar 90 sp och förverkligas som flerformsstudier vid sidan av förvärvsarbete, med ca 2 närstudiedagar per månad. Studierna kan avklaras på 2–4 år. Mycket av utbildningen genomförs med hjälp av nätbaserade verktyg med arbetsformer som varvas med föreläsningar, workshoppar och seminarier. Kunskaps- och kompetensutvecklingen sker i dialog mellan studenter, lärare och arbetsliv och masterexamen på högskola fungerar som ett språngbräde för förändring och utveckling.

Referenser

1. Kilpi E. (ed.) *Perspectives on new work – exploring emerging conceptualizations*. SITRA rapport; 2016.
2. Risling T. Educating the nurses of 2025: Technology trends of the next decade. *Nurse Education in Practice*. 2016.
3. Mäenpää T, Asikainen P, Suominen T. Views of patient, healthcare professionals and administrative staff on flow of information and collaboration in a regional health information exchange: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2017.
4. Johansson K. Praktikforskning. I: B. Hermelin (red.) *Kommunikationsstrategiska perspektiv*, CKS: Linköpings universitet. 2014; 1: 55–65.
5. Rajavaara M. 2011. Näyttöperusteista sosiaalipolitiikkaa – kansallaiset vaikuttavuushallinnan objekteina ja subjekteina. Ingår i Palola, Elina & Karjalainen, Vappu (red.) *Sosiaalipolitiikka – Hukassa vai uuden jäljillä?* Helsingfors: THL Institutet för hälsa och välfärd. 2011: 204–226.
6. Virtanen P, Suoheimo M, Lamminmäki S, Ahonen P, Suokas M. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. *Tekesin katsaus* 281/2011
7. Jenssen A-G. User involvement in practice research. *Nordic Social Work Research*. 2014; 4(sup1): 120–133.
8. Kalman H. Kunskap och kunligt handlande. I: B. Blom, S. Morén & L. Nygren (red.) *Kunskap i socialt arbete: Om villkor, processer och användning*. Stockholm: Natur och kultur; 2013: 48–62.
9. Nygren L, Blom B, Morén S. Kunskapers villkor och an-

- vändning i socialt arbete. I: B. Blom, S. Morén & L. Nygren (red.) Kunskap i socialt arbete: Om villkor, processer och användning. Stockholm: Natur och kultur; 2013: 17–30.
10. Denvall V, Heule C, Kristiansen A (red.). Social mobiler: en utmaning för socialt arbete. Malmö: Gleerups; 2016.
 11. Uggerhøj L. What is practice research in social work: definitions, barriers and possibilities. *Social Work and Society*. 2011; 9 (1): 45–59.
 12. Dal Santo T, Goldberg S, Choice P, Austin M. J. Exploratory Research in Public Social Service Agencies: An Assessment of Dissemination and Utilization. *Journal of Sociology and Social Welfare*. 2002; 29(4): 59–81.
 13. Sitra, Jubileumsfonden för Finlands självständighet. 2017 (Internet). (Hämtad 14.2.2017). Hämtad från: www.sitra.fi/talous/tyoelaman-taitekohdat
 14. CMI: Crisis Management Initiative. 2017 (Internet). (Hämtad 14.2.2017). Hämtad från: <http://cmi.fi/fi/>
 15. Arbets- och näringsministeriet. 2017, Projektet arbetsliv 2020 (internet). Hämtad 14.2.2017. hämtad från: www.tyoelama2020.fi/sv/projektet_arbetsliv/varderingarna_i_arbetslivet
 16. Kvarnström S. Interprofessionella team i vården. En studie om samarbetet mellan hälsoprofessioner. Linköpings universitet; 2007.
 17. Isoherranen K. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto; 2012.
 18. Schlingmann P. Stå aldrig still! (Internet). Bokförlaget Forum: Stockholm; 2013.
 19. Rosengren Å, Eklund K, Löf M, Tigerstedt C, Wikström-Grotell C. Forskning, utveckling och innovation: en förutsättning för kvalitet i högskoleutbildningen. Arcada Working papers. 2014; 17: 38–55.
 20. Lampinen M, Turunen H. YAMK-koulutus vahvaksi TKI-vaikuttajaksi. Hämeen ammattikorkeakoulu; 2015 (Internet). (Hämtad 15.2.2017). Hämtad från: www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/101028/HAMK_YAMK_TKI_2015_ekirja.pdf?sequence=1
 21. Abrahamsson H. Globaliseringsens lokala uttryck. Städer som noder för global samhällsstyrning eller som slagfält för sociala konflikter? En essä kring lokal globalisering, folkbildning och socialt hållbar stadsutveckling inför den nationella folkbildningskonferensen "Folkhälsa, hållbar utveckling och global rättvisa"; 2011 (Internet). (Uppdaterad 14.6.2011, hämtad 15.2.2017). hämtad från: www.gu.se/digitalAssets/1337/1337548_globaliseringsens.pdf

Författarna

Maria Forss

FD, överlärare, Arcada UAS

Ira Jeglinsky-Kankainen

Dr med vet, överlärare, Arcada UAS

Åsa Rosengren

Pol.Lic., Överlärare, Arcada UAS

Eivor Wallinvirta

HvD, överlärare, Arcada UAS

Kallelse till föreningsmöte

Styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland rf sammankallar till föreningsmöte **25.3.2017 kl. 13.00** på Sokos Hotel, Hotel Torn, Ratapihankatu 43, Tammerfors. Lunch kl. 12.00 och mötet inleds kl. 13.00. Föreningsmötet är föreningens högsta beslutande organ och sammankommer vart tredje år. Föreningsmötet väljer det nya fullmäktige. Föreningsmötet är ett öppet möte som alla medlemmar är välkomna till.

Styrelsen

E-hälsa genom e-lärande

Maria Forss • Jonas Tana • Thomas Hellsten



Digital framgång erbjuder hälso- och sjukvården både nya möjligheter och nya etiska dilemman.

Teknologi förändrar all hälsovård - sättet vi levererar hälsovård på, sättet på vilket vi diskuterar och sättet på vilket vi följer upp hälsa. Förändringen gäller all service inom social och hälsovården och allt som kan digitaliseras kommer att göra det (1).

Inom hälsovården har vi bland annat exoskeletons som hjälper förlamade gå, algoritmer som diagnostiserar olika medicinska tillstånd och den bärbara revolutionen som registrerar allt från sömnvanor, rörelser och EKG till våra känslor. Vi kan lätt kommunicera med läkare utan att lämna våra hem och robotar kan hjälpa till att lyfta, övervaka och till och med ta

blodprov (2). Denna ström av digital framgång erbjuder samhället oändliga nya möjligheter, samtidigt skapas risker vi aldrig tidigare har behövt tänka på och etiska dilemman vi inte stött på tidigare.

Digitala kompetenser uppfattas som en av de värdefullaste överförbara generiska kompetenserna eftersom digitalt kunnande uppskattas stort inom hela Europa (3). Efterfrågan på digitalt kunnande fortsätter att växa. E-hälsa prioriterats högt och har fått en framskjuten ställning av såväl Europeiska kommissionen (EC) som Världshälsoorganisationen (WHO) som båda utformat strategier och initiativ för hur utnyttjandet av digitaliseringen inom social- och hälsovården skall nå full potential (4, 5, 6). Även på mindre, nationella nivåer prioriteras e-hälsa högt. Omfattande satsningar inom digitaliseringen av social- och hälsovården görs i

Finland i syfte att förnya och effektivisera arbets-sätt genom nya innovationer, förbättra kvalite-ten av social- och hälsovårdstjänster samt öka ett allmänt hälsofrämjande (7).

Denna transformation ställer också stora krav på framtidens personal inom social- och hälsovården. Fortbildning blir ett sätt att upp-gradera sina kompetenser för att i digitalise-ringen kunna delta som en aktiv aktör för för-ändring. Högskolan Arcada erbjuder för andra gången en sommarkurs om e-hälsa som i sin helhet genomförs på nätet. I denna korta artikel presenterar vi kort kursens syfte och innehåll, samt på vilket sätt kursen genomförs. Kursen är öppen för alla intresserade av tematiken.

Syfte och innehåll i kursen om e-hälsa

Kursen om e-hälsa skapades och genom-fördes vid Arcada sommarskola första gång-en 2016. Kursens syfte är att utveckla och förstärka social- och hälsovårdspersonalens digitala kompetenser samt införa innovativa tankesätt kring utnyttjandet av de möjligheter digitaliseringen erbjuder. Kursen är formad så att den även svarar på det utbildningsbehov som finns inom området e-hälsa.

I den europeiska referensramen för e-kom-petens (e-CF) ingår följande moment: planera, skapa, upprätthålla, möjliggöra och leda olika aktiviteter digitalt. Planera betyder bland annat att göra en behovsanalys och en omvärldsana-lys före en digital tjänst/service skapas. Att upprätthålla betyder att hantera olika tekniska utmaningar och att möjliggöra betyder att lära olika användare om tjänsterna. E-kompeten-ser för ledarskap av digitala tjänster innefattar bland annat etisk granskning, utveckling och riskhantering (8). Dessa kategorier tillsam-mans med vårdprofessionernas kompetenser utgör grunden för kursens uppbyggnad.

Det är önskvärt att alla professionella inom social- och hälsovården besitter dessa kom-petenser för att möta framtiden. Vi tror att professionella inom social- och hälsovården behöver besitta digitala kompetenser för att kommunicera, hantera kunskap, undvika fel och stöda underbyggd beslutsfattning genom att använda informationsteknologi.

Kursen e-hälsa genomförs som en e-kurs

Kursen e-hälsa vid Arcadas sommarskola 2017 är uppdelad i två moduler som tillsam-mans ger 15 studiepoäng (ECTS) på BA och på MA nivå. Kursen genomförs på engelska. Vi erbjuder en kurs som genomförs digitalt med hjälp av en online läroplattform. Motive-ringen till varför vi valt att genomföra kursen digitalt och med utgångspunkt i e-lärande är på grund av de möjligheter till lärande som sker oberoende av tid och rum. Med en digital kurs erbjuder vi deltagarna möjlighet att flexibelt själva råda över när, var och hur lärande sker (9). På samma sätt som medborgare, klienter och patienter blir allt mer digitala, är utgångs-punkten att även kursens deltagare är digitala.

I kursen blir deltagare introducerade till nuläget och framtida visioner av den pågåen-de digitaliseringen inom social- och hälsovår-den. Det finns sedan utrymme för innovativt tänkande samt deltagande i utvecklingen av verkliga nya digitala hälsotjänster. Till exempel samarbetar vi med flera aktörer inom både of-fentliga och privata sektorn. Kursen fokuserar på nätbaserad kompetensutveckling för e-kom-petens. Vi tror att för att effektivt kunna utnyttja de möjligheter som digitaliseringen medför är det viktigt att aktivt sporras till användandet av digitala tjänster och internet som plattform även för lärande.

Under kursens gång erbjuds deltagare en möjlighet att ingående och i praktiken, bekanta sig med existerande digitala hälsotjänster och den IKT-infrastruktur som utvecklas för och inom social- och hälsovården av olika aktörer. Dessa digitala tjänster granskades mera ur perspektivet hur och varför, än vad, för att ge en mera djupgående analys av och ett bredare kunnande om de existerande tjänsterna. Detta för att låta kursdeltagare identifiera, inse och utvärdera dels den potential som digitalisering-en har inom deras profession men även för att låta studenterna identifiera sina befintliga styrkor och svagheter i utnyttjandet av IKT, specifikt inom den egna professionen.

E-hälsa är en innovativt och ännu underut-nyttjad potential för att möta social- och hälso-vårdens framtid (7). I kursen lär sig deltagaren dels genom att själva testa en tjänst, men även

genom att granska den ur ett brukarperspektiv och ur ett etiskt hållbart perspektiv. Det är också genom start i det egna engagemanget kursdeltagaren lär sig på vilket sätt upprätthållande av hälsa genom e-hälsa i framtiden eventuellt kan få ett mer individcentrerat fokus (10, 11).

Kursen genomförs i sin helhet som en nätkurs och främjar även kompetenser kring e-lärande som inte enbart är viktiga i denna kurs men för alla professionella och deras läroprocesser i arbetslivet. Vi använder oss av olika pedagogiska lösningar för att främja ett aktivt och självstyrt lärande, något som Gummesson och Nordmark (9) menar att deltagare behöver utveckla. I kursen skapar deltagare sin slutprodukt som en artikel i vilken de inkluderar behovs- och omvärldsanalyser för olika digitala tjänster inom social- och hälsovården. Sedan föreslår deltagare en serviceutveckling i vilken de placerar slutanvändaren i centrum av e-hälsotjänster. Slutligen handlar det om att diskutera sitt förslag ur ett ledarskaps- och förändringsperspektiv.

Detta görs för att utmana rådande praxis och tankesätt och för att erbjuda alternativa handläggningssätt, men också för att tillåta att ett kritiskt förhållningssätt i synen på det digitala får utrymme.

Kursen e-hälsa har en genomgående uppgift, där deltagare tillsammans med andra skriver en artikel om digitala tjänster inom social- och hälsovården. Meningen är att uppmuntra kursdeltagare att publicera och producera texter. I stället för att gömma examinationer på läroplattformar strävar vi här till att tillgängliggöra texter för en bredare allmänhet och på det sättet möjliggöra ett bredare kunskapsutbyte av mera bestående karaktär. Det delaktighetsfrämjande närmelesättet där deltagarna är aktiva medproducenter sporrar till kreativitet och ett nyfiken tankesätt. Detta, hävdar Gummesson & Nordmark (9), kommer att leda till en ökad autonomi till att själv vara kapabel att skapa och producera hållbar kunskapsförmedling.

Stegen deltagaren genomgår följer den europeiska referensramen för e-kompetenser. Först fokuserar deltagaren på att sälla och diskutera den information och de digitala tjänster

som flödar på internet om hälsa och välfärd. Sedan kategoriserar, jämför och skapar många service eller testar någon av de befintliga digitala hälsotjänster som finns på marknaden i syfte att förbättra utbudet av digitala tjänster inom social- och hälsovården. Slutligen arbetar deltagaren med att utvärdera produkten och/eller servicen ur ett bredare samhällsperspektiv, men också ur ett brukarperspektiv. Med hjälp av en digital inlärningsmiljö stärks deltagarens digitala kompetenser för ett digitalt arbete inom social- och hälsovårdsbranschen.

Sammanfattning

För att i fortsättningen kunna erbjuda högklassiga och effektiva tjänster inom social- och hälsovården och för att kunna utnyttja och använda sig av den potential som digitalisering medför, krävs kompetens, kunskaper, förståelse för nya beteendemönster och ett nytt förhållningssätt. Enbart innovationer inom teknologi i sig förändrar inte branschen om inte aktörerna inom branschen involveras (12, 13, 14, 15). En av de stora utmaningarna har varit, och är fortfarande, att få både studenter och professionella inom social- och hälsovården att se den potential som e-hälsa har att erbjuda, dels genom att bygga på de nuvarande IKT-kunskaperna, men även genom ett innovativt tänkande med en tillämpning till den egna professionen. Behovet av mera utbildning och fortbildning inom e-hälsa har påvisats redan tidigare och behovet kvarstår fortfarande i dag (12, 13, 14, 15). Även om alla nuförtiden har tillgång till digitala tjänster kan endast de som innehar kompetensen fullt ut utnyttja de nya innovativa digitala välfärdstjänsterna (9).

I den digitala sommarkursen vid Arcada 2017 utvecklas tre olika e-relaterade digitala kompetenser; e-kompetenser om e-hälsa genom ett e-lärande i syfte att förbereda deltagare för de nya kompetenser som arbetslivet i dag ställer på individen och för arbete i digital kontext.

Blev du intresserad av online kursen vid Arcada sommaren 2017?

Tag gärna kontakt med Arcadas fortbildning: marika.blomster@arcada.fi



Vid Arcadas sommarskola erbjuds en öppen för alla onlinekurs om e-hälsa.

Referenser

1. Gilan A, Hammarberg J. Get digital or die trying. Kalla kulor förlag; 2016.
2. Meskó B. My Health Upgraded – Revolutionary technologies to bring healthier future. Webicina Kft; 2015.
3. 3Evangelinos G, & Holley, D. (2014, September). A qualitative exploration of the EU digital competence (DIGCOMP) framework: a case study within healthcare education. In International Conference on E-Learning, E-Education, and Online Training (pp. 85–92). Springer International Publishing.
4. Europeiska Gemenskapernas kommission. E-hälsövård – bättre hälso- och sjukvård för Europas medborgare: Handlingsplan för ett europeiskt område för E-hälsövård (Internet). KOM(2004)356; 2004. Hämtad från: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:52004DC0356&from=EN>
5. Europeiska Gemenskapernas kommission. Handlingsplanen för e-hälsa 2012–2020 - Innovativ hälsövård för det 21:a århundradet (Internet). KOM(2012)736; 2012. Hämtad från: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0736&from=EN>
6. World Health Organization (WHO). eHealth. Resolution (Internet) WHA58.28;2005. (Citerad 4.10.2016). Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20378/1/WHA58_28-en.pdf?ua=1.
7. Statsrådets kansli. Lösningar för Finland Strategiskt program för statsminister Juha Sipiläs regering 29.5.2015. Regeringens publikationsserie 11; 2015.
8. A common European framework for ICT Professionals in all indu. Hämtad från: www.ecompetences.eu/
9. Gummesson C, Nordmark E. Hur kan professionell automation vidareutvecklas genom självstyrt e-lärande? eHälsa – innovationer, metoder, interventioner och perspektiv; 2012.
10. Hill S, Merchant R, Ungar L. Lessons learned about public health from online crowd surveillance. Big Data. 2013;1(3): 160–167.
11. Johnson J.D, Meischke H. A comprehensive model of cancer-related information seeking applied to magazines. Human Communication Research 2003; 19(3): 43–367.
12. Booth, R. Educating the Future eHealth Professional Nurse. International Journal of Nursing Education Scholarship. 2006; 3(1).
13. Honey, M. L, Procter P, Wilson M, Moen A, Dal Sasso G. T. M. Nursing and eHealth: Are we preparing our future nurses as automatons or informaticians? I W. Sermeus; 2016.
14. Lam M. K, Hines M, Lowe R, Nagarajan S, Keep M, Penman M, Power E. Preparedness for eHealth: Health sciences students' knowledge, skills, and confidence. Journal of Information Technology Education. 2016; 15: 305–334.
15. Skiba D, Connors H, Jeffries P. Information technologies and the transformation of nursing education. Nursing Outlook. 2008; 56(5): 225–230.

Författarna

Maria Forss

FD, överlärare, Arcada

Jonas Tana

Doktorand, forskare, Arcada

Thomas Hellsten

ft (HYH), lektor i fysioterapi, Arcada

Job crafting - för att höja arbetsengagemang inom vården

Mikaela Sjöholm • Susanne Sjövall • Pia Liljeröth

Denna artikel baserar sig på examensarbetet Job crafting - för att höja arbetsengagemang inom vården, högre YH-examen inom social och hälsovård. Syftet med arbetet var att uppmärksamma vårdpersonal på möjligheten till att omforma sitt arbete för att kvarhålla och/eller höja arbetsengagemang.

Studien genomfördes som en praktikforskning ute på arbetsfältet, vilket även var delaktigt genom hela forskningsprocessen. Två olika enheter inom vårdsektorn på Åland deltog i studien.

Inledning

Dagens organisationer står inför stora utmaningar, bland annat på grund av global, ekonomisk och teknologisk utveckling. För att kunna följa med i utvecklingen krävs förändring av olika slag. Medarbetarens närmaste chef har inte längre bara rollen som arbetsledare utan har ofta även andra åtaganden, såsom personalansvar och ekonomifrågor. Det leder till att medarbetaren ges en bredare och viktigare roll i de organisationsförändringar som görs.

Ett större engagemang förväntas av or-

ganisationens olika medlemmar och det gör att större krav även ställs på medarbetaren och dennes ansvarstagande i arbetet. Job crafting (omformning av arbetet) och arbetsengagemang är aktuella begrepp i dagens arbetsliv också inom vården. Hur kan exempelvis vårdpersonalen motiveras till att stanna längre i arbetslivet?

Antalet personer i arbetsför ålder ses minska i Finland i framtiden och på grund av det har social- och hälsovårdsministeriet ställt upp olika mål för att öka den arbetsföra befolkningens arbetsår. För att kunna nå dem är det viktigt att beakta både det fysiska och psykiska välmående i arbetet (1).

År 2013 presenterades resultaten från den världsomfattande gallupen State of the Global Workplace, angående arbetstagares arbetsengagemang. Gallupen genomfördes åren 2011–2013 och 142 länder deltog i studien. Det framkom i gallupen att endast 13 %, dvs cirka var åttonde arbetstagare, världen runt är engagerad i sitt arbete. Hela 63 % av arbetstagarna är oengagerade i sitt arbete, vilket sågs som att de saknar motivation och är mindre benägna att anstränga sig för att arbeta för organisationens mål och resultat. Totalt 24 % uppgav att de känner sig olyckliga på arbetet, vilket leder till improduktivitet i arbetet och spridande av negativitet till medarbetarna. I Finland visade

siffrorna ett ännu sämre resultat då endast 11 % var engagerade medan däremot hela 76 % var oengagerade och ytterligare 13 % upplevde sig olyckliga på arbetet (2).

Den nuvarande globala situationen kräver effektiva metoder och åtgärder från arbetstagare. De ekonomiska och sociala förändringarna innebär att det krävs fler ansvarstagande och engagerade arbetstagare. Forskningen borde vara mer praktiskt sinnad för att bättre studera och utveckla kunskap som gynnar arbetsfältet. Praktikforskning som omfattar likvärdig dialog mellan världarna, dvs praktiken och akademien, är ett viktigt koncept eftersom dialogen syftar till att utveckla förståelsen av de bästa sätten att undersöka denna komplexitet (3). Det är viktigt att tänka på detta idag när tvivel finns om den vetenskapliga kunskapen är den enda rätta grunden till att förbättra praktiken (4).

Begreppet job crafting härstammar ursprungligen från begreppet job redesign och handlar om ett nytt sätt att utveckla sitt arbete (5). Job crafting är ett relativt nytt begrepp, där det saknas en egentlig svensk översättning. Arbetshälsoinstitutet använder sig av begrepp som "finjustering av arbetet" eller att "pimpa" sitt arbete, för att beskriva job crafting. (6). Job crafting introducerades som begrepp av Wrzesniewski och Dutton (7), efter att de noterat att anställda omformade sitt arbete på eget initiativ. Wrzesniewski och Dutton (7), definierade begreppet job crafting som "de fysiska och kognitiva förändringar individer gör i sina arbetsuppgifter eller för gränserna i relationerna på sitt arbete". De menar att det är en process gjord på initiativ av individen själv till att förändra sina arbetsuppgifters gränser och villkor, arbetsrelationer eller arbetets betydelse (7, 8). Arbetstagarna kan således själva ändra hur arbetsuppgifterna framställs och genomförs, hur ofta och med vem de interagerar med på arbetet samt hur de ändrar sina tankar och uppfattningar om sitt eget arbete, i syfte att skapa ett mer meningsfullt och motiverande arbete för sig själva (7, 9).

Syftet med utvecklingsarbetet var att uppmärksamma vårdpersonal på det egna arbetsengagemanget och väcka deras intresse

till att utveckla sitt arbetsengagemang och vilja till job crafting. Målet var att utforma en handbok som kan hjälpa ledaren att motivera arbetstagarna till att omforma sitt eget arbete.

Metod

Arbetet gjordes enligt praktikforskningens principer vilket innebär att arbetsfältet var med under hela processen. Som grund för utvecklingsarbetet ligger en litteraturoversikt som fokuserar på begreppen job crafting och arbetsengagemang. Praktikforskningen avgränsades till att enbart studera en hälso- och sjukvårdsorganisation på Åland. Vilken organisation eller bransch som helst kan dock användas sig av job craftingmodellen för att öka medarbetarnas arbetsengagemang. Processen med utvecklingsarbetet startade med att vårdpersonal på de två enheterna deltog i en enkätundersökning gällande sitt arbetsengagemang. Utifrån de svar som kom fram i undersökningen utvecklades frågor angående job crafting. Detta blev grunden för den inledande workshopen, som genomfördes på bägge enheter, var för sig. En workshop (eller arbetsmöte) innebär en verkstad som poängterar problemlösning och praktisk övning där det krävs att deltagarna är aktiva och involverade. Workshops har även en social funktion i och med att deltagarna träffas och diskuterar ett aktuellt tema tillsammans (10). Litteraturen om job crafting lyfter fram att workshops kan vara en god metod vid implementering av job crafting på en arbetsplats.

Under den första workshopen fick personalen tillsammans fundera över begreppet arbetsengagemang och vad det innebär. Resultatet som deltagarna kom fram till analyserades för att få mera data/information till den följande workshopen. Workshopen fungerade som start och grund till den följande workshopen som hölls gemensamt med de två enheterna. Under den andra workshopen fick deltagarna i blandade grupper diskutera hur job crafting kan ta sig i uttryck på enheterna. Som avslutning fick deltagarna i uppdrag att fundera över konceptet job crafting i sitt eget arbete, vad de själva kan göra för att omforma sitt arbete och hur de kan kvarhåll-

la/höja arbetsengagemanget. Intresset för job crafting hade väckts bland deltagarna på dessa två enheter, vilket sågs bl.a genom deras eget förslag på en plansch för att skriva upp olika job crafting-handlingar de utför. Det ledde till att en plansch sattes upp på vardera enheten, med frågan: "Vad gör du för att din arbetsplats/ditt arbete skall vara motiverande?". Tillvägagångssättet med användandet av en plansch valdes eftersom initiativet till den kom från fältet, vilket ses som positivt inom praktikforskning. Detta tolkades som att delaktigheten från arbetsfältets sida var god och att även arbetsfältet var engagerat i praktikforskningen.

Svaren från enkätundersökningen analyserades med hjälp av statistiska analyser i statistikprogrammet SPSS. Materialet från de två workshoparna analyserades inspirerat av en kvalitativ innehållsanalys. Svaren från den första workshopen sammanställdes först åtskilt på de två enheterna för att få bättre kontroll på vad workshopen utmynnat i. Därefter lästes resultatet från bägge enheter upprepade gånger och liknande eller samma svar kopplades ihop och listades under varandra för att få en bättre överblick. Därefter sammanfördes samma eller liknande svar i olika teman vilka sedan bildade totalt fem olika kategorier. Dessa fem kategorier kan fungera som huvudkomponenter i vad som avses med arbetsengagemang på just de undersökta avdelningarna.

Resultat

Arbetsengagemang

Enkätundersökningen visade att vikarier var mer engagerade i sitt arbete än de som har en ordinarie anställning. Överlag var engagemanget på de undersökta enheterna bra. Under workshoparna fick deltagarna fundera på vad de själva kan göra för att arbetet skall vara mer engagerande och motiverande. De var överens om att det viktigaste när det gäller arbetsengagemang är att ta hand om sig själv och att tänka positivt. Arbetsengagemanget börjar hos individen själv, där självutveckling, att hålla sig à jour samt att fortbilda sig inom den egna professi-

onen ansågs viktigt.

Bemötandet, att alla hälsar på alla, blir sedda samt bekräftade var även viktiga komponenter till ett ökat engagemang. Att hospitera och nätverka med andra enheter ansågs ge en ökad förståelse för varandra och ett ökat samarbete. Möjligheterna att påverka sin arbetstid, att få tydlig information angående sin arbetsplats, individuell feedback och handledning uppgavs vara betydande för arbetsengagemanget. Begreppet arbetsengagemang kunde, efter den första workshopen, förknippas med fem olika teman/kategorier: ansvar, arbetsplats, kollegialt initiativtagande och arbetsglädje. Deltagarnas svar bestyrktes även av rådande forskningsresultat, vilket tyder på att dessa kategorier förklarar begreppet arbetsengagemang inte bara inom denna organisation.

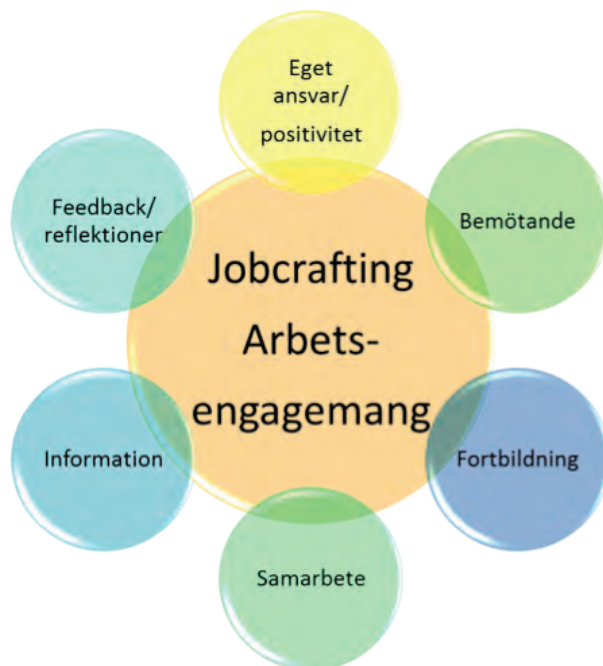
Job crafting genom uppgifter

Deltagarna kom fram till att kreativa lösningar, nya tekniker, att ta vara på idéer samt förstå att tänka utanför boxen var viktigt. Även att ge utförligare information till patienten angående förestående vårdåtgärder ansågs vara av stor vikt, eftersom det som är vardagligt och hemvant för vårdpersonalen kan vara stort och skrämmande för patienten.

Deltagarna i workshopen önskade verktyg till självhjälp både för självreflektion och gruppreflektion. En tydlig målbeskrivning, tillgänglig för alla medarbetare, borde finnas på arbetsplatsen. Det uttalades en önskan om utökat självständigt arbete samt att få utföra mer ansvarsfulla arbetsuppgifter, vilket kunde hör-sammans genom personliga delegeringar. Även en fördjupad kunskap och utbildning samt möjligheten att få hospitera på andra enheter ansågs som viktiga redskap/ hjälpmedel för att kunna utföra job crafting genom uppgifter.

Job crafting genom relationer/interaktioner

Positivitet och positivt tänkande sågs som viktiga komponenter för att kunna utföra job crafting. Andra förslag deltagarna kom fram till var att bemöta varandra som du själv vill bli bemött, det vill säga, inte tala illa om varandra, samt att bekräfta varandra.



Tematräffar där medarbetare från till exempel olika enheter möts och diskuterar främjar de sociala kontakterna och samarbetet inom organisationen.

Att kunna ge och ta konstruktiv feedback, där även förmåga till självreflektion ingår, ansågs deltagarna vara viktigt för utförandet av job crafting via relationer.

Tillgång till gemensamma rekreationsdagar för hela enhetens personalgrupp samt umgänge med medarbetare under fritiden kan leda till att arbetet känns mera meningsfullt. Omtanke om varandra, tillit till sina medarbetare, en öppen kommunikation och en tillåtande atmosfär ansågs även viktigt.

Job crafting genom tankar

Deltagarna i workshopen kom bland annat fram till att tro på sig själv och "samla på lyckade möten" är viktigt för att kunna förändra/ omforma sina tankar. Även att tänka positivt, vara glad och ha ett positivt förhållningssätt samt förmåga att se olika möjligheter är viktigt inom job crafting. Deltagarna ansåg att "om du inte trivs på ditt arbete borde du antingen göra försök till att höja arbetsengagemanget och om det inte fungerar, ta steget till att våga

byta jobb".

Andra faktorer deltagarna lyfte fram angående tankens kraft, är betydelsen av att tänka på "hur man själv vill bli bemött, "möta patienten på rätt nivå och att inneha ett empatiskt förhållningssätt. "Är patienten nöjd är även jag nöjd".

Att nätverka med övriga instanser utanför organisationen leder till en förändring i tankesättet mot det bättre. Att vara fördomsfri gentemot kollegor och patienter angående till exempel religion, sexualitet och politiska åsikter ansågs viktigt. Att dela med sig av sina kunskaper till kollegor, patienter och anhöriga ansågs i slutändan gynna patientvården.

Utgående från de två workshoparna som hölls framkom sammanfattningsvis ovanstående 6 faktorer som väsentliga. De faktorer (även kallade teman) som ofta förekom under workshoparna var att var och en har ett eget ansvar för sitt arbete och även vikten av att ha ett positivt förhållningssätt till sina uppgifter och till varandra. Bemötande ansågs som en viktig del, likaså fortbildning och samarbete - både inom egen enhet men även till andra enheter. Information var viktigt, att få feedback, både av kollegor, medarbetare men även av
(fortsättning sid 34)



Nå vil vi ha deg til Norge!

Kjære sykepleiere og spesialsykepleiere: Vi søker deg som er leg. sykepleier og snakker svensk (eller norsk). Er du i tillegg spesialisert innen intensiv, operasjon eller jordmor (barnmorska) er det perfekt!

- Vi hjelper deg med å skaffe norsk autorisasjon som sykepleier
- Vi betaler reisen din til Norge tur/retur
- Vi ordner gratis bolig til deg

Du velger selv om du vil jobbe i kortere eller lengre perioder, og til en svært god lønn:

Sykepleier tjener minst 4000 euro pr måned

Spesialsykepleier tjener minst 6000 euro pr måned

Velkommen skal du være!

Kontakt oss i dag!

www.dedicare.no/nurse

+47 07480 – rekruttering@dedicare.no



Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse

ledaren. Dessa faktorer ses som viktiga beståndsdelar både angående arbetsengagemang och job crafting och var ofta förekommande begrepp i diskussionerna under de två workshoparna.

Handbok i job crafting

Praktikforskningen resulterade i en handbok: "Job crafting på arbetsplatsen". Det är en handbok för ledare och den beskriver hur workshops kan användas för att motivera och informera vårdpersonal om möjligheterna till job crafting. I figuren nedan, som ingår i handboken, kan avläsas hur implementering av job crafting kan ske.

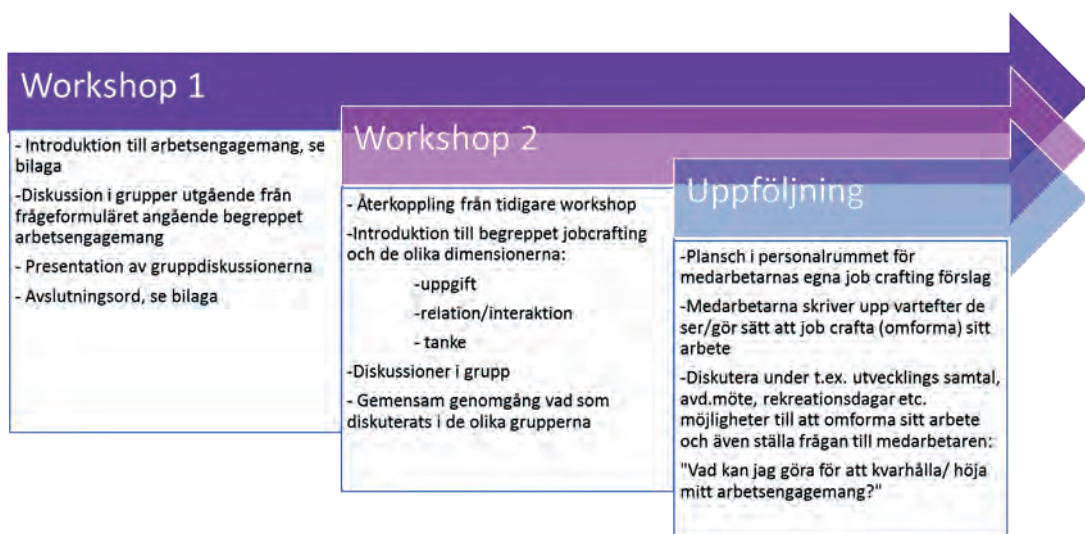
Tanken med handboken är att den kan användas på enheter/arbetsplatser som vill uppmärksamma och ge sina medarbetare möjligheten till job crafting och att kvarhålla/höja arbetsengagemanget. Handboken kan med fördel även användas av ledare vid till exempel utvecklingssamtal, planeringsdagar och avdelningsmöten. Medarbetarna på enheten arbetar tillsammans i workshops för att komma fram till vad arbetsengagemang och job crafting kan betyda för dem själva, deras enhet och vad det egentligen innebär.

Handboken kan användas för att motivera och uppmärksamma vårdpersonalen till

att själva förändra sitt arbete. Handboken är en modell som beskriver hur processen med workshops kan utföras. Den kan även vara till hjälp för att underlätta diskussioner ute på enheterna angående begreppen arbetsengagemang och job crafting.

Konklusion

Resultatet från denna begränsade undersökning angående arbetsengagemang inom vården antyder ändå på ett högt engagemang jämfört med resultatet i gallupen "State of the Global Workplace". Den begränsade enkätundersökningen som ingår i detta arbete, visade att 44 % av respondenterna dagligen kände engagemang i arbetet och ytterligare 44 % av respondenterna kände sig engagerade några gånger i veckan. Det visar på att arbetstagarna inom vården är motiverade och mer benägna att anstränga sig för att arbeta för organisationens mål och resultat. Detta kan jämföras med resultatet från World gallupen där det visade att endast 11 % av arbetstagarna i Finland kände sig engagerade i arbetet överlag. Det visade sig dock att det även bland vårdpersonalen som deltog i vår studie, finns personer som varken känner arbetsglädje, intresse eller engagemang för sitt arbete. Om man har känslan av att vara på fel arbetsplats är det



personens eget ansvar att sluta sitt arbete och göra något annat. Allt förändras idag och vi kan varken ändra på andra eller på arbetsorganisationen, utan det enda du kan ändra på är dig själv (11).

De två workshopparna som hölls för vårdpersonalen på de berörda enheterna kan klassas som job crafting exercise (12) eller job crafting training (5). Det kan dock noteras att då job crafting skall implementeras på arbetsplatser är inte en enkätundersökning ett måste. I denna undersökning ansåg dock skribenterna att enkätundersökningen var en intressant utgångspunkt att utgå ifrån, eftersom den anordnades i anslutning till detta lärdomsprov. Processen kan istället starta med diskussioner i små grupper angående ämnet arbetsengagemang, så som det skedde under den första workshopen. Workshopen kan även ske med deltagare från endast en enhet ifall det inte är flera olika enheter inblandade.

Efter att denna praktikforskning ägde rum, har arbetet med job crafting på de två deltagande enheterna fortsatt. Vi fick positiv feedback efter de två workshoparna av deltagarna. De hade uppskattat att få sitta och diskutera angående dessa viktiga aspekter av arbetet, speciellt i den andra workshopen då det var blandade grupper med vårdpersonal från båda enheterna. Deltagarna upplevde det även trevligt att få möjlighet att träffa nya kolleger som de kanske annars inte pratat med. Önskemål om gemensamma kaffepauser mellan de båda enheterna har framkommit efteråt. Samarbetet mellan de berörda enheterna har förbättrats och kommer att fortsätta. Handboken har delats ut inom organisationen med avsikt att börja arbeta utgående från denna modell med workshops.

Det är viktigt att lyfta fram hur personalen kan motiveras och hur personalen själva kan omforma sitt arbete så att det passar dem med tanke på olika förändringar som organisationen står inför. Eftersom job crafting har bevisats resultera i att arbetet i sig upplevs mera meningsfullt och att det förbättrar både arbetsglädje och arbetsprestationer, påverkas även hela organisationen. En trevligare arbetsmiljö leder å sin sida till att samhället förbättras i och

med att individerna har ett större välbefinnande och även en högre produktivitet i arbetslivet. En engagerad personal som trivs på sitt arbete orkar arbeta längre vilket även påverkar samhället i stort, både angående struktur av invånare och till den allt mer ökande andelen äldre i befolkningen.

Vi vill ge ett stort tack till Sjuksköterskeförbundet i Finland rf för det erhållna stipendiet.

Referenser

1. Social- och hälsovårdsministeriet. Ett socialt hållbart Finland 2010 – strategi för social-och hälsovårdspolitiken. 2010.
2. Crabtree. Gallup [11.5.2015]. Tillgänglig på: www.gallup.com/worldwide-employees-engaged-work.aspx.
3. Julkunen. Knowledge – Production Processes in Practice Research – Outcomes and Critical Elements. Social Work&Society; 2011.
4. The Salisbury Statement. The Salisbury Statement. Social Work & Society; 2011.
5. Demerouti & Bakker. Job Crafting i Peeters, J. Jonge& Taris, T. An Introduction to Contemporary Work Psychology. Mehine, John Wiley & Sons Ltd; 2014.
6. Wrzesniewski & Dutton. Crafting a job; Revisioning employees as active crafters of their work. Academy of Management Review, 26 (2); 2001.
7. Wrzesniewski, Lobuglio, Dutton. Berg. Job crafting and cultivating positive meaning and identity in work. Positive Organisation Psychology, 1; 2013.
8. Berg et al. What is Job Crafting and Why Does it Matter. Positive Organizational Scholarship; 2008a.
9. Forsberg. Workshops och arbetsmöten. Verktygslådan för meningsfulla möten. Malmö: Liber AB; 2009.
10. Fischer. How positive meaning can drive individual, organizational and national resilience. Esbo: Aalto University School of Science; 2015.
11. Berg et al. The Job crafting Exercise. Michigan Ross School of Business; 2008b.

Författarna

Mikaela Sjöholm

Sjukskötare, hälsovårdare högre YH,
biträdande avd. skötare, Ålands hälso- och sjukvård

Susanne Sjövall

Specialistsjukskötare, sjukskötare högre YH,
avd. skötare, Ålands hälso- och sjukvård

Pia Liljeroth

Barnmorska, PD, överlärare,
Yrkeshögskolan Novia

Palliativ verksamhet inom Ålands hälso- och sjukvård

Annika Kowalewski

Ålands Hälso- och sjukvård (ÅHS) ansvarar för den offentliga hälso- och sjukvården på Åland. Inom sjukhuset finns en medicinsk, en kirurgisk och en gynekologisk vårdavdelning, en barnavdelning samt en psykiatrisk vårdavdelning. Inom geriatriken finns en rehabiliteringsavdelning och en palliativ/inremedicinsk vårdavdelning, avdelning 1. Dessutom tillhandahåller ÅHS hemsjukvården på Åland.

Bakgrund

Den palliativa vården har förändrats. Tidigare fanns fokuset på att tillgodose behoven hos patienter med mycket kort tid kvar att leva och deras närstående. Palliativ vård idag innebär ett omfattande specialiserat vårdbehov som finns hos patienter med avancerad symptomgivande sjukdom med, ibland, långt förväntat återstående liv.

Palliativ vård är helhetsvård av patienter i ett skede då sjukdomen inte längre svarar på kurativ behandling. Vården försöker inte bara



Huvudingången vid Ålands Centralsjukhus.

lindra de fysiska symtomen utan erbjuder även psykologiskt, socialt och existentiellt stöd för patienten och närstående. Syftet är att lindra lidande och främja livskvalitet för patienter med progressiv, obotlig sjukdom samt erbjuda ett organiserat stöd till närstående.

På ÅHS vårdas cancerpatienterna på onkologiska polikliniken enligt egenskötarsystem. Innan utvecklingen inom den palliativa vården fick dessa patienter avdelningsvård, när det var nödvändigt, på de medicinska, kirurgiska och gynekologiska avdelningarna. Om den kurativa onkologiska behandlingen ansågs avslutad

gick patientansvaret över till primärvården dvs. hälsocentralen. Detta gällde även för de palliativa cancerpatienterna. Detta betydde ofta långa väntetider och växlande personal med lite eller ingen utbildning i palliativ vård. Personalen märkte att det orsakade otrygghet hos patienterna.

Ofta ledde detta till att patienterna drog sig för att gå till hälsocentralen när problem uppstod och väntade på "att det skulle gå över" av sig själv. Inte sällan var då vägen till akuten och sedan intagning på en vårdavdelning nästa steg. Det var varken strategiskt eller ekono-

miskt en bra vårdkedja.

Projektgrupp

Sjukhusets ledningsgrupp beslöt i januari 2015 att en projektgrupp skall bildas med uppdrag att utveckla den palliativa vården inom Ålands hälso- och sjukvård. Målet var att ta fram en arbetsmodell med målsättning att säkerställa en trygg och individuell vård för palliativa patienter. I januari 2015 sammanställdes en projektplan för utvecklandet av den palliativa vården. Från ledningsgruppen togs beslutet att genomföra projektet som planerat.

Projektgrupp:

- Projektbeställare: Jaana Lignell, chefsläkare
- Projektägare: Christel Lindberg, klinikchef, överskötare
- Projektledare: Annika Kowalewski, biträdande avd. skötare avd. 1
- Medlemmar:
 - Laila Aaltonen, avd. skötare Mariehamns hemsjukvård
 - Christian Andersson, överläkare geriatri
 - Elisabeth Idman-Karlsson, avd. skötare onkologisk-hematologisk poliklinik
 - Gunilla Jansson, cancersjukskötare
 - Kristina Jansson, primärvårdare, avd. 1
 - Tom Kaunismaa, överläkare onkologi
 - Lisbeth Vik, sjukskötare avd. 1

En projektgrupp utsågs med representanter från onkologiska verksamheten, hemsjukvården och avdelning 1. Representanterna tillhör yrkesgrupper såsom överläkare, avdelningsskötare, sjukskötare och primärvårdare. Så åstadkom man en horisontal och vertikal struktur som belyser alla synpunkter optimalt.

Genomförande

Enligt ledningsgruppens beslut skall behovet av palliativa vårdplatser utvärderas och intagningsprocesser och -kriterier klarläggas. För att kunna planera en bra vårdkedja för palliativa patienter skulle det vara till hjälp om det fanns en statistik över hur många palliativa patienter det finns på Åland. Tyvärr är det inte så. Huvudsakligen beror det på att den palliativa diagnosen Z51.5 inte används i tillräcklig omfattning.

För att få en överblick över behovet av vårdplatser har vi vid två tillfällen under fyra veckor räknat antalet palliativa patienter på alla våra vårdavdelningar. Statistiken visade att det befinner sig mellan 13–21 palliativa patienter uppdelade på olika avdelningar. Huvudsakligen befann sig de palliativa patienterna på avdelning 1 som hade en beläggning mellan 9–11 palliativa patienter. En statistik över palliativa patienter som bor hemma och sköts av hemsjukvården eller enbart av cancersköterskan fanns inte tillgänglig.

Informationssamling

För att undersöka behovet av och möjligheten till palliativa vårdplatser genomfördes diverse studiebesök. Delvis i närområdet på fasta Åland och i skärgården men också på Stockholms Sjukhems palliativa avdelning och på Visby Lasarett, Gotland.

Det har organiserats diverse informationsmöten och diskussioner med involverad personal på Ålands hälso- och sjukvård. Dels för att informera om processen att etablera palliativ vård och dels för att samla information om hur personalen tycker och tänker. Alla var positiva till utvecklingen och det diskuterades möjligheten att använda den palliativa diagnosen Z51.5.

Detta för att förenkla vårdkedjan och för att patienten utan onödiga omvägar får vård på rätt plats och rätt sätt.

Resultat

Undersökningar visar att de flesta människor önskar dö hemma. Vid en undersökning i Sverige med 15 000 personer visade det sig att 85 % av alla personer ville dö hemma. Men man får ta i beaktande att frågor till allmänheten om var man vill dö är hypotetiska. Det val människor gör när de är i aktiv ålder och fullt friska är kanske inte detsamma som när de vårdas i sent palliativt skede. Det kan vara att patienten inte känner sig trygg hemma, att patienten inte vill belasta närstående, närstående inte orkar varken psykiskt eller fysiskt med vården eller att symtomlindringen inte är optimal. Förutsättningen för att en patient skall kunna dö hemma är en kombination av en bra palliativ vårdkedja och ett stort, starkt nätverk av närstående.

Den palliativa enheten

I syfte att åstadkomma synergieffekter beslöts en samordning av en palliativ vårdavdelning och en palliativ mottagning till en enda enhet som tillhör medicinkliniken. Dagvård och mottagning är en relativt outvecklad del i den palliativa vårdkedjan i hela världen. Här finns det möjlighet att fylla en del av de behov som patienter och närstående har när akutsjukhusets resurser och palliativa kompetens inte räcker till och innan patienten behöver intagning på en vårdavdelning.

Palliativ mottagning

15.9.2016 öppnades en palliativ mottagning på Åland. Mottagningens uppgifter är att kartlägga patientens totala situation och behov av vård för att kunna ingripa i ett tidigt skede om symtomen förvärras. Målet är att undvika inläggning på sjukhus så att patienten kan vara hemma. För att nå detta mål erbjuder mottagningen:

- stödsamtal för patienter och närstående

- vårdplanering
- symtomskattningar
- medicinjusteringar
- receptskrivning
- konsultation och skolning för alla som vårdar palliativa patienter

Mottagningen erbjuder också diverse behandlingar på mottagningen som t.ex. infusioner, blodtransfusioner, injektioner, subkutana smärtpumpar samt blodprov. Mottagningen är öppen tisdag och torsdag 8.00–15.30. Skulle behovet öka så finns det möjlighet att ha öppet flera dagar.

Fördelarna med en palliativ mottagning är många. En remiss går till mottagningen i ett tidigt skede. Detta gör att patient och personal får kontakt och bygger upp ett förtroende innan patienten kommer i en krissituation. Mottagningen har inga eller korta väntetider. Målet är att en kontaktetablering genomförs inom en vecka efter att en remiss har skrivits.

På mottagningen arbetar en läkare och två mottagningsskötare som har utbildning och erfarenhet i palliativ vård. Denna personal arbetar på avdelning 1 där palliativa patienter prioriteras.

Avdelning 1

Avdelning 1 har 14 vårdplatser som inte enbart är för palliativa patienter utan även för patienter som behöver rehabilitering, avlastning eller behandling. När en patient skrivs ut är det svårt att avgöra om patienten kommer att behöva läggas in igen inom snar framtid och ibland kan patientens och närståendes osäkerhet inför hemgången onödigt förlänga vårdtiden. Då är det lämpligt att tillämpa trygghetsplatser. Det innebär att patienten kan komma tillbaka direkt till avdelningen dag och natt när det inte mer fungerar hemma eller medicinerna måste korrigeras. Detta är en trygghetsskapande åtgärd för patient och närstående.

Kvalitetsäkring för palliativ vård

För att ge de palliativa patienterna en säker och bra vård använder mottagningen och avdelningen ESAS (Edmonton Symtom As-



Cancersjukskötare Gunilla Jansson, överläkare Linda Perander, biträdande avdelningsskötare, avd. 1, Annika Kowalewski och sjukskötare Lisbeth Vik, avd. 1.

sessment Scale) som är en systematisk symptomregistrering som hjälper personalen med att få en samlad uppfattning om hur patientens symtombild ser ut. Patientens skattning av symtomen tillsammans med samtal kring patientens problem ligger till grund för diskussion och bedömning av patientens tillstånd.

Framtida mål

Den palliativa verksamheten arbetar vidare med att optimera vårdkedjan för patienten och förbättra patientflödet inom Ålands hälso- och sjukvård, speciellt genom att få remisser i ett tidigare skede. Dessutom håller personalen

på mottagningen föreläsningar och skolningar för att fördela kunskapen om palliativ vård. Patienterna har rätt till samma kvalitet av vård, oberoende om de bor hemma, på ett boende, en institution eller blir vårdade på sjukhus.

Författaren

Annika Kowalewski

Biträdande avd. skötare, palliativ mottagning, Ålands Hälso- och sjukvård



PRESSMEDDELANDE: ÅRETS QUEEN SILVIA NURSING AWARD STIPENDIAT UTSEDD

Michelle Ena har valts till årets Queen Silvia Nursing Award stipendiat i Finland. Priset tilldelas en sjukskötarstuderande för en idé som påvisar *hur vård och omsorg av äldre kan förbättras*. Stipendiet delas ut i Finland för tredje året i rad.

Michelle Ena belönas för sin idé "Enkel monitorering av äldre". Juryn, som består av representanter från stipendiets partners, motiverade sitt enhälliga val enligt följande:

Michelles idé om hur vitala funktioner kan mätas enkelt skulle främja äldres upplevelse av trygghet, samt ge vårdgivaren underlag till en bättre behandling. Idén är genomtänkt, även utseendet på produkten hade beaktats. Michelle har tagit hänsyn till många aspekter och problem som kunde lösas med hennes idé. Michelle är en god ambassadör för stipendiet och en utmärkt förebild för andra sjukskötarstuderande eftersom hon är intresserad av äldreomsorg och motiverad att utveckla sin professionella kompetens.

Michelle Ena, 20, studerar till sjukskötare vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Michelle, hemma från Kronoby, började sina studier i 2015 och har arbetat med äldre med minnessjukdomar redan en tid. "Inspirationen till idén fick jag på jobbet, som är ett intensifierat serviceboende", säger hon. Arbetet inom äldreomsorgen har betytt mycket för Michelle som är intresserad av branschen också i framtiden. På fritiden trivs Michelle bl.a. inom redskapsgymnastiken.

Queen Silvia Nursing Award instiftades av Swedish Care International (SCI) med anledning av H.M. Drottning Silvias 70-årsdag den 23 december 2013. Stipendiets syfte är att bidra till att möta en av framtidens största utmaningar, omsorg om de äldre, genom att tillhandahålla idéer och kompetens för god och uthållig global vård med fokus på äldre. Målet är att öka statusen för både utbildningen till sjukskötare liksom yrket i sig.

Stipendiet tilldelas årligen en sjukskötarstuderande i Finland, i Sverige och i Polen. Beskyddare av Queen Silvia Nursing Award i Finland är inrikesminister Paula Risikko.

Queen Silvia Nursing Award omfattar ett stipendium om 6 000 euro samt ett individuellt anpassat internship. Internshipet kommer att genomföras både i Finland och utomlands med syfte att ge stipendiaten kunskap om vård och omsorg av äldre, ur flera olika perspektiv.

Bakom stipendiet står SCI samt en grupp av samarbetspartners. Huvudpartner till Queen Silvia Nursing Award i Finland är Sopimusvuori Oy. Övriga samarbetspartners är Folkhälsan Välfärd Ab, Suomen Sairaanhoidtajaliitto Ry, Sjuksköterskeföreningen i Finland Rf, Oy SCA Hygiene Products Ab, Nordnet och Viking Line. Den digitala plattformen för ansökningarna har utvecklats av Innopinion Oy.

För mer information

Projektkoordinator Jenny Hieta, jenny.hieta@sopimusvuori.fi, p. +358 (0)10 526 6022

www.queensilvianursingaward.fi

www.sci.se

Do something, sister! Gör någonting, syster!

Del 1

Kinge Berglund

Sjuksköterskeföreningen i Finland har privilegiet att publicera Kinge Berglunds bok *Do Something, sister! Gör någonting, syster!* Boken handlar om livet i Sydafrika, för att citera Kinge själv: *"skriven av en ålderstigen sjuksköterskas arbetsliv i Sydafrika åren 1955–1996. Jag gick sjuksköterskekursen, barnmorskekursen, operationssköterskekursen och intensivvårdskursen där."*

Idag bor Kinge Berglund i Finland och är fortfarande en mångsysslare.

"Jag spelar bridge ett par gånger i veckan, går på skrivarkurs (för 4de gången), läser franska för femtielfte året, går på alla matlagnings kurser som har mat från andra länder på MBI. Försöker också röra på mej och vandrar 4–5 km varje dag, beroende på väder och vind. Har också hållit många föredrag om Sydafrika för olika föreningar, men mest om de olika kungahusen där, medicinmännen, resor gjorda i olika länder grannar med Sydafrika.

Har skrivit några artiklar till olika tidningar" berättar hon.

Boken kommer att finnas som en följetong i flera nummer av *Vård i fokus*. Intressant läsning att vänta på.

Första delen av Kinge Berglunds färggranna berättelser om livet som sjuksköterska i Sydafrika.

Sjuksköterskelev

Det var en solig sommardag, i december månad år 1955, då jag promenerade med kartan i handen, sökande det stora Statssjukhuset i Port Elisabeth, Sydafrika. Min man och jag var

nya invandrare i Sydafrika, vi hade bott där i precis tre veckor. Nu hade jag suttit ensam i tvårumslägenheten jag hade skaffat oss, min man var på sitt arbete och jag hade inte roligt, egentligen mycket långtråkigt. Jag beslöt att göra något åt saken. Det fanns en bra sjuksköterskeskola i staden, det hade jag tagit reda på. Då jag antog att kurserna började i januari var det bäst att gå nu, före jul, till sjukhuset för att beställa tid hos översköterskan. Vi hade

ingen telefon och jag tyckte att ett personligt besök kanske var bäst. Jag var ganska blåögd på den tiden.

Sjukhuset låg ungefär två kilometer från vår bostad. Den första byggnaden jag såg var ett mindre tvåvåningshus och jag antog att det var receptionen. Där kunde jag ju ta reda på var översköterskans kansli var beläget. Jag gick in och fick veta att det inte alls var ett sjukhus, det var ett stort laboratorium men damen var mycket vänlig och berättade hur jag skulle gå för att hitta det rätta kansliet. Sjukhuset var cirka 100 år gammalt och byggt så som man gjorde på den tiden. En mängd två- och trevåningsbyggnader sammanbundna med långa takbelagda gångar. Översköterskans receptionist var en bister medelålders dam, som var förvånad över min önskan att få tala med översköterskan. Hon ansåg att jag borde ha beställt tid, men vid förklaringen att jag var ny i landet och inte hade hunnit skaffa telefon ännu, så skulle hon se om jag fick störa översköterskan.

Den gamla damen bakom skrivbordet var som beskriven av Dickens. Hon hade en mörkblå uniform med spetskrage och spetsmanschetter, epåletter också förstås, det hörde till uniformen. På huvudet hade hon en hårt stärkt hätta av voile, med ett ripsband under hakan fäst med en spetsrosett. Hon lyfte inte på huvudet när jag kom in, fortsatte bara att skriva någonting på papperet framför sig. Jag stod snällt och väntade att jag skulle få tillstånd att säga mitt ärende. Efter ganska många minuter sade hon: Vad vill ni? Inget god dag eller annat vänligt, alltså en riktig argbigga.

– Jag undrar om jag får börja som elev här på sjukhuset, sade jag.

Hon stirrade på mig som om jag var någonting som hade ramlat ner från månen och tänkte länge på saken. Sedan sade hon att jag skulle fylla i en massa blanketter. Jag kunde börja i februari, det var för sent att få alla papper klara före jul. Då råkade jag säga att det passade fint, min man och jag hade tänkt fira nyåret tältande i Transkei.

– Är ni gift? Förvåningen var påtaglig.

– Jo, svarade jag, vi gifte oss för ett år sedan.

– Är ni säker på att ni är gift?, sade hon igen.

Då fick jag veta att jag skulle bli den första gifta eleven. Alla andra var aderton–nittonåringar som just hade skrivit studenten. Alltså ungefär sju år yngre än jag! När hon hade slutat förvåna sig fick jag besked om att komma andra veckan i januari till kansliet, med alla blanketterna ordentligt ifyllda. Då skulle jag få veta vad som väntades av mig de följande 3½ åren. Glad i hågen, ungefär som mors lilla Olle, gick jag hem. Det var en hård tid som väntade mig, men om det visste jag ingenting.

Tillbaka på översköterskans kontor

Samma mottagande väntade mig då jag i januari kom tillbaka till översköterskans kontor. Hon fortsatte göra vad hon hade hållit på med då jag kom in. Jag väntade tyst, igen ganska många minuter. Sedan sade hon: Har ni alla papper med er? Inget god dag eller annat vänligt, men jag lät mig inte avskräckas. Översköterskan läste igenom dem och sade sedan att jag skulle anmäla mig till avdelningssköterskan på Mosenthal tre, där jag skulle börja den första februari klockan sju. Jag vågade inte fråga var den avdelningen fanns.

– Ni får ett intyg från kansliet här utanför att ni är antagen som elev och med det går ni till tvättinrättningens lager för att få sex uniformer, mössor, bälten och en cape. Bruna skor kan ni köpa från Garlicks skoavdelning, här är skointyget. Jag tackade och gick till kanslisten, också en bister äldre dam, och frågade hur jag skulle hitta Mosenthal tre och tvättlagret. Underligt nog förklarade hon med att rita ett slags karta över alla byggnader och gångar. Det skulle inte vara så svårt att hitta de olika avdelningarna, trodde jag. Efter många om och men hittade jag tvätt lagret. Alla uniformerna och den svarta höftlånga capen, som var fodrad i grannrött, hade jag under armen då jag gick upp till Mosenthal tre och anmälde mig där till avdelningssköterskan. Hon stirrade också på mig som om jag var någonting katten hade släpat in. Det tycktes höra till kutymen att inte vara artig mot nya elever.

– Här är listan över arbetstiderna för den första veckan, sade hon.

Jag kopierade så snabbt som möjligt mina

kommande dejourer och märkte att det fanns mycket varierande skift, 06–14, 13–22, 07–13, men tillbaka 17–20. De flesta dagar tycktes vara så kallade splittrade skift, jag skulle hinna hem emellan, men inte mycket annat. Matlagning, städning, tvätt och matuppköp fick jag försöka passa in när det gick, men det skulle nog gå. Tyvärr var min man en typisk finne, ingen tanke på att hjälpa till i hushållet med varken det ena eller det andra.

Monsenthal tre

Min första dag på Mosenthal tre tillsammans med tre andra nykomlingar blev en enda lång praktisk undervisning. Skall jag någonsin lära mig allt det här? På den tiden, 1956, gjordes alla urinprov manuellt på avdelningen. Man använde diverse kemikalier, spritlampa för kokning, lackmuspapper och olika storleks glaströr, väldigt sköra. Specifik gravitation skulle mätas. Det tog minst en timme att testa några nya patienters urin. Dagens sköterskor har ingen aning hur lätt de har det.

Mina kunskaper i engelska hade inget medicinskt ordförråd. Engelskan som talas på sydkusten i Sydafrika har inte mycket släktskap med King's English. Där blandar man in en massa afrikaans- och malajord i engelskan. Jag hade lärt mig engelska i skolan som andra främmande språk och hade arbetat som au pair och som hjälpsköterska på ett sjukhus i London. Men där talade man inte mycket med så lågt stående individer, om det inte behövdes. Jag var helt tyst de första tre månaderna, sade bara tack, varsågod, godmorgon och adjö, inte mycket mer.

Jag lyssnade med alla mina sinnen. Lärde mig snabbt, att ord på afrikaans, som till exempel dingies, som betyder ungefär vad kallas det nu igen? var mycket användbart. Ding, betyder sak, men kan användas på många sätt, jag använde det flitigt. Snaaks används för att beskriva att man inte mår bra, det kan vara allt från huvudvärk till att man tror att man håller på att dö. Ek voel so snaaks användes av så gott som alla patienter. Det var sedan bara att försöka luska ut vad det var som var så snaaks. Inte alltid lätt. Man lär sig kanske bäst av att

vara tyst och endast lyssna på andra.

Jag skulle vara på olika avdelningar de fyra första månaderna och sedan skulle alla nybörjarna sätta sig på skolbänken för att lära sig den teoretiska delen. Då sjukhuset var så gammalt, det hade 100-årsjubileum andra året jag var elev, hade salarna byggts enligt Florence Nightingale-metoden, i T-form, med 24 patienter i varje sal. Badrum i salens borte ända och kök, kansli, förråd i främre delen. Det blev mycket gående fram och tillbaka i de långa salarna. Alla salar hade en öppen balkong längs ena sidan och de patienter som var tillräckligt friska skuffades ut i rullstolar eller i sina sängar.

Under mina första månader fick jag lära mig hur dagga (marijuana) luktar. Också, att tack vare tatueringar som många hade på händerna, kunde man ta reda på vilka gäng de tillhörde och vilka droger de använde. På den tiden kom den bästa daggan i världen från Transkei, nordost om staden där jag bodde.

Järnhård disciplin

Disciplinen var järnhård, mycket militärisk. Händer och naglar inspekterades med jämna mellanrum. Smycken och make up var inte att tänka på. Också vikten kontrollerades en gång i månaden. Det var inte bra att vara alltför tjock.

Eleverna sorterade smutstvätten ute på balkongen i alla väder, vintern är regnig och kall. Inga lakan, blodiga eller fulla av bajs, kunde skickas till tvätten. De tvättades av de stackars eleverna med borste och kallt vatten, gummihandskar fanns inte, annat än på operationssalen.

Det första året hade eleverna ett vitt, hårt stärkt bälte. Det andra året fick man sy en blå rand på det och det tredje året en rand till. På slutrakan, alltså de sista sex månaderna fick man ha ett helblått bälte, då var man en viktig person. Alla gick åt sidan då man skulle gå in någonstans, till exempel till matsalen. Man behövde inte hämta te och bröd själv, man kunde kommendera någon lägre stående varelse att hämta det. Jag gick inte till matsalen förrän jag hade två ränder, tetiden var endast 20 minuter och man kunde, om man hade otur, få stå och

vänta i fem minuter vid dörren om en hel klass blåbälten kom just då.

Då statsexamina hade skrivits och resultaten kommit ut, fick man vad som kallades Saxeblue-bält, en vacker himmelsblå färg. Det gjorde mycket gott för ens tilltrampade själ. Vi hade en veckas sjukledighet per år, det blev flera dagar att arbeta in på slutrakan, men då behövde man inte stå på balkongen i hällregn och räkna smutstvätt.

En del jobb var faktiskt i eländigaste laget. Under nattdejouren på barnavdelningen samlades alla blöjor i ett ämbar vackert hopvikta, fulla av bajs. Blöjorna var gjorda av tjock frotté, svåra att tvätta.

Då de flesta barnen hade svår gastroenterit blev det en ganska stor samling. Dessa skulle visas för avdelningssköterskan, som aldrig anlände före klockan åtta. Att sitta där, trött och hungrig, väntande på att få förevisa nattens skörd, var minst sagt inte roligt. Hennes sarkastiska kommentarer var inte heller något man uppskattade. Hon ville veta när den och den blöjan hade producerats och vad jag hade gjort efter att ha inspekterat innehållet. Att sitta och veckla upp de svårt nersölade blöjorna med bara händer glömmar jag aldrig. En elev fick inte använda handskar, inte ens lappade. Lukten var inte heller i det mest aromatiska laget. Sedan skulle alla blöjorna förtvättas i kallt vatten med en borste. De kom tillbaka från tvätten om de var fulla av bajs och då måste man tvätta dem på nytt med bara händer. Jag har aldrig varit speciellt förtjust i barn och jag antar att det fick sin början vid de bajsfulla blöjämbarerna.

Man såg på hygien lite annorlunda då. Underligt nog, fast det endast fanns penicillin och streptomycin, så såg man inte massor av infekterade sår. Det var väl så att alla var vana att bli utsatta för alla möjliga bakterier att de inte gjorde samma skador som i dagens läge. På den tiden fanns det inte någon sjukhussjuka, som nu för tiden.

Ett annat jobb som var obehagligt, var att i operationssalen paketera amputerade ben, armar och allt annat som skars bort från en patient. Paketet måste ha en lapp med patientens namn och nummer plus datum och

paketets innehåll. Sedan gick man med paketet under armen genom långa korridorer till avfallsförbränningen, allt skulle brännas. Man kunde inte skicka en av de manliga svarta städarna på operationssalen, det måste vara en vit person. Det här var helt oförståeligt för mig, men jag frågade inte, lydde bara order. Det var först många år senare som jag fick veta att vita människodelar var mycket efter-sökta av alla sangomas, medicinmännen. De torkades och maldes till "muti", dyr medicin. För alla sydafrikanare var det en helt vanlig sak, ingenting man pratade om.

Under början av min elevtid fanns det få mediciner i ampuller, allt var i tablett- eller pulverform. För en spruta kokade man lite vatten från kranen i en tesked över en spritlåga och satte sedan tabletten i det avsvalnande vattnet och rörde om tills den hade smultit. Sprutan gavs intramuskulärt, så värst sterilt var det nog inte, men det fanns inte annat. Morfin, Atropin, Scopolamin etcetera användes på det här sättet. Sterilt vatten fanns ej heller.

Elevtiden var också mycket jobbig då de flesta i ansvarig ställning var ganska otrevliga mot underlydande, som varken vågade eller kunde försvara sig. Kirurgerna var ökända för sina elakheter, operationssköterskorna var kanske de allra otrevligaste. Jag beslöt mig, som tredje års elev, att aldrig, aldrig bli en sådan elak käring som de flesta var. Jag tror inte att jag har skrikit åt någon att hon är den värsta idioten jag någonsin sett.

Under min första månad på Mosenthal tre, bad avdelningssköterskan mig att gå till operationssalen och hämta en bår för en patient som skulle opereras. Ordet är stretcher på engelska, jag hade aldrig hört det ordet och hade inte en aning vad det betydde. Jag gick till operationssalen, ringde på klockan, och bad sköterskan som öppnade, att få en stretcher för en patient på Mosenthal tre.

– Stå inte där som en imbecill, tag en och försvinn.

Jag bara stod, jag visste ju inte vad det var jag skulle ta. Hon tog en från en hylla och slängde den på mig. Så lärde jag mig ett nytt ord. Det var en tung bår av tältduk.

Eftersom jag var så pass mycket äldre än

mina kurskamrater fick jag ofta jobb som inte tycktes passande en ung, grön 18-åring. Så fick jag det obehagliga arbetet att sköta om en ung man som hade skjutit ihjäl sin fäst-mö och hennes mor. Sedan hade han försökt begå självmord genom att sätta gevärspipan under hakan. Han dog inte, men sköt bort hela ansiktet. Han hade en trakeostomi som jag måste försöka hålla öppen. Det rann blod hela tiden från det som hade varit ansiktet, mycket obehagligt. Det satt en polis vid patientens sida också. Han svimmade då jag bytte de genomblödda kompresserna på köttslamsorna. Jag orkade inte med polisen, lämnade honom liggande på golvet. Den unga mannen skulle hållas vid liv så att han skulle kunna hängas, vilket också skedde några månader senare. Ingen brydde sig om att göra ett nytt ansikte åt honom, bara stämma blodflödet och skära bort alla slamsor.

Allt gjordes för hand

Veckosluten på operationssalen användes till lappande av gummihandskar. Det var endast kirurger som fick använda nya, operationssköterskorna fick lappade. Alla nålar som behövdes vid operationerna skurades och förvarades i metylerad sprit tills de användes. Det fanns catgut, men inte med påsatta nålar. Catguten förvarades i glasampuller som man bröt sönder vid operationen. Allt gjordes för hand under min elevtid. Alla kompresser syddes av eleverna. De allra besvärligaste var ögonkompresserna som inte fick vara större än en ärtä, innanmätet bestod av lite vadd och allt knöts ihop med en liten, liten bit gastyg. De skulle vara så lätta att om man blåste på dem så skulle de flyga iväg.

Det var inte många som fick dropp. Det ansågs som det absolut sista före döden. Kanylerna var av metall med en inre nål som drogs ut vid användandet. Slangarna var gjorda av gummi och man hade en metallklamp som kontrollerade flödet. Engångskanyler och droppset av plast kom när min elevtid var nästan över. Sedan gick allt mycket snabbt framåt.

Järnlungan var det enda man kunde använda för en förlamad patient. Den var byggd

som en kista, patienten låg inuti och huvudet stack ut. Som första års elev behövde jag inte sköta om en patient i en järnlunga mer än en gång. Jag kommer ännu ihåg hur rädd jag var, jag hade faktiskt ingen aning om vad jag skulle göra.

Som elev fick man många problem som man inte kunde förutse. Till exempel när en av kirurgerna skrev som diagnos G.O.K. (God Only Knows) och jag kopierade det förstås i min rapport. Jag blev inkallad till översköterskan som ville ha en förklaring till min besynnerliga diagnos. Hon var inte nådig. Det hjälpte inte att jag sade vad kirurgen hade sagt: Det är bara Gud som vet vad han har för fel, jag vet det inte. Ofta fick man skällsord tack vare sin egen okunnighet och bli kallad en idiot eller åsna av en kirurg på operationssalen för att man inte hade en aning vad det var han ville ha. Ett instrument hette Follow Through (följ igenom) och det gjorde inte att det klarnade för mig vad som behövdes.

Ett vitt bälte, det lägsta av det lägsta, skurade glassprutor med Vim och vässade nålar med sandpapper på nattdejouren. Också det hörde till problemen, det var svårt att få dem rena. Allt som var gjort av metall kokades nattetid i jättestora sterilisatorer. Också bäcken kokades i speciella maskiner.

Barnavdelningen

Barnavdelningen var den sorgligaste av alla avdelningar under elevtiden. Jag hade så många otrevliga upplevelser där. Jag glömmer aldrig ett barn, ungefär 1½ år gammalt, som togs in en dag svårt sjuk i gastroenterit. Hållögd, blå om munnen, helt apatisk, snabb andning, som jag skulle sätta upp dropp på. För att få stora mängder vätska i de här oerhört uttor-kade barnen satte vi stora nålar under huden i ryggen, kopplade till flaskor med elektrolyter. En skalpven var inte att tänka på, det behövdes stora mängder.

Medan jag klädde av barnet slutade hon andas. Det är omöjligt att få hjärtat att starta igen i ett så dödssjukt barn. Jag var bara ett vitt bälte och hade inte sett ett barn dö. Jag blev alldeles som slagen och började gråta hysteriskt, den

enda gången jag grät som elev. Avdelnings-sköterskan gav mig en Luminal och skickade mig hem. Jag var helt oduglig till någon form av arbete den dagen, jag var helt säker på att det var mitt fel att barnet dog.

Det fanns också roliga stunder. Så, till exempel, när vi hade tvillingpojkar, så där fem år gamla på kirurgiska avdelningen, som hade fått tonsillerna borttagna. Deras föräldrar hade en egen liten djurgård några kilometer utanför staden. Pojkarna var vana med att alla möjliga och omöjliga slags djur fanns i deras hus och runtomkring. Bland annat hade de ett par lejon som hade två ungar, cirka tre månader gamla. Pojkarna saknade lejonungarna så mycket att föräldrarna tog de små ungarna med till sjukhuset, så att pojkarna skulle få leka med dem. Barnavdelningen bestod av tre stora salar, 20 barn i varje. Jag stod vid en säng och matade en liten krånglig flicka då pojkarnas föräldrar kom in med de två små lejonungarna i band, precis som hundar. Tvillingarna var överlyckliga, satt med var sitt lejon i sängen, medan resten av barnen på avdelningen skrek alldeles hysteriskt. Oljudet var öronbedövande. Ett par av småbarnen blev nog intresserade av de besynnerliga besökarna. Det skulle säkert ha varit roligt att ha ett sådant djur själv. Jag gjorde ingenting för att lugna barnen, jag var helt paralyserad av händelsen på avdelningen. För en stackars nordbo är det inte så enkelt att plötsligt ha att göra med två lejonungar. Vad borde jag ha gjort? Jag gjorde ingenting, lyssnade bara på skriken och tittade på de glada pojkarna som lekte med lejonungarna.

Johannes

Patienter fanns av alla de sorter. Olika raser, olika åldrar, olika sjukdomar. En del kommer jag ihåg, men de flesta har försvunnit i minnets glömska. En som jag kanske minns bäst, var en ung vit man som var patient på Statssjukhuset i ungefär ett års tid under min elevtid. Han hette Johannes och var en fånge som hade specialiserat sig på att stjäla bilar och nu satt av ett tvåårsstraff. Johannes var en mycket trevlig, pratsam ung man. Han hade blivit intagen med diagnosen: Observation,

troligen blindtarmsinflammation. Efter ett blodprov visade det sig att han inte hade någon inflammation. Johannes fortsatte att klaga över än det ena och än det andra. På den tiden var det inte så noga med att få en patient utskriven snabbt och det beslöts att undersöka lite mera. Hans väktare var också glada. Det var ju ett mycket enkelt jobb, alltid hittade man någon att spela kort med. Inte behövde man sitta vid hans säng med en laddad pistol. Johannes hade ingen tanke på att rymma. Han hade aldrig haft det så bra. Då han var en ganska fager mörklockig man fick han många elevvers hjärtan att klappa lite fortare och det betydde gåvor som en fånge inte skulle få ha. Till exempel en radio, böcker, tidningar, väldoftande toalettartiklar. Ja, det var inte någon skillnad på vad de vanliga patienterna hade på sitt sängbord. Få visste att han var en fånge då väktarna sällan syntes till. Han fick vandra omkring i salen, men det var inte meningen att han skulle gå ut i buskarna utanför, vilket han ofta gjorde. Han tittade längtansfullt på alla bilarna som var parkerade där. Johannes var en mycket snabbtänkt man som kom på allt möjligt för att få sin sjukhusvistelse förlängd. Han klagade över svårighet med urineringen och undersöktes ordentligt. Efter cystoskopin fick han blodad tand och lärde sig av andra patienters klagomål vad som borde sägas till läkaren för att få ny diagnos.

Jag var en tredje årets elev då jag mötte honom på en nattdejour. Han var lite som en orolig ande så jag gav honom olika jobb att göra, det gillade han mycket. Han fick lova mig att inte försvinna ut i mörkret i någons Ford. Jag lärde honom testa urin. På den tiden då allt gjordes manuellt, tog det nästan en halv timme att göra vad som kallades en full test. Teet på kvällen och morgonen blev också hans arbetsuppgift på min avdelning. Han skrev alltid upp på vätskeintagsschemat och adderade på morgonen. Kvällarna och i all synnerhet tidiga morgnar var mycket skyndsamma tider. Att då få hjälp med enkla sysslor var något jag upp skattade mycket. Då han var ovanligt charmig föll han också de andra patienterna i smaken. Alltid hjälpsamt lyssnande. Matade de som hade besvär med att använda hän-

derna, läste tidningen högt för dem som hade synbesvär, ringde samtal för patienter som inte kunde gå. Det fanns en automattelefon vid sjukhusingången. Med andra ord, han var till stor hjälp för de flesta på avdelningen. Att han ljög värre än en borstbindare och att läkarna lät sig luras var i mitt tycke ganska märkligt. Kanske de tyckte synd om en så trevlig ung man som försökte få hela sitt fängelsestraff avlagt på sjukhuset.

Som elev flyttades man från den ena avdelningen till den andra och ibland var man tillbaka på en avdelning där man varit kanske ett år tidigare. Så var jag tillbaka på avdelningen där Johannes ännu var patient sex månader senare. Han blev mycket glad att se mig igen. Jag tittade på hans mapp och den senaste diagnosen –fastsittande förhud. Han skulle ha en omskärelse två dagar senare. Hur fick du läkaren att gå med på den här svindeln? frågade jag Johannes då jag såg honom. Jo, det var enkelt, jag fixade det själv, inte alls svårt. Fint hantverk faktiskt, skrattade han. Men det är kanske slut nu på alla mina "sjukdomar" och operationer. Jag har bara en månad kvar av mitt straff, några dagar i en cell klarar jag nog av. Kanske de låter mig gå hem härifrån? Vem vet? Jag har ju ett prickfritt uppförande. Omskärelsen gav honom ett par veckors sjukhusvistelse. Man var inte så noga med att få patienter utskrivna. Han störde ingen, tvärtom.

Några veckor senare var jag på nattdejour på en avdelning, som var långt borta från Johannes avdelning, då en bekymrad fängelseväktare och en annan person i uniform uppenbarade sig på avdelningen.

– Har du Johannes här? frågade väktaren.

– Nej, varför skulle jag det?

– Ja, han har försvunnit från sin avdelning och vi hittar honom inte. Vi trodde att han besökte dig, du känner ju honom bra, inte sant?

På förfrågan, varför denna uppståndelse mitt i natten, var det den vanliga historien. Väktaren hade suttit på en annan avdelning och spelat kort med en patient, då en fängelseinspektör kom för att se att allt var så som reglerna föreskrev och hittade varken fånge eller väktare. Då jag varit så nyligen på Johannes avdelning visste jag att han hade åtminstone

två flickvänner som han träffade regelbundet i buskarna runt parkeringen. Han var mycket bra på att lura de stackars flickorna, inte endast läkarna. Han var faktiskt en sagoberättare av rang. Jag hade ofta lyssnat på hans fängelseäventyr och allt hemskt som hände där. Ibland trodde jag honom tills jag kom ihåg att det var vad han var bra på, att lura folk, inte endast stjäla bilar.

Inspektorn sade att de nog var tvungna att be om polishjälp och det skulle betyda en förlängning av hans straff. Så jag berättade att jag trodde att han hänglade i buskarna med någon blåögd elev. Där hittades han och fick i detalj förklara varför han satt i en buske med en flicka klockan 23 på natten. Jo, det var så att han hade varit på väg till badrummet och då träffat på den här flickan som såg ut att vara nära till tårar. Hans känsla att hjälpa tog över och han började prata med henne. Hon blev genast lite gladare då hon fick berätta sin sorgliga historia för någon som ville lyssna. Den bästa platsen för sådant var buskarna, ingen störde där, inte den tiden på dygnet. Alltså hade han bara fungerat som en barmhärtig samarit. Flickan nickade medgivande, inte kunde hon säga att allt var lögn och bedrägeri. Han hade nog gått tillbaka till sin sänghörna för att meddela väktaren att han behövde lite frisk luft. Tyvärr hittade han inte väktaren, men beslöt ändå att det var viktigast att få den tårfyllda flickan på bättre humör. Alltså – det var orsaken till hans vistelse i buskarna mitt i natten. Inspektorn som inte kände till Johannes sagoberättelser tyckte att det lät möjligt och sade endast: Gör inte om det här.

– Nej, aldrig i livet, på heder och samvete sade Johannes.

Väktaren blev förstås uppläxad och blev av med sitt lugna jobb. De nya väktarna satt faktiskt vid fotändan tills hans strafftid var över. Jag har ofta undrat vad det sedan blev av Johannes efter fängelsetiden. Gifte han sig kanske med någon rik änka? Det skulle vara roligt att veta.

Författaren

Kinge Berglund

Hur mår de svenskspråkiga i Helsingfors och får de den service de är i behov av?

Frida Backström • Emma Mård • Alexandra Sjöström • Pia Liljeroth

Våren 2016 skrevs tre examensarbeten vid Yrkeshögskolan Novia inom projektet Där nöden är störst – diakoni på svenska. Projektet, som är ett samarbete mellan Helsingfors svenska församlingar och Yrkeshögskolan Novia i Åbo, inleddes våren 2016. Syftet med projektet var att utreda utsatthet bland svenskspråkiga i Helsingfors samt att utarbeta en modell för hur CABLE-metodik kan tillämpas i

I nyheterna idag får vi läsa mycket om att alkoholkonsumtionen ökar, psykisk ohälsa ökar och känsla av ensamhet finns i alla åldersgrupper och samhällsklasser. Hur är läget egentligen bland de svenskspråkiga i Helsingfors?

församlingar. Syftet med de examensarbeten, som skrevs våren 2016, var att utreda den svenskspråkiga befolkningens välmående, både hälsomässigt och socialt, i Helsingfors. Varje arbetsgrupp inom examensarbetsprojektet fick varsin svenskspråkig församling att samarbeta med och på så sätt var sitt geografiskt område att fokusera på.

Material och metod

För att kunna utreda utsattheten användes både kvantitativt och kvalitativt material. Det kvantitativa materialet bestod av statistiskt material om befolkningen i Helsingfors från offentliga, publicerade källor. För att sedan undersöka om statistiken överensstämde med praktiken intervjuades professionella inom tredje sektorn, diakoniarbetare från de olika församlingarna, samt en person som är aktiv inom frågor som rör finlandssvenskar. De tredje sektorns organisationer som examensarbetsgrupperna var i kontakt med var Helsingfors Mission, Anhörigas stöd för mentalvården centralförbund rf. (FinFami) och Centralen för församlingsarbete - Handikapp och mentalhälsoarbetet.

Till varje examensarbete utarbetades egna frågeställningar som kan sammanfattas till:

- Vilken sorts nöd har de svenskspråkiga i Helsingfors inom de olika församlingarnas områden?
- När den befintliga servicen dem som är i behov av servicen?

Under examensarbetsprocessens gång låg fokus på de svenskspråkiga i Helsingfors. Det var svårt att hitta statistiskt material som endast berör svenskspråkiga i Helsingfors samt specifika områden. Detta innebar att arbetsgrupperna var tvungna att göra egna beräkningar utgående från de svenskspråkigas procentantal i jämförelse med hela befolkningen. De egna uträkningar som gjordes är antaganden som gav arbetsgrupperna en teoretisk bild över hur situationen kan se ut men inte ett exakt svar över hur situationen är i praktiken.

Nöden bland svenskspråkiga i Helsingfors

I denna artikel sammanfattas resultaten från de olika församlingarnas områden till 6 kategorier: ensamhet, psykisk ohälsa, språkkunskaper hos professionella, dold nöd, brist på sysselsättning för arbetslösa och den finlandssvenska ankdammen.

Den ofrivilliga ensamheten, liksom den psykiska ohälsan ökar inom alla ålderskategorier. Dold nöd kan vara olika saker men är svårt att utreda eftersom människor kan ha svårt att ta upp sina problem eller kanske inte förstår att de har ett problem. Alkoholkonsumtion, våld i nära relationer eller missbruksproblem är några exempel på dold nöd. Enligt utredningarna kan man konstatera att det finns brist på sysselsättning för arbetslösa, speciellt för svenskspråkiga i medelåldern, som bor i Helsingfors.

När den befintliga servicen dem som är i behov av servicen?

Det finns brister i den svenskspråkiga servicen inom social- och hälsovården i Helsingfors. Exempelvis finns det endast en svenskspråkig hemvårdsenhet som ligger i södra stordistriktet vilket gör att det kan vara svårt att få svensk service i de andra stordistrikten i Helsingfors. Bristande språkkunskaper hos professionella innebär också att det är svårt att värva personal som har kunskaper i svenska. Det i sin tur betyder att man inte alltid kan garantera vård på svenska.

Mycket av den svenska servicen har centraliserats till några få punkter vilket leder till att för att få svenskspråkig service måste man resa längre sträckor än för att få finsk service. Denna brist på tillgänglighet av service kan även vara en orsak till att svensktalande inte söker sig till den svenska servicen, speciellt äldre som kanske har svårt att röra sig och inte har möjlighet att ta sig till den servicepunkt de behöver.

Inom den svenska servicen för psykisk ohälsa kom det fram att utbudet av tjänster har minskat. Dessa tjänster har även sammanförts till en avdelning istället för att ha flera avdel-

ningar, indelade beroende på klientens diagnos, som den finska tjänsten erbjuder. Även tjänster inom öppenvården läggs ner, vilket kan bero på problematiken med att få tag på svenskspråkig personal som nämndes tidigare.

Den offentliga sektorns service kompletteras av olika instanser inom tredje sektorn som erbjuder social- och hälsovårdstjänster. Kårkulla och Föreningen De Utvecklingsstördas Väl (FDUV) är stora organisationer inom tredje sektorn som erbjuder svensk service för personer med funktionsnedsättning. Andra organisationer inom tredje sektorn är till exempel Folkhälsan, Förbundet Finlands Svenska Hörselskadade (FFSH), Förbundet Finlands Svenska Synskadade (FSS), Helsingfors Mission och FinFami.

I arbetet kom det även fram att det finns ett behov av lågröskel socialverksamhet som arbetar på gräsrotsnivå, speciellt då det kommer till individer som är ensamma. Ett fungerande exempel på sådan här verksamhet bedrivs av Helsingfors Mission.

Resultat

Resultaten ger en blick över situationen och vilka diakonala tjänster som kan behövas bland de svenskspråkiga i Helsingfors. Både nya tjänster som kanske inte har funnits förut eller tjänster som redan finns och skulle behöva utvecklas i relation till de svensktalande i Helsingfors. Att vara finlandssvensk kopplas av många starkt ihop med den finlandssvenska "ankdammen" och under examensarbetsprocessen kom det upp både fördelar och nackde-

lar med den. Fördelar kan vara att man har ett starkt socialt nätverk runt omkring sig medan en nackdel kan vara rädslan för att bli stigmatiserad samt att den egna upplevda nöden kan kännas större ifall man inte har ett starkt socialt nätverk. Frågan är - skulle man kunna utnyttja detta fenomen i förebyggande och rehabiliterande syfte för att minska på nöden bland finlandssvenskar i Helsingfors?

Litteratur

- Backström F, Juhannusvuori D. & Schrey M. Där nöden är störst - diakoni på svenska. Sammanställning av diakonala behov i Matteus församling. YH Novia, examensarbete; 2016.
- Esselström E-M, Johnson M & Sjöström A. Där nöden är störst. Sammanställning över behov för diakonala insatser i Petrus församling. YH Novia, examensarbete; 2016.
- Konttinen, H., Mård, E. & Sentzke, T. Där nöden är störst - diakoni på svenska. Sammanställning av de diakonala behoven i Johannes församling. YH Novia, examensarbete; 2016.

Författarna

Frida Backström

Socionom

Emma Mård

Socionom

Alexandra Sjöström

Socionom

Pia Liljeroth

Överlärare, Yrkeshögskolan Novia, Åbo

Ordförandekandidat



Hej, jag ställer gärna upp för en period till som ordförande för Sjuksköterskeföreningen. De tre åren som gått har varit fantastiska men också utmanande. Mycket har hänt, vi har bl.a. fått en verksamhetskoordinator, föreningens fina lokal har genomgått en modernisering, medlemsregistret har städats upp och på hemsidan finns intressanta blogginlägg.

Jag vill fortfarande jobba för samma mål jag ställde upp för tre år sedan. Föreningen skall vara attraktiv för medlemmarna och befrämja kollegialitet bland svenska sjukskötare. Föreningen är både en virtuell diskussionsplattform på hemsidan och en konkret mötesplats i form av intressanta och aktiva medlemskvällar. Speciellt den virtuella plattformen kan aktiveras lite mera!

Föreningen skall vara en hemvist för de svenskspråkiga sjukskötarna och stöda patientens rätt till vård på modersmålet svenska och finska. Genom studiedagarna och Vård i Fokus bidrar föreningen till att hålla de svenska sjukvårdstermerna levande. Trots att vården blir alltmer specialiserad kommer en allmänbildning och nyfikenhet på vad som är på gång alltid att behövas.

Föreningen skall aktivt stöda utvecklandet av vården och vara en aktiv samarbetspartner nationellt och internationellt.

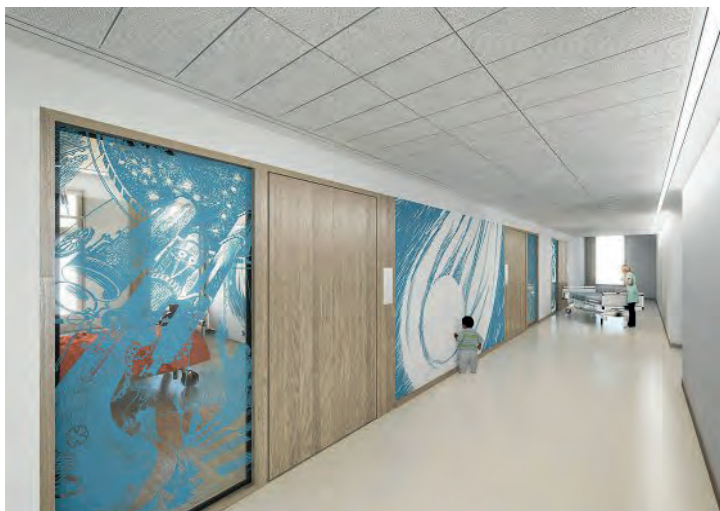
Föreningens långa och framgångsrika historik skall hållas levande.

Jag vill tacka sekretariatet och styrelsen för utmärkt samarbete, det är ett nöje att samarbeta med engagerade och kunniga kolleger.

Annika von Schantz

Nya Barnsjukhuset 2017

Foto: Arkitektbyrån SARC Oy



Planeringen av det nya Barnsjukhuset pågår för fullt. Arbetsgrupperna håller på att finslipa vårdprocesserna. Inredningens tema är havet och skärgården som förverkligas med kopior av Tove Janssons ursprungliga teckningar. På den övre bilden ser man hur en korridor på en bäddavdelning kommer att se ut och på den nedre en bild på ett patientrum.

Annika v. Schantz

Foto: Arkitektbyrån SARC Oy



Neonatalpraktik i Riga

Charlotta Witick

Hösten 2015 studerande jag sista året till barnmorska på Yrkeshögskolan Arcada. Jag fick möjlighet att åka till Riga för att göra min sista praktik, den tre veckor långa neonatalpraktiken. Praktiken ordnades i samarbete med Riga 1st Medical College, som är en av Arcadas partnerhögskolor. Praktikplatsen var Riga Dzemdību Nams, ett förlossningscenter för främst lågriskförlossningar.

I förlossningscentret finns bland annat en förlossningsavdelning med 12 förlossningssalar och tre operationssalar för kejsarsnitt, fyra barnsängsavdelningar och en neonatal intensivvårdsavdelning för nyfödda som behöver specialvård. De flesta arbetsturer gjorde jag på neonatalavdelningen men jag fick även göra några turer på förlossningsavdelningen samt

barnsängsavdelningen.

Då min praktik började i november 2015 togs jag emot av några barnmorskestuderande, som visade mig runt i Riga. Jag fick bo på skolans studenthem som låg nära sjukhuset och den lokala barnmorskeläraren hälsade på mig flera gånger för att försäkra sig om att jag trivs och att allt har gått bra på praktiken. Jag märkte att studeranden i Lettland har en mycket annorlunda roll både i skolan och på praktikplatsen än studerande i Finland. I Lettland brukar studeranden mest följa med personalen och titta på medan man i Finland är van vid att arbeta tillsammans med handledaren. På neonatalavdelningen kom en studerandegrupp varje dag på besök med sin lärare. Neonatologen berättade om de olika patienterna och deras vård samt ställde frågor till studeranden. Studerandegruppen tillbringade runt 10–30 minuter på avdelningen, beroende på hur många patienter det fanns på plats. Handfärdigheter hade de inte möjlighet att öva på under dessa besök. På förlossningsavdelningen fick stu-

derande heller inte göra mycket själv. Av de barnmorskestuderande jag träffade hade de flesta t.ex. aldrig skött en förlossning även om de redan var på slutrakan med sina studier. I Lettland är situationen för nyblivna barnmorskor dock annorlunda eftersom de först arbetar tre år tillsammans med en erfaren mentor.

På förlossningsavdelningen fick jag assistera ett antal vaginala förlossningar och följa med ett par kejsarsnitt. Vården av det nyfödda barnet skilde sig mycket från det man är van vid i Finland. Hudkontakt används sällan och barnet togs direkt till skötbordet efter förlossningen för att mätas och tvättas. Inga rutinemässiga kontroller togs på barnet, K-vitamin gavs inte heller rutinemässigt. Före barnet lyftes på mammans bröst torkades mammans hud med våtservetter. I Finland görs detta inte eftersom det anses vara hälsosamt för barnet att genast komma i kontakt med familjens egen bakterieflora.

Det var intressant att se hur väl förberedda föräldrarna i Riga var gällande material som behövs under och efter förlossningen. I Lettland är det nämligen meningen att föräldrarna har med sig allt de behöver under sjukhusvistelsen. Sjukhuskläder användes inte, patienter hade egna kläder. Förutom kläder hade föderskan med sig bland annat underlag för sängen, bindor till sig själv samt blöjor och våtservetter för barnet. I bottenvåningen av förlossningscentret fanns även en butik där man kunde köpa de nödvändiga sakerna. På förlossningsavdelningen fick föräldrarna också ett litet paket som påminde om en mindre version av den finska moderskapsförpackningen. I paketet fanns bland annat babykläder och blöjor.

Neonatalavdelningen var modern och hade plats för sju nyfödda i kuvös eller säng med värmeapparat. Nyfödda vårdades på avdelningen högst en vecka. Om barnet behövde mer långvarig vård eller om det fanns risk för att barnet kommer att behöva operation, flyttades barnet till ett större sjukhus i Riga. Jag fick följa med i ambulansen då ett nyfött barn med navelsträngsbräck transporterades till Childrens Clinical University Hospital för fortsatt vård. Dokumentering av vården skedde till största

dels på papper.

Vården av nyfödda på neonatalavdelningen var mycket lik vården i Finland. Med tre timmars mellanrum och vid behov oftare kontrollerades barnets blodtryck, puls, temperatur och syresaturation i samband med matning och blöjbyte. De flesta föräldrar kom till avdelningen då det var dags för barnets matning och blöjbyte. Mammorna uppmuntrades till att pumpa bröstmjölk till barnet. I Lettland finns, till skillnad från Finland, ingen mjölkbank med donerad modersmjölk. Modersmjölksersättning gavs endast vid behov. Mjölkmängderna som de nyfödda fick varierade alltså enligt hur mycket mjölk mamman hade pumpat, mängderna räknades oftast inte lika noggrant som på neonatalavdelningarna i Finland. Föräldrarna deltog i blöjbyte och barnsjukskötarna gav vid behov handledning i skötseln av barnet samt hjälpte till vid amningen om barnet mätte tillräckligt bra för att kunna ammas.

På neonatalavdelningen finns det alltid minst en neonatolog och två barnsjukskötare på plats. Alla vårdare på neonatalavdelningen är utbildade barnsjukskötare. Barnmorskorna i Lettland har inte sjukskötarutbildning och kan därför inte arbeta på neonatalavdelning. Barnsjukskötarna var alla mycket erfarna och många hade jobbat på samma avdelning i över 20 år. Arbetstiderna är 24 timmar och lönen är låg, så de flesta vårdarna måste ha två jobb. Arbetsmoralen är trots detta hög och jag hörde ingen klaga över sitt arbete. En av barnsjukskötarna som talade lite engelska berättade att hon ofta är väldigt trött eftersom hon arbetar fulltid både på neonatalavdelningen och på en akutavdelning men hon älskar sitt jobb.

Praktiken var mycket givande och jag hann se och uppleva mycket trots att det var en kort praktik. Jag är nöjd att jag valde att göra min praktik i Riga och jag fick en bra uppfattning om hurdan vården av födande kvinnor och nyfödda barn i Lettland är.

Författaren

Charlotta Witick
Barnmorska 2015



STAY CURIOUS

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

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

Studierna kan genomföras vid sidan av heltidsarbete. Besök arcada.fi för att bekanta dig närmare med vårt studieutbud.

Föreningen utlyser följande stipendier

- Ett postdoktoralt stipendium om **6000 €** för forskning eller utvecklingsarbete.
- Ett stipendium om **2000 €** ur **Anita Hannusas minnesfond** för forskning eller utvecklingsarbeten inom äldrevard.

Fonden för vårdforskning och – utveckling

- Ett stipendium om **4000 €** för postgraduala studier, licentiat- och doktorsavhandlingar
- Ett stipendium om **2000 €** för magisterstudier
- Ett stipendium om **2000 €** för utvecklingsarbete

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

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland senast **30.4.2017**. 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
å 500 € att sökas av studerandemedlemmar.**

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

Stipendiet beviljas endast en gång under studietiden.

Till stipendieansökan skall ett studieutdrag bifogas.

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland senast **30.4.2017**.

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

Frågor kan riktas till sandra.allden@sffi.fi

Styrelsen



Studera vårdvetenskap vid Åbo Akademi, fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier

Pedagogisk kompetens, hälsa och välfärd, minoriteter

En akademisk magisterexamen i vårdvetenskap ger olika möjligheter att arbeta inom ledande befattningar inom hälso- och sjukvården, inom vårdutbildning samt inom forskning och utveckling. En magisterexamen på universitetsnivå ger en vetenskaplig grundexamen samt behörighet att söka till forskarutbildning.

Vårdvetenskap är huvudämne inom kandidat- och magisterexamen i hälsovetenskaper. Som biämne kan väljas **vårdvetenskapens didaktik (vårdlärare)**, **hälsovårdsadministration (vårdledare)** och **hälsokunskap**. 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.

En kandidatexamen i hälsovetenskaper (180 sp) kan avläggas på ca 3 år. Efter avlagd kandidatexamen är studietiden ca 2 år för en magisterexamen i hälsovetenskaper (120 sp). Sökande som har yrkeshögskoleexamen inom vårdområdet eller kandidatexamen inom närliggande område kan söka direkt till magisterutbildningen (eventuella bryggstudier bedöms individuellt). Inga extra bryggstudier i vårdvetenskap krävs av sökande som avlagt följande examina: sjukskötare (YH), barnmorska (YH), hälsovårdare (YH) och förstavårdare (YH). Sökanden som önskar bli vårdlärare bör däremot avlägga kompletterande pedagogiska studier 25 sp. Sökande med tidigare vårdutbildning på institutnivå får kurser tillgodo och har en individuell studieplan.

Ansökningstid/www.studieinfo.fi:

- **15.3–5.4.2017** – antagning för avläggande av både kandidat- och magisterexamen
- **15.3–5.4.2017** – antagning för avläggande av enbart magisterexamen

Urvalsprov (frivilligt för sökande direkt till magisternivån) ordnas den 10 maj 2017 kl. 12:00–16:00. Plats: Vasa, Helsingfors och Mariehamn. **Språkprov** i svenska för finskspråkiga ordnas den 19 april 2017 i Vasa, Helsingfors och Åbo. **Information:** studierådgivare Britt-Marie Storbacka, britt-marie.storbacka@abo.fi, tel. +358 (0)6 324 7505 / www.abo.fi/sok

www.abo.fi/vardvetenskap



Ansökningstid
15.3–5.4



DAGS ATT BYTA BANA?

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

HÖJ DIN KOMPETENS OCH FÖRDJUPA DIN KUNSKAP!

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

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

YRKESHÖGSKOLAN
NOVIA

* Ingen antagning 2017

Gemensam ansökan sker via studieinfo.fi
novia.fi

Sjuksköterskeföreningen i Helsingfors med omnejd

10.5.2017, medlemskväll. Mera information följer.

Sjuksköterskeföreningen i Mellersta Österbotten

I maj firar vi Internationella Sjukskötdagen. Program: olika kulturer i vården. Mera info senare.

Sjuksköterskeföreningen i Sydösterbotten

I samband med Internationella Sjukskötdagen i maj planeras en vårfest. Mera info i dagstidning-
en samt på hemsidan. Medlemsbrev skickas också ut.

Sjuksköterskeföreningen i Vasa

29.3.2017 kl. 18.00, medlemskväll tillsammans med "VOGA STYLING" ordnas i auditoriet Grågås (Y3) Vasa centralsjukhus. Estenomerna Heidi Lithén och Sandra Holmäng ger oss tips och råd om allt det senaste som har att göra med stil, kläder, make up och inredning. Servering. Anmälan senast 24.3 till sfvasa@netikka.fi eller 050 3504411. Deltagaravgift 10 € och summan inbetalas på föreningens konto FI62 2052 2001 0063 10 senast 24.3

11.5.2017 uppmärksammas den Internationella Sjukskötdagen och vi ordnar en medlemsutfärd med start från Malax kl. 17.00 och åker till Kvarns Världsnaturarv i Björköby. Där besöker vi bl.a. utsiktstornet Saltkaret i Svedjehamn och får se vackra vyer av De Geer-moränerna. På Café Salteriet äter vi något gott. Vi återkommer till meny senare. Medlemmarna får resan till ett sponsorerat pris á ca 25 €. Bindande anmälan senast 4.5 till sfvasa@netikka.fi eller till 050 3504411. Summan betalas in på föreningens konto FI62 2052 2001 0063 10 senast 4.5.

Alla medlemmar är hjärtligt välkomna med!

Sjuksköterskeföreningen i Västra Nyland

Hoppas det nya året kommit bra igång! Nedan preliminär information om kommande händelser som du färdigt kan pricka in i kalendern. Mera information följer senare.

16.3.2017 kl. 18:00, årsmöte i Astrea (vån. 2), Berggatan 4, Hangö. Stadgeenliga ärenden. Det bjuds på lite salt och sött.

12.5.2017, medlemsträff på Internationella Sjukskötdagen. Friluftseftermiddag på Ramsholmen i Ekenäs.

6–8.10.2017, planeras en medlemsresa till London. 30 resenärer ryms med.

Medlemsbrev har gått ut i januari. Har du inte fått ett -kontakta katarina.ekberg@outlook.com

Sjuksköterskeföreningen i Åboland

11.5.2017 kl. 18.00, medlemskväll. Vi firar den Internationella Sjukskötdagen med en intressant föreläsning med sjukskötare Tanja Kemppi som specialiserat sig i näring med speciellt fokus på dieten "food-map". Platsen: Åbolands sjukhus matsalen. Vi bjuder också på nånting i matväg. Anmälan senast 5.5 till monica.makila@gmail.com Välkomna med!

I september planerar vi en medlemskväll med hemlig bio och i november firar vår förening 25-års jubileum och slår då ihop det med en tidig julfest. Mer reklam om dessa kommer senare.

Följ med vår hemsida på sffi.fi

Trevlig fortsättning på den stundande våren önskas alla våra medlemmar.

Sjuksköterskeföreningen på Åland

26–27.10.2017, på Åland. Under åren fortsätter förberedelserna inför studiedagarna och har ni idéer eller annars vill hjälpa till är ni välkommen att höra av er till styrelsen. Sjuksköterskeföreningen på Åland fyller 75 år och firas i samband med studiedagarna.

12.5.2017, inför Internationella Sjukskötardagen kommer sjukskötare att syns på flera sätt; den patientnära sjukskötaren inom specialistsjukvård, primärvård och i polikliniks verksamhet, sjukskötaren som leder vårdarbetet till patientens och kollegernas bästa, sjukskötaren som utbildar och sjukskötaren som efter ett helt arbetsliv fortfarande aktivt verkar för föreningens bästa.

Allt gott i marssolen, hälsar styrelsen och kontaktläraren.

Styrelsenytt

- Styrelsen har beviljat följande medlemmar stipendier för olika ändamål:
Säätelä Sirkku och Innanen Marika.
- Styrelsen har beviljat 10 st studerandestipendier. 20 st ansökningar inkom.
- SF i Östra Nyland har beviljats extra verksamhetsbidrag på 2 500 € för medlemsresa till Amsterdam.
- Kulturfonden har beviljat föreningen ett stipendium.
- Styrelsens julgåva på 450 € gick till Vasa mödra och skyddshem.
- Ansökningstiden för Queen Silvia Nursing Award 2016 gick ut i november 2016. Från de finskayrkeshögskolorna kom det in 192 ansökningar och från de finlandssvenska yrkeshögskolorna 28 ansökningar. Till vinnare valdes Michelle Ena från Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Michelle Ena tilldelades stipendiet för sin idé "Enkel monitorering av äldre".

Kommande datum 2017!

- 25.3.2017 styrelsemöte
- 25.3.2017 föreningsmöte/fullmäktigemöte i Tammerfors (se kallelse på sid 23)
- 8.5.2017 styrelsemöte
- 23.5.2017 deadline för material till Vård i fokus 2/2017
- 23.8.2017 deadline för material till Vård i fokus 2/2017
- 26–27.10.2017 Studiedagar på Åland

Styrelsen och fullmäktige 2014–2017

Styrelsen

Ordförande	Annika von Schantz , HVM, avdelningsskötare, Barnkliniken, HUCS, 050-4279620 Vågbrottet 3 A 10, 02320 Esbo, 040-5370376 annika.schantz-von@hus.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 Snicknäsavägen 1, 10520 Tenala , 040-5210612 katarina.ekberg@outlook.com
	Ann-Maj Johansson , HVM, avdelningsskötare, Åbolands sjukhus, somatiska polikliniken. Värvargatan 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
	Marice Nedergård , medicine magister, lektor, specialistsjukskötare, YH Novia Vasa Björnvägen 12, 65450 Solf, 050-3504411 marice.nedergard@netikka.fi
	Lisbeth Schultz , specialistsjukskötare, Ålands centralsjukhus Bygatan 3, 22410 Godby Åland, (018) 41485, 0457-5244085 lisbeth.schultz@aland.net
	Helena Strandholm , sjukskötare, avd.skötare hemvården i Kristinestad, Åsvägen 100, 64220 Yttermark, (06) 2256676, 050-3738348 helen.strandholm@krs.fi
	Karla Wendt , HVM, avdelningsskötare, Helsingfors stad Brändövägen 8 C 14, 00570 Helsingfors, 043-8243535 karla.wendt@welho.fi
Suppleanter	Pia-Maria Haglund, Sonja Sannholm, Ingegerd Karlsson, Inger Runn, Linda Nyholm, Jana Sundberg, Eivor Kronlöf, Lars Liljeström

Fullmäktige

SF i Helsingfors	Carola Aspholm-Backman, Liljendal Anna Holmström, Helsingfors Margit Eckardt, Helsingfors Marit Råman, Helsingfors
SF i Mellersta Österbotten	Annica Haldin, Jakobstad Marica Hinders, Nykarleby Helén Lindgren, Jakobstad Ann-Kristin Svenlin, Bosund
SF i Sydösterbotten	Gerd Metsäranta, Kristinestad Nancy Westerlund, Pjälax Rose-Marie Holmberg, Tjock
SF i Vasa	Lisbeth Fagerström, Vasa Camilla Kamila, Vasa Annika Kvist-Östman, Maxmo Ann-Helén Sandvik, Vikby Helena Svahn, Iskmo
SF i Västra Nyland	Susann Blomqvist, Hangö Henrita Fagerström, Ekenäs Benita Svartström, Ekenäs
SF i Åboland	Gunilla Andersson, Kuusisto Monica Drugge-Mäkilä, Masku Maria Wahlstedt, Åbo
SF på Åland	Laila Aaltonen, Mariehamn Ann Forsbom, Mariehamn Sussi Sjövall, Mariehamn Katarina Ulenius, Föglö
SF i Östra Nyland	Benita Backman, Liljendal Ann-Britt Boxberg, Lovisa Elisabeth Sonntag-Österlund, Borgå

Ansökan om medlemskap i Sjuksköterskeföreningen i Finland rf

Till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland rf

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

Tillnamn: _____

Förnamn: _____

Födelseid: _____

Näradress: _____

Postnummer och -anstalt: _____

Mobiltelefon: _____ E-post: _____

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

Sjukskötare år _____
Sjuksk. med spec.inr. år _____
Hälsovårdare år _____
Barnmorska år _____
Specialsjukskötare år _____

Sjukvårdsledare år _____
Sjukvårdslärare år _____
Hälsovårdskandidat år _____
Hälsovårdsmagister år _____
Anna examen, vilken _____ år _____

Ort och datum _____ den ____ / ____ 20____

Underskrift _____

Ändringsanmälan

Namnändring

Adressändring

Tillnamn: _____ Tidigare tillnamn: _____

Förnamn: _____

Födelseid: _____

Näradress: _____

Postnummer och -anstalt _____

Mobiltelefon: _____ E-post: _____

Sjuksköterskeföreningen i Finland rf, Annegatan 31–33 C 50, 00100 Helsingfors
tele: 045 153 7075 anne.nylund@sffi.fi

Massbrev



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

Adressaten
betalar
portot

Sjuksköterskeföreningen i Finland rf
Kod 5009299
00003 SVARSFÖRSÄNDELSE