

VÅRD I FOKUS

3/17



Sjuksköterskeförbundet i Finland rf

VÅRD I FOKUS nr 3

årgång 34 september 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
Vårdforskning med mångkulturella möten i fokus, Carina Nordman-Byskata & Carola Wisur-Hokkanen & Regina Santamäki-Fisher.....	4
Ensam under förlossningen – en systematisk litteraturstudie om hur förlossningen påverkas när den födande kvinnan inte har någon stödperson närvarande, Sofie Björkholm & Anita Wikberg.....	8
Nya Barnsjukhuset 2017, Annika von Schantz.....	13
Annons: Studiedag 2018.....	13
Globalt katastrof-kunnande – att lära sig katastrofberedskap med hjälp av ny teknik, Gun-Britt Lejonqvist & Ikali Karvinen.....	14
Annons: Fsf:s Sjukskötare.....	17
The Master's Degree Programme in Global Health Care, Gun Lindman.....	18
Arbetstider påverkar, Peter Blom.....	22
SF i Östra Nyland: medlemsresa till Hogeweyk demensby, Marika Innanen & Anne Nylund & Sandra Alldén.....	26
Annons: Dedicare.....	32
Do something, sister! Gör någonting, syster! Del 4, Kinge Berglund.....	34
Symposium angående alkohol och droger bland unga och familjer, Inger Lindblom-Mattsson.....	46
Annons: Queen Silvia Nursing Award.....	48
SF på Åland: från idé till roll-up.....	49
Praktiktid i Sverige, Minttu Saari.....	50
Praktik i Sydafrika, Cornelia Thomasson & Jasmine Sjöberg & Mathilda Törnqvist.....	52
Ambulansspraktik i Redhill, England 29.2–31.3.2016, Matilda Henriksson & Mikael Ekholm.....	54
Annons: SFF stipendium för studerande.....	50
Annons: SFF rekreationsstipendium.....	50
Annons: Region Uppsala.....	57
Annons: Studiedagarna 2017.....	58
Regionala föreningar.....	60
Styrelsenytt.....	61
Styrelsen och fullmäktige 2017–2020.....	62
Anmälan Studiedagarna 2017.....	63

Pärmbilden:
Hogeweyk demensby

ISSN 0781-495X

Kära medlemmar,

jag sitter och skriver i shorts och ärmlös blus, fönstren är öppna. Ute skiner solen och det är varmt och skönt. Sommaren är på slutrakan. Semestern är över men ännu känner jag mig utvilad och nöjd. Jag skulle vilja hålla kvar den här känslan länge. Känslan av solens värme, blommornas doft och kaffedoft på balkongen. Sand mellan tårna, ljudet av vågskvalp och doft av varm blåbärspaj. Jag vill kunna sluta ögonen och ta fram den här känslan sen när vardagen gör sig påmind.

Samtidigt är jag medveten om att det är dags att ta itu med höstens utmaningar. Jag känner att jag har samlat på mig kraft att gå in i vardagens krav, tuffa tidtabell och arbetsuppgifter. Jag känner mig beredd och beslutsam att själv bemästra min tid. Arbetslivet skall få sin andel av min energi och mitt privatliv skall få sin andel. Jag skall se till att jag får ligga på min soffa en stund varje dag, sluta ögonen och ta fram sommarkänslan. Jag vill själv bestämma över hur och till vad jag använder min tid och vad jag vill med mitt liv. Jag vill bli bättre på att förpassa bort stressande och ångestfyllda tankar över saker jag inte själv kan påverka. Det här är mina semesterlöften till mig själv, som jag gärna delar med er.

Att vara medveten och närvarande i nuet hjälper mig att fokusera på det som just nu är viktigt. Att ta en dag i sänder, ibland en timme i sänder och ibland t.o.m. en kvart i sänder hjälper mig att ta hand om mig själv och andra. Man kan kalla det här för medveten närvaro (mindfulness) eller för stresshantering. En fördel med att arbeta i den offentliga sektorn är att vi är tvungna att planera våra semestrar väldigt långt på förhand. Det är skönt att portionera ut semestern längs hösten, vintern och våren för att sedan igen få njuta av sommarsemester. Semesterdagarna är avsedda att användas för vila under året, inte för att spara till framtiden. Redan vetskapen om kommande semesterdagar hjälper oss alla att orka!

Årets studiedagar i Mariehamn kommer att ge oss en paus i vardagen, föreläsarna kommer att vrida och vända på vårdens många ansikten. Kära medlem, kom med till Åland i oktober, för att kunna ta hand om andra skall du först ta hand om dig själv!

Den trygga rutinmässiga vardagen kan vara ganska skön efter sommarens farande hit och dit. De mörkare kvällarna är mysiga med stearinljus och sköna soffan, så njut av hösten!

Annika von Schantz, ordförande

Vårdforskning med mångkulturella möten i fokus

Carina Nordman-Byskata • Carola Wisur-Hokkanen •
Regina Santamäki-Fisher

Enheten för vårdvetenskap vid Åbo Akademi deltar under åren 2016–2018 i ett internationellt samarbetsprojekt, som avser att introducera avancerad forskarutbildning i Finland och i Kina. Projektets syfte är att ge avancerad kunskap om hur forskningsdata kan användas för att utveckla evidensbaserad vård.

Projektägare är hoitotieteen laitos, Turun Yliopisto. Projektet är ett internationellt samarbetsprojekt mellan fyra universitet i Finland: Turun Yliopisto, Tampereen Yliopisto, Itä-Suomen Yliopisto och Åbo Akademi, Vasa samt

två universitet i Kina: Sichuan University och Hong Kong Polytechnic University (HK PolyU). Två kurser genomförs under åren. Den första kursen ordnades i mars 2017 i Hong Kong. Den andra kursen ordnas i Åbo hösten 2017 med temat 'användning av stora datamaterial', s.k. Big Data.

Avancerade forskningsmetoder

Doktoranderna, Carina Nordman-Byskata och Carola Wisur-Hokkanen, samt akademilektorn Regina Santamäki-Fisher från Åbo Akademis enhet för vårdvetenskap deltog i kursen "Advanced methods for multi-disciplinary doctoral education: Developing Treatment Guidelines", som ordnades i Hong Kong. Kursen finansierades av The Centre for International



Under den färgsprakande öppningen av konferensen "The 20th East Asian Forum of Nursing Scholars" (EAFONS) presenterades ett stycke kultur från Hong Kong.

Mobility (CIMO), som är undervisnings- och kulturministeriets organisation, vars syfte är att öka internationellt samarbete mellan olika kulturerer gällande utbildning och arbetsliv.

Den första dagen välkomnades vi av ledningsgruppen för H K PolyU samt av Finlands generalkonsul i Hong Kong, Jari Sinkari. Professor Maritta Välimäki arbetar sedan ett år tillbaka vid H K PolyU. Hon gav en introduktionsföreläsning till kursen och ansvarade för innehållet i kursen.

EAFONS-konferens

Dessutom deltog vi i konferensen "The 20th East Asian Forum of Nursing Scholars", (EAFONS). Temat för årets konferens var evidensbaserad verksamhet och innovativa

lösningar i doktorutbildningen samt globalisering av vårdutbildning och vårdforskning. I konferensen deltog över 700 deltagare från fjorton länder, såsom Australien, Storbritannien, USA, Indonesien, Japan, Malaysia, Filippinerna, Singapore, Sydkorea, Taiwan och Thailand. Konferensens inledningsceremoni omfattade en färgfylld välkomsthälsning av kinesiska "tigrar" till taktfast musik.

Under konferensens två dagar presenterades drygt 400 posters och närmare fyrtio muntliga presentationer per dag. Vi finländska deltagare bidrog med sex posterpresentationer och två muntliga presentationer. Kristiina Heikkilä från Turun Yliopisto fick pris för sin posterpresentation.

Professor Azita Emami, öppningsdagens key note speaker, betonade den globala as-



Carola Wisur-Hokkanen forskar om avancerade kliniska sjukskötare.

pekten av vård och vikten av att utbilda sjukskötare till att möta och vårda patienter i olika miljöer, både ekonomiskt och kulturellt. Hon utbildade sig till sjukskötare i Sverige och efter sin forskarutbildning startade hon år 2016 centret för Global Health Nursing vid University of Washington, School of Nursing.

Konferensen omfattade många intressanta presentationer, men den mest minnesvärda hölls av humoristiske professor Roger Watson, som är chefredaktör för tidskriften *Journal of Advanced Nursing*. Föreläsningen innehöll tips om hur komma igång med vetenskapliga skrivande och betonade de viktigaste stegen i publiceringsprocessen.

H K PolyUs enhet School of Nursing fyller 80 år under 2017, så jubileumsåret öppnades under konferensen. Barn och ungdomar uppträdde med traditionell kinesisk dans, akrobatik och musik.

GRADE – riktlinjer för vårdforskning

Forskarutbildningen vidtog igen efter konferensen, med grupparbeten, interaktiva övningar och deltagarnas presentationer av sina forskningsmetoder. Samtliga doktorander och handledande lektorer hade på förhand bekan-

tat sig med vetenskapliga artiklar om GRADE, Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation. En arbetsgrupp började år 2000 utveckla ett systematiskt sätt att gradera forskningsresultat i hälso- och sjukvård, eftersom många internationella forskare sade sig sakna gemensamma riktlinjer för att evaluera kvaliteten i forskningsevidens och standardering av riktlinjer. Syftet är att tydliggöra för läsare av forskningsresultat, hur stark rekommendationen av en viss implementering anses vara för tillämpning i en given situation. Under åtta presentationer av sakkunniga, däribland våra handledande lärare, diskuterades hur GRADE kan tillämpas inom vårdforskning. Vi penetrerade hur man som forskare ställer rätt frågor, hur man mäter och summerar kvalitet i evidens, hur rekommendationer om systematiska översikter och nationella riktlinjer kan förstås samt hur forskare kritiskt kan bidra till att riktlinjerna utvecklas.

Inblick i kultur och natur

Vi fick även bekanta oss med kinesisk kultur och särdragen i Kinas historia. En eftermiddag åkte vi med båt till ön Lamma Island, som betyder "den södra trädgrenen" på kinesiska. Ön ligger tre kilometer utanför Hong Kong och är regionens tredje största ö (cirka 6 kilometer lång och ungefär 2,5 km bred).

Ön är nästan orörd och utgör en tyst och lugn motpol till övriga delar av Hong Kong med storstadsmyster till otaliga, blinkande neon ledlampor. Landskapet på ön består av en bergsvägg, tät växlighet och skyddade stränder. Bostäderna är små och livsstilen förefaller enkel och asketisk. Ön består av två byar, Yung Shue Wan och Sok Kwu Wan, med totalt 5000 invånare. Det finns inga bilar, förutom utryckningsfordon i miniatyrversioner. Öns huvudgata kantas av små matställen, där man kan äta färsk "sea food".

"A critical friend"

Att som forskarstuderande få delta i internationella kurser eller konferenser erbjuder en högklassig inblick i pågående forskning,



Respecting and Loving Oneself as the Focus for Young People's Experience of Sexual Health

The FINSEX study has tracked Finnish sexual trends since the 1970s as five national sex surveys were conducted in Finland in 1971, 1992, 1999, 2007, and 2015.

The PESESE research project conducted follow-up on how the level of sexual health knowledge among Finnish adolescents (grade 8/14-15 years old) progressed from 2000 to 2006.

A conclusion from research findings is that young Finns need knowledge regarding their sexual health on different layers. Therefore, the model of **different dimensions of health** developed by Professor Katie Eriksson creates a framework for empirical studies.

The aim is to describe sexuality among young Finns from a caring scientific perspective in relation to health awareness, as being and becoming an entity of sexually mature and respectful young individuals.

Sexual
health



Sex Education should support the development of understanding
✓ Identity
✓ Intimacy

Carina Nordman-Byskatas forskning fokuserar på ungas uppfattning om sin sexualitet.

hur riktlinjer utvecklas och vilka metoder som används. Framför allt ställs den egna forskningen i ett nytt ljus. När man berättar om sin forskning kan man få insikt i vad man själv bör observera i den egna forskningsprocessen, för att ytterligare klargöra metoden, tolkningen av resultat etc. Då framstiger ottydligheter, brister i konsistens, tankehopp och bristfälligheter mer markant. På samma gång erbjuds man förslag på alternativa arbetsmetoder från andra forskare.

Varje forskare är medveten om hur värdefullt det är när någon annan kritiskt läser och diskuterar kring den text man skrivit. Att ha en kritisk vän, en medmänniska som läser med avsikt att kritiskt evaluera texten, höjer kvaliteten på redovisningen av genomförd forskning. Att en annan forskare får inblick i arbetet och delger feedback kommer förmodligen att bredda den egna synen på och förståelse för forskningsresultaten.

Vi doktorander är tacksamma för att vi blev valda att få delta i kursen och konferensen, för möjligheten att få träffa och knyta nya kontakter

till såväl finska som internationella forskare och doktorander. Det gav ny energi till vår egen forskning och idéer för fortsatta studier. Tack även till Sjuksköterskeföreningen i Finland rf, som ekonomiskt bidrog till vårt deltagande.

Litteratur

Webbsida om GRADE: www.gradeworkinggroup.org

Webbsida om EAFONS 2017: <http://sn.polyu.edu.hk/eafons2017>

Författarna

Carina Nordman-Byskata
Doktorand inom vårdvetenskap,
Åbo Akademi

Carola Wisur-Hokkanen
Doktorand inom vårdvetenskap,
Åbo Akademi

Regina Santamäki-Fisher
Akademilektor, Åbo Akademi

Ensam under förlossningen – en systematisk litteraturstudie om hur förlossningen påverkas när den födande kvinnan inte har någon stödperson närvarande

Sofie Björkholm • Anita Wikberg

Syftet med studien är att öka kunskap om hur förlossningen påverkas då föderskan inte har en stödperson närvarande under förlossningen. Frågeställningen är: Hur påverkas föderskan och förlossningen när varken partner eller annan stödperson är närvarande under förlossningen?

Studien är en kvalitativ systematisk litteraturstudie, där materialet består av resultat från 6 kvantitativa artiklar. Av artiklarna gjordes en systematisk översikt, där dess resultat jämfördes och sammanfattades. Resultatet visar i huvudsak att de föderskor som inte har någon stödperson närvarande under förlossningen

riskerar att få en sämre förlossningsupplevelse än de som har stödperson. De har större risk för ångest över förlossningen och minskad känsla av kontroll. En del av resultatet visar att de utan stödperson upplever mer smärta, har större risk för kejsarsnitt, långt krystske-de och grönt barnvatten, att amningen lyckas först senare och att barnet vårdas oftare på neonatalavdelning än de som har stödperson närvarande. Slutsatsen är att det är till fördel för föderskan och barnet att föda i närvaro av en stödperson.

Inledning

I dagens Finland har de flesta föderskor med sig en stödperson under förlossningen. Med stödperson menas en person som är med under hela eller delar av förlossningen för föderskans skull, och som inte är en del av vårdpersonalen på avdelningen. Stödpersonen kan

t.ex. vara en partner, en familjemedlem, vän eller doula. Det finns också de som kommer till förlossningssalen utan stödperson och en del av dem kommer frivilligt ensamma, medan andra gärna skulle vilja ha med en stödperson men av någon anledning inte kan eller lyckas få med sig någon.

I denna studie fokuserar jag på den grupp föderskor som inte har någon stödperson närvarande och hur det kan påverka förlossningen. Jag vill ta reda på om det bara är en kultur och tradition som gör att finländska föderskor oftast väljer att ha med en stödperson eller om det finns evidensbaserade fördelar med det.

Denna studie är en fortsättning på examensarbetet Gravid och ensamstående, 2016, Sofie Björkholm. Syftet med examensarbetet var att studera ensamstående gravidas upplevelse av att vara gravida och inte ha en partner närvarande samt att studera vilket behov av emotionellt stöd de hade. Enligt resultatet i den studien var emotionellt stöd viktigt för den gravida kvinnan. Då stödet av olika orsaker inte kunde fås från en partner, så behövde kvinnan andra personer i sin näromgivning som kunde ge ett ersättande stöd.

Bakgrund

En förlossning är en säregen upplevelse där smärta och hård ansträngning är centrala. Upplevelsen kan bli traumatisk eller i det stora hela positiv. En av förlossningsvårdens mål är att föderskan ska få en positiv upplevelse. En god förlossningsupplevelse påverkar kvinnans fortsatta psykiska välmående positivt och stärker relationen mellan kvinnan och barnet (1). Institutet för hälsa och välfärd har för tillfället ett pågående åtgärdsprogram med målet att förbättra sexual- och reproduktionshälsan i Finland (2). Ett av de specifika målen i den är att kvinnan och hennes partner ska få en god förlossningsupplevelse. Målet uppnås exempelvis genom att hälsovårdare och barnmorskor på mödrarådgivningen i sitt arbete främjar ett gott förlossningsstöd av en stödperson.

Enligt Berg och Lundgren (1) är den viktigaste faktorn för en positiv förlossningsupplevelse emotionellt stöd, och helst ska det vara

kontinuerligt under hela förlossningen. Stödet har bäst effekt om det ges av någon som föderskan har en personlig relation till, såsom en partner, vän eller familjemedlem. Stöd kan också ges av barnmorskor och läkare, men har då inte lika god effekt. Ett gott stöd främjar inte bara den psykiska upplevelsen av förlossningen utan leder också till att den framskrider smidigare och ger mindre komplikationer. Detta är i enlighet med WHO:s rekommendationer för vård under en normal förlossning (3), enligt vilken den födande kvinnan har rätt till att vara omgiven av personer som hon känner sig bekväm med och litar på utöver den vårdpersonal som sköter förlossningen.

Bondas (4) har skapat en teori som bland annat handlar om att kvinnan har behov av att dela sin förlossningsupplevelse med sin partner. Enligt teorin är en partners närvaro lindrande och hjälper föderskan att uthärda lidande. Partnern behöver nödvändigtvis inte säga något eller göra någonting konkret för att han eller hon ska vara till nytta, även kravlös närvaro upplevs som lindrande. Under förlossningen upplever kvinnan det berikande att kunna dela bekymmer och glädje med någon som står henne nära.

I en meta-analys (5), publicerad 2014, kom det fram att kontinuerligt stöd under förlossningen har många fördelar. I studien jämförde man förlossningar, där föderskan har haft kontinuerligt stöd, med förlossningar där föderskor inte haft kontinuerligt stöd. Med kontinuerligt stöd menas i detta sammanhang en eller flera personer, t.ex. vårdpersonal, familjemedlem, vän eller doula som är närvarande hos kvinnan under hela förlossningen. Enligt studien minskar det kontinuerliga stödet behovet av smärtlindring, antalet instrumentella ingrepp under förlossningen och risken för kejsarsnitt. Kvinnorna med kontinuerligt stöd hade mer spontana och kortare förlossningar och var överlag mer nöjda med förlossningsupplevelsen än de som inte haft kontinuerligt stöd. Dessutom minskar kontinuerligt stöd risken för låga Apgar-poäng hos den nyfödda babyn.

På svenskspråkigt håll i Finland erbjuder Folkhälsan doulastöd för alla gravida som vill ha det (6). En doula är en utnämnd stödper-

son som kvinnor kan träffa under graviditeten, förlossningen och efter förlossningen och som kvinnan kan dela tankar och känslor angående barnafödandet med. Doulan kan vara ett substitut till frånvaron av stöd eller ett komplement till det som föderskan redan har. Studier har visat att doulastöd har en positiv inverkan på förlossningen (7).

Metod

Studien är kvalitativ. Materialet till studien består av vetenskapliga artiklar där hela eller en del av artiklarnas resultat svarar på studiens frågeställning. Artiklarna söktes via databaserna PubMed, CINAHL, Tritonias sökverktyg Finna samt Google search. Sökorden childbirth, birth, labor, labour, delivery, companion, companionship, partner, spousal, attendant, attendance, presence, psychosocial, och support användes i olika kombinationer för att hitta relevanta artiklar. För att underlätta sammanfattningen av artiklarnas resultat valdes att inkludera endast kvantitativa studier, eftersom flest relevanta artiklar av kvantitativt slag hittades. Sökresultaten begränsades till artiklar som publicerats under 2000-talet, eftersom en snävare tidsbegränsning gav få antal relevanta sökresultat. Totalt hittades 6 kvantitativa artiklar (8, 9, 10, 11, 12, 13) där forskningsresultatet svarade på denna studies frågeställning.

Samtliga utvalda artiklar är jämförelsestudier där kvinnor med stödperson under förlossningen jämförs med kvinnor utan. Artiklarna kvalitetsgranskades enligt Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandströms (14) kvalitetsgranskningsverktyg, och alla bedömdes vara av medel eller god kvalitet. Artiklarnas sammanfattades sedan i en systematisk litteraturoversikt för att skapa en överblick, varefter artiklarnas resultat jämfördes med varandra genom att identifiera likheter och olikheter. Fynden sammanställdes slutligen till ett resultat för denna studie.

Resultat

I samtliga artiklar (8, 9, 10, 11, 12, 13) ses ett tydligt samband mellan förlossningsupple-

velse och avsaknad av stödperson. De kvinnor som inte hade med en stödperson under förlossningen upplevde en större ångest och hade mindre känsla av kontroll än de kvinnor med stödperson. De kände sig i snitt mer missnöjd med förlossningen och hade överlag en mer negativ helhetsupplevelse. Enligt resultatet i två artiklar (10, 12) upplevde kvinnor utan stödperson mer smärta och var i behov av mer smärtlindring än de med stödperson, men enligt de fyra andra (8, 9, 11, 13) hittades inga signifikanta skillnader i smärtupplevelse mellan de olika grupperna.

De resultat som hittades i endast en av 6 artiklar var att färgat barnvatten var vanligare hos de utan stödperson (8), krystskedet var längre, frekvensen av kejsarsnitt högre, att amningen lyckades senare (12) och att fler barn till föderskor utan stödperson vårdades på en neonatal avdelning (10). I en artikel var resultatet att krystskedet var kortare och att det förekom färre instrumentella ingrepp hos de utan stödperson (10).

Inga signifikanta skillnader hittades mellan de två olika grupperna föderskor vad gäller behov av oxitocin (8), längden på öppningsskedet (9), amniotomi (8, 11), episiotomi (11) eller babyens Apgar-poäng (8, 9).

Diskussion

Enligt resultatet är den största skillnaden mellan föderskor med och utan stödperson den psykiska upplevelsen av förlossningen, där föderskor utan stödperson upplever förlossningen mera negativ. Baserat på det kan man konstatera att det är till fördel att föda i närvaro av en stödperson, vilket också stämmer överens med det som presenteras i studiens bakgrundsdel. I en av de artiklar som jämfördes (10) var resultatet att krystskedet var kortare och att det förekom färre instrumentella ingrepp hos de utan stödperson. En av förklaringarna till det avvikande resultatet kunde vara att de flesta av informanterna i den studien var omföderskor. Utöver detta visar resultatet att det endast finns fördelar, både för kvinnan och barnet, med att ha med en stödperson under förlossningen, då dess närvaro minskar på

referens	syfte	metod	resultat
Chunuan, S., Somsap, Y., Pinjaroen, S., Thitimapong, S., Nangham, S., Ongpalanupat, F., <i>Effect of the Presence of Family Members, During the First Stage of Labor, on Childbirth Outcomes in a Provincial Hospital in Songkhla Province, Thailand</i> Thai Journal of Nursing Research 2009; 13(1), s.16-27 Land: Thailand	Att jämföra kvinnor i Songkhla, Thailand, som hade med en släkting under förlossningens öppningsskede med dem som inte hade någon stödperson, med fokus på smärta, längd på öppningsskedet, typ av förlossning, babyns Apgar-poäng, behov av Pethidin, samt kvinnans nivå av ångest och tillfredsställelse kring förlossningen.	- Kvantitativ experimentell metod med en experimentgrupp (föderskor som hade med man, mamma, syster eller annan kvinnlig släkting) och en kontrollgrupp (föderskor utan stödperson under förlossningen). - 114 deltagare, 56 i experimentgruppen och 58 i kontrollgruppen. - Efter förlossningen skulle samtliga föderskor fylla i ett frågeformulär.	- En signifikant skillnad hittades i upplevelse av ångest, där kontrollgruppen upplevde mycket mer ångest över förlossningen än de i experimentgruppen. - Ingen signifikant skillnad hittades i upplevelse av smärta, längd på öppningsskedet, typ av förlossning, babyns Apgar- poäng.
Bruggemann, O., Parpinelli, M.A., Osis, M.J.D., Cecatti, J.G., Carvalhinho Neto, A.S. <i>Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial</i> Reproductive Health 2007; 4(5), DOI: 10.1186/1742-4755-4-5 Land: Brasilien	Att utvärdera effekten och tryggheten av stöd som ges under förlossningen av en stödperson som föderskan valt, med fokus på hur nöjd föderskan är med förlossningsupplevelsen, obstetrik vård, neonatala resultat och amningsresultat.	- En kvantitativ randomiserad kontroll studie i Sao Paulo, Brasilien, med en experimentgrupp (föderskan hade med en stödperson som hon valt själv under förlossningen) och en kontrollgrupp (föderska utan stödperson). - 212 deltagare, 105 i experimentgruppen, 107 i kontrollgruppen. - Information om förlossningen samlades in i efterhand, samt att en intervju gjordes med föderskorna.	- En signifikant skillnad i föderskornas förlossningsupplevelse där de i experimentgruppen var nöjdare med förlossningsupplevelsen än de i kontrollgruppen. - Mindre grönt barnvatten hos experimentgruppen. - Inga signifikanta skillnader i Apgar poäng, i amningsframgång, behov av smärtlindring, oxiocintillförsel, längden på förlossningen, amniotomi.
Sapkota, S., Kobayashi, T., Kakehashi, M., Baral, G., Yoshida, I. <i>In the Nepalese context, can a husband's attendance during childbirth help his wife feel more in control of labour</i> BMC Pregnancy and Childbirth 2012; 12(1), s.49-58 Land: Nepal	Att undersöka om en kvinna i Nepal känner mer kontroll under förlossningens utdrivningsskede när hennes man är närvarande, jämfört med om föderskan har stöd av en annan kvinna eller om hon föder utan stödperson.	- En kvantitativ experimentstudie med en jämförelse av kvinnor med stöd av sin man under utdrivningsskedet (n= 97), stöd av en annan kvinna (n= 96), stöd av både man och en kvinna (n=11) och en kontrollgrupp bestående av föderskor utan stöd (n= 105) (totalt 309 deltagare). - Intervju efter förlossningen där kvinnornas känsla av kontroll frågades upp.	- Ingen signifikant skillnad i upplevelse av förlossningssmärta. - Större känsla av kontroll hos föderskor med stödperson.
Morhason-Bello, I., Adedokun, B.O., Ojengbede, O.A., Olayemi, O., Oladokun, A., Fabamwo, A.O. <i>Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: A randomised controlled trial</i> Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2009; 49(2), s.145-150 Land: Nigeria	Att bedöma effekten av psykosocialt stöd på förlossningen, med fokus på antal kejsarsnitt, längd på utdrivningsskede, smärtupplevelse, amningsresultat och helhetsupplevelse av förlossningen.	- En kvantitativ randomiserad kontroll studie med en experimentgrupp (föderskor med stödperson närvarande under hela förlossningen) och en kontrollgrupp (föderskor utan stödperson under förlossningen). - 632 deltagare, 293 i experimentgruppen, 292 i kontrollgruppen (fick inte välja själva om de skulle ha med partner eller inte). - Information om förlossningen samlades in. Kvinnorna svarade i efterhand på ett frågeformulär om hur nöjda dom var med förlossningen.	- De i kontrollgruppen hade mer kejsarsnitt, längre krystningsskede och upplevde mer smärta. - De i experimentgruppen hade bättre helhetsupplevelse av förlossningen och började amma barnet tidigare.
Essex, H.N., Pickett, K.E <i>Mothers without Companionship During Childbirth: An Analysis within the Millennium Cohort Study</i> Birth 2008; 35(4), s.266-276 Land: England	Att undersöka om avsaknad av stödperson under förlossningen är en risk för ogynnsam hälsa för modern och barn.	- Kvantitativ. - Data från the millennium cohort study, en storskalig forskning av födda barn i U.K. - Information från 16 610 förlossningar (15 745 med stödperson, 821 utan stödperson).	- De utan stödperson hade större risk att : - ha akut kejsarsnitt - kortare förlossningar, mindre instrumentella ingrepp (mer omföderskor som var ensamma) - mer medicinsk smärtlindring - mer barn på neonatal vårdavdelning
Gungor, I., Beji, N.K. <i>Effects of Fathers' Attendanceto Labor and Delivery on the Experience of Childbirth in Turkey</i> Western Journal of Nursing Research 2007; 29(2), s.213-231 Land: Turkiet	Att avgöra effekten av pappans närvaro i förlossningen på kvinnans och mannens upplevelse av förlossningen i Istanbul, Turkiet, med fokus på upplevelse av förlossningen, längd på förlossningen, behov av smärtlindring.	-En kvantitativ experimentell studie där kvinnorna i experimentgruppen hade med sig barnets pappa under förlossningen, och kvinnorna i kontrollgruppen inte hade med sig barnets pappa. (de i kontrollgruppen ville ha med sin man men fick inte). - 25 i experimentgruppen, 25 i kontrollgruppen. - Information om förlossningen samlades in, samt att en intervju gjordes efter förlossningen.	- Kvinnor med stöd hade en mer positiv förlossningsupplevelse än de utan. - Mer koll på vad som hände under förlossningen hos experimentgruppen. - Ingen signifikant skillnad i längden på förlossningen, induktion, amniotomi, episiotomi eller upplevelse av smärta.

risker av olika slag.

I denna studie inkluderas för få antal artiklar för att dra evidensbaserade slutsatser. För att få ett mer trovärdigt resultat borde det göras en mer omfattande studie. I artiklarna som jämfördes är det större skillnader mellan föderskor med och utan stödperson där fler antal informanter är inkluderade. Ju fler informanter desto tydligare samband syns mellan att föda utan stödperson och risker såsom kejsarsnitt, mer smärtlindring och grönt barnvatten. Fler studier med många informanter skulle ge mer kunskap på detta område.

Samtliga studier är utförda i olika länder; Thailand, Nepal, Turkiet, Nigeria, Brasilien och England. Trots att länderna är från olika världsdelar och troligtvis har olika förlossningskulturer, är artiklarnas resultat, speciellt vad gäller förlossningsupplevelse, väldigt lika. Därför är det sannolikt att även finländska föderskor har en bättre förlossningsupplevelse tillsammans med en stödperson, precis som föderskorna i de länder som artiklarna representerar.

I dagsläget har de flesta finländska föderskor redan en kultur av att föda med stödperson. Därför är kanske inte finländare den främsta målgruppen för denna kunskap, utan folkgrupper som inte har den traditionen. I finländsk kontext är det viktigt att komma ihåg att en del nyfinländare och asylsökande från andra kulturer inte har en tradition av att ha med t.ex. sin partner under förlossningen samt att en del varken har partner, familjemedlemmar eller vänner i detta land. Det är naturligtvis viktigt att alla gravida som riskerar att föda ensam, alltså utan stödperson, får information om fördelarna med en stödperson och kan få hjälp med att hitta en sådan. Hälsovårdaren eller barnmorskan som följer upp graviditeten kan t.ex. rekommendera ett doulastöd. Det vore bra om rådgivningen hade ett nära samarbete med doulaverksamheten så att mödrarådgivningen exempelvis hade tillgång till uppgifter om olika doulor. På det sättet kunde rådgivaren se vilka doulor som är tillgängliga, vem den gravida skulle passa ihop med och sköta kontakten mellan dem. Då skulle man kunna undvika att kvinnor som av någon anledning inte förmår att ordna en doula själv, ändå får ett doulastöd.

Referenser

1. Berg M. & Lundgren I. Att stödja och stärka, vårdande vid barnafödande. Lund: Studentlitteratur AB; 2010.
2. Klemetti R, Raussi-Lehto E. Edistä, ehkäise ja vaikuta - seksuaali ja lisääntymisterveysten toimintaohjelma 2014–2020. Tammerfors, Institutet för hälsa och välfärd (THL); 2016.
3. World Health Organization. (WHO) Care in Normal Birth: a practical guide. Department of Reproductive Health & Research. Geneva. WHO/FRH/MSM/96. 24.
4. Bondas T. Att vara med barn, en vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelse under perinatal tid. Åbo: Åbo Akademis Förlag; 2000.
5. Hodnet E D, Gates S, Hofmeyr G.J, Sakala C. 2011. Continuous support for woman during childbirth. Cochrane Database Systematic Reviews, DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3
6. von Koskull M, Nystén E-M. Doulaerättelser, Familjers och stödpersoners upplevelse av att vänta och föda barn. Folkhälsans förbund; 2011.
7. Gruber K, Cupito S, Dobson C. Impact of Doulas on Healthy Birth Outcomes. The Journal of Perinatal Education. 2013; 22(1): 49–56.
8. Bruggemann O, Parpinelli, M A, Osis, M JD, Cecatti, J G, Carvalho Neto A S. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. Reproductive Health 4(5), DOI: 10.1186/1742-4755-4-5; 2007.
9. Chunuan S, Somsap Y, Pinjaroen S, Thitimapong S, Nangham S, Ongpalanupat, F. Effect of the Presence of Family Members, During the First Stage of Labor, on Childbirth Outcomes in a Provincial Hospital in Songkhla Province, Thailand. The Thai Journal of Nursing Research. 2009; 13(1): 16–27.
10. Essex H N, Pickett K E. Mothers without Companionship During Childbirth: An Analysis within the Millennium Cohort Study Birth. 2008; 35(4): 266–276.
11. Gungor I, Beji N K. Effects of Fathers' Attendance to Labor and Delivery on the Experience of Childbirth in Turkey. Western Journal of Nursing Research. 2007; 29(2): 213–231.
12. Morhason-Bello I, Adedokun B O, Ojengbede O A, Olayemi O, Oladokun A, Fabamwo A O. Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: A randomised controlled trial. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2009; 49(2): 145–150.
13. Sapkota S, Kobayashi T, Kakehashi M, Baral G, Yoshida I. In the Nepalese context, can a husband's attendance during childbirth help his wife feel more in control of labour. BMC Pregnancy and Childbirth. 2012; 12(1): 49–58.
14. Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B. Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur; 2016.

Författarna

Sofie Björkholm

Barnmorskestuderande, YH Novia

Anita Wikberg

HVD, lektor i vård, YH Novia

Nya Barnsjukhuset 2017

Foto: Annika von Schantz



Gamla Barnkliniken och det nya Barnsjukhuset sida vid sida. Byggarbetet börjar bli klart, vi flyttar in om ett drygt år! Huset är stort och färgglatt, det syns på långt håll.

Annika von Schantz

Föreningens Studiedag 2018

arrangeras 23.3.2018 på Hotel Clarion i Helsingfors.

Tidigare år har Studiedagarna infallit i oktober och varit två dagar.

Föreningen prövar nu på ett nytt koncept genom att arrangera dagen i mars och som en endags tillställning.

Temat för dagen kommer att vara innovationer. Samtidigt firas föreningens 120-års jubileum. På programmet finns bl.a. inspiratören Olof Röhlander som år 2015 blev utnämnd till Årets Talare i Sverige.

Programmet i sin helhet publiceras i Vård i Fokus 4/2017.

Globalt katastrofkunnande – att lära sig katastrofberedskap med hjälp av ny teknik

Gun-Britt Lejonqvist • Ikali Karvinen

En internationell masterutbildning i Global Health Care inleddes i augusti 2014, finansierat av utrikesministeriet i Finland. Utbildningen förverkligas som en "joint degree" i samarbete mellan Arcada och Diaconia yrkeshögskolorna i Finland och University of Eastern Africa, Baraton i Kenya. Programmet har fokus på katastrofberedskap och ledarskap och förverkligas till stor del nätbaserat.

Den första gruppen studenter fick examen 2015 och den andra kohorten studenter inledde sina studier i augusti 2016 med en orienteringsperiod innan vi avreste för en intensivkurs på nästan två veckor i Kenya. Nytt för denna gång var att alla studenter liksom lärare utrustats med en surfplatta (i detta fall en Ipad).

Digitalisering och ny teknologi

Digitalisering och sociala medier har förändrat världen. Samlat data förs in i databaser, analyseras och leder till prognostisk utsago som förutsäger utbrott, omfattning och effekt av katastrofer såväl naturliga som de som förorsakas av människor. Det kan bl.a. starkt påverka ett samhälles katastrofberedskap och komma med tidig varning (1). Snabbaste sätt att sprida information om katastrofer är numera sociala medier, av vilka t.ex. Twitter, Facebook och WhatsApp snabbt sprider viktig information som har betydelse för förberedelse innan och agerande under katastrofer (2).

Undervisningen av katastrofberedskap och ledarskap i katastrofsituationer utvecklas med hjälp av simulering. Simulering ingår i nästan all katastrofutbildning. Centralt i utbildningen utgör protokoll, triageprinciper och prioritering av vårdbehov, identifiering av rollerna och styrkorna i det multiprofessionella teamet, att förstå



Utrustad för arbete.

katastrofledningsplaner, fördelning av resurser, infektionskontroll, första hjälpen, trygghet och säkerhet för en själv och offren, informationsutbyte och tillämpning av etiska principer och sociokulturella aspekter i hanteringen av katastrofer (3). Virtuell simulering är ett utmärkt sätt att "komma in i ett katastrofområde" tryggt, utan att utsättas för fara och kommer att utgöra en central del av utbildningen i framtiden.

På samma sätt som simulering och virtuella verkligheter utvecklar undervisningen, stöds fältarbetet av teknologiska lösningar. Årets studenter utrustades inför sitt fältarbete, förutom med kunskap om kontext, om grupparbete i multiprofessionella och multikulturella grupper, om grunderna i transkulturellt och kultursensitivt arbetet och om metoder för forskning och utvecklingsarbete, med varsin surfplatta. En del av studenterna som inlett studierna 2016 kommer också att i sina mastersarbeten utveckla metoder och bygga scenarier för si-

muleringsövningar i katastrofberedskap.

Användning av surfplatta i fältarbete

Det traditionella fältarbetets penna och papper byttes mot ny teknologi med tillgång till befintliga databaser, möjligheter att dokumentera med text, ljud, bild och filmsekvenser.

Möjligheterna att använda verktyg begränsades bara av studenternas förmåga och kreativitet. Av de 28 studenter som deltog hade 16 ingen tidigare erfarenhet av nätbaserade studier och ingen eller ytterst liten erfarenhet av att använda surfplatta. Av de deltagande lärarna fungerade två som facilitatorer och stöd gällande användningen av surfplatta.

Trots få tidigare erfarenheter påtalade studenterna flera tydliga fördelar med surfplattan. Det var lätt att komma åt databaser och studenterna uppskattade det mångsidiga sättet att dokumentera fältarbetet. Surfplattan som



Handledning på kvällen.

verktyg upplevdes som lätt att ta med sig och användas oberoende av förhållanden. Begränsningar sattes av dålig nätkontakt och variationerna i olika applikationer som används.

Surfplattan underlättade kommunikationen och samarbetet då studenterna kunde jobba på samma dokument simultant t.ex. via Google docs. Dokument samlades och delades via Google Drive.

Utmaningarna var att samtidigt med det krävande fältarbetet lära sig att använda surfplattan. De flesta av studenterna såg ändå betydelsen av att använda modern teknologi i katastrofarbete.

Under kursen använde studenterna sina surfplattor för att banta intervjuer, filma, att söka i databaser, läsa material (böcker och artiklar), skriva själva och tillsammans, kontakta varann, skicka e-post, sammanställa resultat, göra presentationer och producera material.

Teman för fältarbetet

Det fältarbetet som studenterna gör i Kenya har som syfte att öka katastrofberedskapen i de samfund och samhällen där arbetet utförs. Att samtidigt som samfunden fungerar som plattformar för lärande och datainsamling, drar de nytta av den kunskap som studenterna sammanställer. Fjolårets fältarbete resulterade i faktablad och de centrala resultaten presenterades på ett öppet seminarium dit lokalbefolkningen från de områden som berörts av datainsamlingen inbjöds. Tema för årets seminarier gick vidare på de tema som den tidigare gruppen inlett, men var denna gång mer praktiskt inriktade och faktabladen kompletterades med övningar.

Utifrån kartläggningen 2014, gällande motorcykelolyckor, planerades och förverkligades nu en grundläggande första hjälpenkurs för motorcyklister. Också det lokala sjukhusets

första hjälpen beredskap förstärktes genom att utbilda också övrig personal (städare, väktare etc) i grundläggande första hjälpen. Utifrån riskkartläggningen på Nyaburi integrerade skola, där svårt handikappade barn går i samma klass som friska barn, undervisades eleverna i hjälp till självhjälp med enkla första hjälpen åtgärder. De allmänna skolorna i Kendu Bay området fick i sin tur hjälp med att utveckla sina säkerhetsplaner gällande trygg skolväg, hygien och sexualfostran.

En grupp av studenterna intresserade sig för vattenburna infektioner på översvämningsområden och lärde ut enkla och billiga knep för vattenrening, medan en annan grupp jobbade med konkreta åtgärder för att bidra till att befrämja hälsa och undvika sjukdomar under översvämningarna.

Seminarietillfället samlade en stor publik och kännetecknades av engagemang och utbyte av kunskaper och erfarenheter.

Nästa kohort studenter antas våren 2018 och inleder studierna hösten 2018.

Referenser

1. Ahmed E, Yaqoob I, Gani A, Imran M. Internet-of-things-based smart environments: state of the art, taxonomy, and open research challenges. *IEEE Xplore*. 2016; 23: 5, 10–16.
2. Liu BF, Fraustino JD, Jin Y. Social Media Use During Disasters. How Information Form and Source Influence Intended Behavioral Responses. *Communication research*. 2016; 43: 5, 188–207.
3. Jose MM, Dufrene C. Educational competencies and technologists for disaster preparedness in undergraduate nursing education: An integrative review. *Nurse Education Today*. 2014; 34: 543–551.

Författarna

Gun-Britt Lejonqvist

Överlärare, Arcada

Ikali Karvinen

Finn Church Aid (FCA) Education Specialist
Assistant Professor, Eritrea Institute of
Technology, Eritrea, Asmara

Fsf:s Sjukskötare, medlemsresa

Sjuksköterskeförbundets svenska regionförening arrangerar 3.11.2017 en dagskryssning till Tallinn. Vi åker med m/s Finlandia från Västra Hamnen i Helsingfors. I Tallinn besöker vi Eesti Tervishoiu Muuseum.

I priset, 35 euro, ingår dagskryssning med mat tur-retur samt guidning på muséet. Kerstin Skogman tar emot bindande anmälan senast 10.9.2017 per e-post till kerstin.skogman@elisinet.fi eller per tele: 050 5847347.

Resan och inträdesavgiften med guidning till muséet betalas in på Finlands sjuksköterskeförbunds Sjukskötare rf:s konto FI76 2185 1800 0112 73 senast 10.9.2017. Ange namn och födelsetid i meddelandefältet.

Som medlem kan du vid behov ansöka om stipendium för resorna mellan hemorten och Helsingfors.

Styrelsen

The Master's Degree Programme in Global Health Care

Gun Lindman



Studiekamrater Kiran, Gun, Joe, Henni och Jaana.

I augusti 2016 inledde jag mina master studier i Global Health Care vid Arcada University of Applied Sciences. Utbildningen är mångfasetterad och omfattar bland annat ämnen som administration och ledarskap, etik, epidemiologi, forskningsmetodik och HIV och AIDS.

Kurserna inom programmet berör fundamentala frågor i global hälsa och syftar till att förbereda studeranden för internationellt

utvecklingsarbete eller krisarbete i samband med globala katastrofsituationer. Utbildningen genomförs i form av distansstudier och är ett samarbete mellan tre olika skolor, Arcada University of Applied Sciences, Diak University of Applied Sciences och University of Eastern African Baraton.

Intensiva studieveckor i Kenya

Höstterminen 2016 inleddes med en förberedande kurs i Fundamentals of Global Health inför två intensiva studieveckor i Kenya. Den första veckan i Kenya tillbringade vi i Eldoret, vid University of Eastern African Baraton. Un-



Klassrum i Nyaburi skola.

dervisningen började vid åttatiden på morgonen och varvades hela dagarna med intressanta föreläsningar, dels av skolornas egna lärare men också av föreläsare som kom direkt från fältet och hade mångårig erfarenhet av globalt kris- och katastrofarbete. Förutom föreläsningar hade vi utmanande grupparbeten. Under den intensiva veckan som gick förberedde vi oss i mindre team inför olika projektarbeten.

Andra veckan flyttade vi till Kendu Bay, nära Viktoriasjön och fortsatte med våra projektarbeten. I mitt team, som bestod av fem medlemmar, jobbade vi med ett projekt i första hjälpen och säkerhet för Nyaburi skola. Nyaburi skola är en integrerad skola för handikappade

och friska barn som har över 600 skolbarn. Vi utförde två kvalitativa semistrukturerade intervjuer med skolans rektor, fysioterapeut och några av skolans lärare och personal för att få en uppfattning om vilken utbildning och praktisk färdighet, dels lärarna hade inför olycksituationer, men också vilka praktiska färdigheter som barnen hade. Vi observerade även barnen i klassrummen och ute på skolgården för att göra en riskanalys. För att sammanställa resultatet använde vi oss av innehållsanalys som analysmetod. På basen av fakta från vetenskaplig granskning, intervjuer och observation utarbetade vi slutligen ett faktablad med praktiska rekommendationer



Skolgården vid Nyaburi skola.

för skolans lärare och elever. Vi höll också ett givande första hjälpen tillfälle för ca 200 barn samtidigt. Vi avslutade projektarbetet med ett seminarium med inbjudna gäster där samtliga grupper presenterade sina resultat och med efterföljande gemensam diskussion.

Fritiden

Det mesta av tiden ägnades åt studier och grupparbeten. Men lite fritid hade vi också under de två veckorna vi vistades i Kenya. Tillsammans med några av mina studiekamrater och en underbart kunnig botanisk guide besökte jag regnskogen Kakamega som ligger i västra Kenya, nära gränsen till Uganda. Regnskogen Kakamega är den enda kvarvarande

regnskogen i Kenya. I regnskogen finns rikligt med olika träd och växter, fåglar, fjärilar och primater. Många av växterna är så kallade medicinalväxter som traditionsenligt används för att behandla till exempel malaria, infektioner och luftvägsbesvär. I strålände solsken tog vi oss upp till toppen av Livhanda Hill, 1700 m ö.h. som också är beläget i regnskogen Kakamega.

Tillsammans med tre studiekamrater stannade jag några dagar extra i Kenya och vi besökte Lake Nakuru nationalpark och Nairobi. Lake Nakuru nationalpark ligger i västra Kenya, Great Rift Valley och bjuder på ett rikt fågelliv med bland annat flockar av flamingon och pelikaner. Safaridjurarter såsom giraff, lejon, afrikansk vildhund, flodhäst, svart och vit



Klassrum i Nyaburi skola.



Lake Nakuru nationalpark.

noshörning finns också i nationalparken. Sista dagen tillbringade vi i Nairobi tillsammans med en av våran studiekamrat som är hemma från Kenya.

Författaren

Gun Lindman

Hälsovårdare och specialistsjuksköterska i
ambulanssjukvård

Master studerande i Global Health Care

Medicine magister i omvårdnad

Arbets tider påverkar

Peter Blom

Framtidens vård sker i allt större utsträckning utanför sjukhuset och här utgör ambulanssjukvården en viktig första anhalt i en komplex vårdkedja. Vården i hemmen blir allt mer avancerad och de medicinska bedömningarna ställer allt högre krav på kompetens och behandling på plats.

Ambulanssjukvården – en allt mer krävande miljö

Att arbeta i ambulanssjukvård är ett mycket stimulerande arbete på många sätt, inte minst för att det är varierande, utmanande och an-

geläget – men också ibland mycket krävande. Krävande så till vida att det förväntas att vi ska lösa komplexa situationer, med ansvar för att triagera, behandla skadade och dirigera sjukvårdsinsatserna på små, som stora skadeplatser. Men vi förväntas också kunna behandla och häva svåra sjukdomstillstånd, olycksfall, trauman och förlossningar. I rollen ingår också att erbjuda stöd och hjälp till människor i kris och sorg, även till dem som lider av psykisk ohälsa eller olika former av missbruk.

I detta ligger också ansvar för att fatta beslut om vilken medicinsk behandling som passar bäst till olika sjukdomstillstånd, samt att snabbt tänka ut bästa tänkbara vårdnivå, vilka övriga resurser med olika kompetenser som behöver

kontaktas och aktiveras i det specifika uppdraget. Likaså att fatta beslut om vilken logistik som funkar bäst, beroende på patientens tillstånd, avstånd till olika sjukvårdsinrättningar och tillgängliga resurser.

Att prehospital sjukvård ska vara en välfungerande enhet och grundtrygghet för alla människor i ett samhälle är något de flesta av oss anser som självklart och många gånger kanske tar för givet.

Vi som arbetar inom ambulanssjukvården vill också att det ska fungera på det sättet. Vi vill ha förutsättningarna att kunna göra ett bra jobb, med hög patientsäkerhet, hög trafiksäkerhet i en god arbetsmiljö.

Vad har då arbetstider med detta att göra?

Ambulansverksamheten i Sverige har de senaste decennierna genomgått en stor omvandling från transportorganisation till avancerad mobil akutmottagning. En viktig orsak till omvandlingen är den kompetenshöjning som skett i och med att det blev obligatoriskt med sjuksköterskebemannning och att allt fler specialistsjuksköterskor inom ambulanssjukvård har utbildats.

En annan viktig fråga inom ambulansverksamheten, som vi inom det svenska Vårdförbundet arbetat långsiktigt med, är arbetstiderna. Att arbeta inom ambulanssjukvård innebär ofta långa arbetspass, i Sverige är längden på arbetspass mellan 8–24 timmar, ofta med inkluderad och varierad omfattning av jour (när man har jour måste man befinna sig på arbetsplatsen, men får då betydligt lägre ersättning än vid ordinarie arbetstid). Under mina år inom ambulanssjukvården har jag alltför många gånger hört den här typen av saker sägas:

"Nej gud vad trött jag är, jag orkar inte med dessa långa arbetspass"

"Jag har sagt att jag är kissnödig, bara för att kunna stanna och få luft och bli lite piggare"

"Jag kom inte ihåg hur jag körde hem i morse!"

"Vi säger att det var ett rådjur som hoppade upp på vägen, istället för att jag nickade till och krockade med sidobackspegeln..."

Inom ambulanssjukvården finns tyvärr en historik av orimligt långa arbetspass. Detta är något som vi inom svenska Vårdförbundet idogt arbetar med för att förändra, tillsammans med arbetsgivare och medlemmar. Här finns mycket att reflektera över, som arbetspassets längd, dygnsvila, veckovila, hälsa, säkerhet, arbetsgivarens attityder och ansvar. Men också medarbetarnas egna attityder och ansvar, patientsäkerhet, lagstiftning och inte minst trafiksäkerhet.

Så vad säger lagstiftningen? Inom EU finns arbetstidsdirektiv att förhålla sig till som i grunden är tänkt att säkerställa en viss nivå på veckoarbetstid, dygnsvila och veckovila. Men de ger i praktiken inte den begränsning som vore önskvärd. Detta eftersom en del arbetsgivare laborerar med "dygnsbryt" och "veckobryt", vilket leder till att direktivet inte fungerar som tänkt. I Sverige är det i lag förbjudet att trött framföra ett fordon och detta är en lagstiftning som arbetsgivare generellt bör visa en större respekt inför.

Inom den svenska ambulanssjukvården kan det förekomma att vi når en tid utan sömn som pågått under 20–25 timmar. Då klarar vi generellt av att utföra, reflektera och reagera på samma skrämmande låga nivå som en person med 1 promilles alkoholhalt i blodet! Och även om man skulle pressa sig till att prestera som vanligt efter så lång tid utan sömn, så varar det tillståndet bara i några minuter – i en monoton situation, som vid bilkörning, kommer sömnigheten direkt tillbaka igen. Att arbetspass på 10–12 timmar eller längre påverkar oss, vår hälsa och prestation mer eller mindre negativt oavsett om vi vill det eller inte, är något som skrämmande nog ofta passerar utan närmare reflektion eller åtgärd från arbetsgivarens sida.

Det finns stora mängder kunskap och forskning om hur långa arbetspass påverkar patientsäkerhet, reflektions- och reaktionsförmåga samt trafiksäkerhet. Forskningen visar bland annat att:

- Sömnbrist har stor påverkan på hälsan, exempelvis på vårt immunsystem - redan efter en enda vaknatt blir man märkbart mer mottaglig för sjukdom och infektioner.
- Arbetspass på mer än 10–12 timmar påverkar hälsan och leder till fler miss-tag. Det leder också till försämrad återhämtning. Vi behöver i snitt minst sju timmars sammanhängande sömn för att inte få nedsatt funktionsförmåga. Om detta upprepas över tid kommer vi in i en negativ spiral, då vi presterar allt sämre och mår allt sämre.
- Skiftesarbetare som kör hem efter nattpass löper större risk för att råka ut för trafikolyckor.
- Vid mindre än fem timmars sömn per natt fördubblas risken för trafikolyckor.
- På efternatten, mellan ca 03.00–07.00, är hjärnan och kroppen både metabolt, hormonellt och neurologiskt inställd på att sova. Då ska man helst undvika komplexa aktiviteter, alternativt anpassa förutsättningarna efter detta.
- Även vetskapen om att eventuellt bli störd under natten leder till försämrad sömn, sämre återhämtning, svårare att komma ner i den så viktiga och hälsosamma djupsömnen som vi så väl behöver för att vår hjärna ska fungera så bra som möjligt.

Till detta kommer vår egen erfarenhet om hur långa arbetspass påverkar oss. Att arbeta inom ambulanssjukvård innebär ju att vi aldrig vet hur arbetspasset ser ut eller hur nästa minut ser ut. Detta leder till att vi – medvetet eller omedvetet – befinner oss i någon form av beredskapsläge, som i sig inte är bra att befinna sig i under en för lång tid.

Alltså: forskning visar att arbetspassets längd påverkar vår prestationsförmåga, patientsäkerhet och trafiksäkerhet. Den visar också att särskild hänsyn bör tas vid schemaläggning och planering av nattarbete.

Ett pågående arbete med att förändra attityder

I Sverige skedde år 2010 en svår olycka där ambulanspersonal, som transporterade en patient och kollega, somnade under körningen. Ambulansen körde in i en bergsvägg och en kollega utan säkerhetsbälte skadades. I samband med detta gjorde Vårdförbundets tidning Vårdfokus en enkät som sändes till 1922 sjuksköterskor, med frågeställningen om de någon gång somnat bakom ratten när de kört ambulans. Av de 996 personer som svarade uppgav drygt en tredjedel att de somnat till under körning! Hur kan detta vara möjligt? Hur skulle vi reagera om vi hörde att piloter, poliser eller busschaufförer somnat till när de framfört sina fordon?

Min bild är att många arbetsgivare – och ibland även medarbetare – har en märklig inställning till vad forskningen säger om hur vår egen, patients och medtrafikanter säkerhet sätts på spel. I medarbetarleden finns det ibland rester av ett arv av en "tystnadskultur" där normen är att vi förväntas vara någon slags supermänniska, som klarar av att utföra livsviktiga samhällstjänster, trots sömnbrist.

Varför har vi då arbetsgivare som schemalägger dessa långa och på flera sätt hälsofarliga arbetspass? Det beror många gånger på ren okunskap om vad forskningen säger. Alltför ofta anges också ekonomiska skäl som en anledning, men då beskrivet som att bristen på kompetent personal gör att arbetsgivaren "måste" schemalägga på det här sättet. Dessutom händer det att arbetsgivarna bortser från de gemensamma riskbedömningar under de intensiva sommarmånaderna, som gjorts tillsammans med oss fackliga företrädare. Det händer alltså att det görs undantag från riskbedömningarna som man enats om.

Bristen på specialistsjuksköterskor försvårar utvecklingen av vården och utgör ett hot mot patientsäkerheten i Sverige. Vårdförbundet arbetar därför aktivt för att få fler arbetsgivare att erbjuda utbildningsanställningar med full betalning, så kallad akademisk specialisttjänstgöring. Vi uppmanar arbetsgivarna inom ambulansverksamheten att arbeta mer långsikt-

tigt och kraftfullt med att höja kompetensnivån genom den här typen av satsningar. Det är i sista hand arbetsgivarens ansvar att bemanna verksamheten och att samtidigt säkra en god arbetsmiljö – och nu finns verktygen för att kunna göra det.

En del arbetsgivare hävdar att det är "personalens önskemål" som ligger till grund för vilka arbetspass man har inom den svenska ambulanssjukvården. Detta kan säkert förekomma – men det är för den skull inte ett giltigt skäl för en arbetsgivare att göra avkall på patientsäkerheten eller sin personals arbetsmiljö.

Mot framtidens ambulanssjukvård

I Sverige har vi genom fackligt arbete kommit en bra bit på väg mot en modern ambulansverksamhet, där medarbetarna får mer tid för vila och återhämtning. Vårdförbundet har förhandlat fram centrala kollektivavtal med arbetsgivare både inom landstingen och inom den privata sektorn, som är avgörande för en modern ambulanssjukvård som är både patientsäker, trafiksäker och ger hälsosamma arbetstider för medarbetarna. I avtalen sätter vi normerna för hur mycket man ska arbeta under dygnets alla timmar. Men - vårt arbete kan inte stanna här. Det finns mycket kvar att göra! Arbetsspassen är fortfarande för långa. Det handlar om att påverka arbetsgivarna i första hand, eftersom arbetsmiljöansvaret ligger på dem. Men det handlar också om att utbilda de egna medlemmarna genom att medvetandegöra de stora patient- hälso- och trafiksäkerhetsriskerna som följer på alltför långa arbetspass.

Jag tror att likaväl i Sverige som i Finland vill majoriteten av befolkningen ha en välfungerande sjukvård. En välfungerande sjukvård som bygger på att alla vi som jobbar i sjukvården måste ha goda, säkra och hälsosamma arbetsvillkor. Det är där våra arbetsgivare, chefer och politiker måste ta ansvar fullt ut – både för

patientsäkerheten och arbetsmiljön inom den allt viktigare ambulanssjukvården.

Ta hand om er och er säkerhet!

Litteratur

- Blom P. Kartläggning av arbetstider inom svensk ambulanssjukvård 2009; 2009.
- Orzel-Gryglewska J. Consequences of sleep deprivation. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health. 2010; 95–114.
- Åkerstedt T. Sömnens betydelse för hälsa och arbete. Falun; 2002.
- Benedict C, Broman J E, Christofferson G, Massena S, Nilsson E K, Pettersson U S, Philipsson M, Schiöt H B, Vågesjö E. Acute sleep deprivation in healthy young men: Impact on population diversity and function of circulation neutrophils; 2014.
- Kecklund G, Ingre M, Åkerstedt T. Stressforskningsrapport nr.322. Arbetstider, hälsa och säkerhet – en uppdatering av aktuell forskning. Stressforskningsinstitutet. Stockholm, 2010.
- Kecklund G. Arbetstider, hälsa & säkerhet – en litteraturoversikt. Stockholm, 2010.
- Anund A, Patten C. VTI rapport 688. Trötthet vid ratten, kunskapsläget; 2010. Hämtad från: www.vti.se/publikationer.
- Vårdförbundets medlemstidning Vårdfokus. 25.11.2014.

Författaren

Peter Blom

Förbundsstyrelseledamot för Vårdförbundet i Sverige och ambulanssjuksköterska



SF i Östra Nylands medlemsresa till Hogeweyk demensby

Marika Innanen • Anne Nylund • Sandra Alldén



Hogeweyk.

Fredagen den 7.4 kl. 5 startade 18 glada, småtrötta medlemmar från Sjuksköterskeföreningen i Östra Nyland sin färd för att bekanta sig med livskvalitet i Amsterdam.

Efter en tvåtimmars flygresa hoppade vi på bussen vid Amsterdams flygfält, blev skjutsade till Hogeweyk i Amsterdam samt fick dessutom som bonus några extra varv runt kvarteret eftersom att köra till demensbyn inte hörde till chaufförens dagliga rutiner.

Demensbyn med sina ca 150 innevånare samt ungefär lika många frivilligarbetare + personal var en fantastisk upplevelse. Där betonades bl.a. normalt leverne för personer

med minnessjukdomar samt livskvalitet i livets slutskede. Livskvaliteteten betonades många gånger till och med framom säkerheten, även om säkerheten var viktig på Hogeweyk.

Demensbyns verksamhet startade 2009. I byn, som påminner om en liten tätort med tätt ihop byggda hus, med vägs skyltar, fontäner, butik, teater och bar, finns över 20 hus i vilka det bor 6–8 invånare/hus. De flesta invånarna har egna rum, i en del rum bor två tillsammans. I lägenheterna finns 1–2 wc, m.a.o. inte eget wc i alla rum. På detta sätt har man fått mera yta för de allmänna utrymmena.

I byn tas det vara på de små viktiga tingen i livet och vardagen. Då man drabbas av en minnessjukdom är det viktigt att vardagen är sig lik. Livskvalitet är att få leva ett sådant liv man är van med från tidigare. Fastän man inte mera har möjlighet att klara sig på egenhand



Glada resenärer i Hogeweyks restaurang.

har Hogeweyk byggt upp en by där vardagslivet är nästan "verkligt". Stöd av vårdare, som smälter in i byn med olika roller som assistenter, gynnar möjligheten till ett aktivt liv. Då vi började vår rundvandring i byn, blev vi tillsagda att genast säga till ifall vi såg någonting som påminde om ett boende för äldre eller någonting som påminde om ett sjukhus. Detta får inte förekomma i byn. Målsättningen är att invånarna skall kunna fortsätta med bekanta vardagssysslor i en bekant miljö så länge som möjligt. Då livets slutskede närmar sig skall invånaren få maximal hjälp.

I byn finns det olika slags hem för olika livsstilar. På Hogeweyks hemsida finns det beskrivet sju olika livsstilar i byn (hogeweyk.dementiavillage.com). För tillfället är fyra av dessa aktiva: det indonesiska hemmet, det urbana, det lantliga, det konstnärliga och hem-

met för societeten. Hemmen är inredda enligt rådande stil, aktiviteterna ordnas utgående från vad invånarna är bekanta med, allt sådant som är vanligt i dessa livsstilar. Allt från maten, hur den tillreds och serveras följer "husets livsstil". Detta görs för att vardagen för invånarna ska vara så likt det tidigare livet som möjligt och för att invånarna skall maximalt kunna delta i vardagen. Vår guide kunde också berätta att detta bevisligen har minskat på förvirring hos de dementa. Invånarna sover för det mesta gott på nätterna och man har kunnat minska på medicineringen. Invånarna uttrycker mindre aggressivitet än på andra enheter för personer med minnessjukdomar. Placeringen av människor som delar liknande bakgrund gör att man även då man drabbats av demens har lättare att hitta gemensamma intressen och samtalsämnen.



Endel av gården i Hogeweyk.

De olika "livsstilarna" på Hogeweyk

Artisan livsstil: de som bor i denna livsstil är stolta över sin kunskap. De är personer som jobbat inom praktiska yrken t.ex. målare, tapetserare, LVI-entreprenörer etc. Atmosfären i hemmen är hemtrevlig och mysig. Husen är traditionellt inredda och maten är traditionell nederländsk mat. De som bor i dessa hem kan hjälpa till att tillreda maten.

Den kristna livsstilen: religionen är i en central roll. Till livsstilen hör att man ber och lyssnar till religiös musik. Många av inneboende besöker regelbundet kyrkan. En kristen livsstil genomsyrar hela livsstilen. Maten som tillreds och äts är traditionella nederländska rätter.

Kulturella livsstilen: livsstilen baserar sig på konst, kultur och litteratur. Invånarna njuter av att läsa böcker och tidningar samt av teater-, bio-, museé- och konsertbesök. Man sätter

stor vikt på respekt för varande och jämställdhet. Ett rikligt morgonmål serveras alla dagar emedan lunchen är mera måttlig. Middagarna är omfattande och viktiga och vin serveras till middagen som ofta består av fisk, frukt, ris och vegetarisk mat.

The Gooise lifestyle: Gooi området i Nederländerna är förknippat med förmögna invånare och har en bibetydelse för "överklass" i Nederländerna. Invånarna i den här livsstilen värdesätter korrekt etikett. Klassiska konserter besöks regelbundet och man avnjuter ofta en gemensam brunch eller ett sent mellanmål med te, så kallad high-tea. Stor uppmärksamhet ägnas åt utseendet och inredningen av husen är klassisk och smakfull. Borden dukas med stor omsorg. Måltiden anses vara ett socialt tillfälle och presentationen av rätterna är mycket viktigt. Invånarna föredrar fransk mat och de njuter även av att gå på restaurang.



Cafét i Hogeweyk.

Den hemtrevliga livsstilen: att ta hand om sin familj och vardagssysslor har alltid varit viktiga för de som bor i dessa hem. Atmosfären är hemtrevlig och mysig. Invånarna har möjlighet att hjälpa till med t.ex. byk och matlagning. "Förrivärdens" spel spelas regelbundet. Maten är oftast traditionell holländsk mat såsom potatis, kött och färska grönsaker. Födelsedagar firas med kaffe och tårter.

Den indonesiska livsstilen: livsstilens nyckelord: tradition, nostalgi och respekt för sig själv och andra. Man delar på minnen från Indonesien bl.a. via filmer, fotografier, musik och rökelse. De som bor i denna livsstil kan t.ex. göra utfärder till den asiatiska marknaden Pasar Malam. Maten och middagarna, som mest består av asiatisk mat, är mycket viktiga händelser.

Den urbana livsstilen: livsstilens nyckelord: social, utåtriktad och involverad. Den

sociala interaktionen mellan invånarna är öppen och direkt och atmosfären i hemmet är pulserande. Dagsutfärder går t.ex. till zoo, nöjesparker, teater och badinrättningar. Men att stanna hemma för att läsa eller spela är också okay. Middagen består oftast av potatis, kött och grönsaker.

Hogeweyk, allt man behöver

I Hogeweyk finns det mesta man behöver, allt från teater, musikal, frisör, bar, restaurang, café och till och med en supermarket där invånarna kan gå och göra sina inköp precis som tidigare i livet. Tyvärr var vår grupp för stor för att vi skulle ha kunnat hälsa på i något hem, men vi hade förmånen att se invånarna röra sig på området. En herreman anslöt sig till vår grupp och vandrade en stund runt med oss tills han blev kallad till maten. Det gick ej



Besök till en lantgård nära Amsterdam.

med säkerhet att avgöra huruvida människorna som rörde sig på området var invånare, frivilligarbetare, anhöriga eller personal. Vi fick höra att ca hälften av de 150 invånarna är upp-egående och hälften rullstolsburna, några var t.o.m. sängbundna. I Hogeweyk bor man livet ut. Vården i livets slutskede sker på Hogeweyk. Minnestunden efter begravningen hålls ofta i den stora vackra salen på området som också vi fick bekanta oss med. Men om man faller och bryter t.ex. ett ben blir man naturligtvis förd till sjukhus precis som i det tidigare livsskedet då man ännu bodde i sitt eget hem.

Invånarna kan röra sig fritt både ute och inne. Den enda dörren som var låst var utgången från demensbyn, också den var en glasdörr så man kan titta ut på vägen utanför. Kvaliteten syns här som friheten att röra på sig, få gå ut och in i sitt hus, att inte behöva leva inomhus bakom låsta dörrar. Säkerheten finns i ett smart

utvecklat övervakningssystem. Alarm som slår på i vårdarna lokaliteter om någon på natten går ut från sitt hem.

De många aktiviteterna på Hogeweyk skulle inte kunna fungera utan de många frivilligarbetare som ställer upp. Ca 140 frivilligarbetare finns på området.

Vårt besök avslutades med en god lunch i matsalen. Därefter åkte vi till vårt hotell i Amsterdam.

På kvällen hade vi tid att ströva omkring och bekanta oss med den vackra staden där våren var mycket längre kommen än i Finland. Vi upplevde både kvalitet och säkerhet fast vi rörde oss i bland annat röda lyktans gränder och onekligen ofta kände röklukt av något som nog inte kan räknas till vanlig tobak. Det man mest fick akta sig för var cyklar, vi hade nog kommit till cyklisternas paradiset.

Lördagen började vi med ett smakligt mor-



Keukenhof.

gonmål i vårt hotell. Sedan hade vi några timmar tid före vi åkte på en guidad busstur i Amsterdam. Vi hade turen att få en svenskspråkig guide. Vi besökte också en lantgård där man gjorde och sålde ostar. Efteråt var vi på en intressant kanalfärd, där vi på nära håll fick beundra husbåtarna i kanalerna, titta på vacker arkitektur och fascineras av t.ex. de dansande husen. Kvällen avslutades med en middag i stan i trevligt sällskap.

Söndagen inleddes med en promenad till Anne Franks hus. Det var en hjärtskärande upplevelse att vandra omkring i huset där Anne och hennes familj suttit gömda. Att se de små fönsterlösa rummen och att föreställa sig hur de måste sitta där i absolut tystnad för att inte bli upptäckta. Branta trappor ledde upp till vindsvåningen där den enda möjligheten att få in lite dagsljus fanns. Det var gripande!

Sedan var det dags att checka ut, stiga

på bussen och via tulpan- och blomparadiset Keukenhof ta oss till flygfältet och resa tillbaks till Finland. Dagarna var intensiva, fyllda av upplevelser och vi vågar nog påstå att de gav någon form av kvalitet i livet till alla oss 18 medlemmar i Sjuksköterskeföreningen.

Författarna

Marika Innanen
T.f. överskötare, HNS

Anne Nylund
Verksamhetskoordinator, SFF

Sandra Alldén
Verksamhetsledare, SFF



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

Do something, sister! Gör någonting, syster!

Del 4

Kinge Berglund

Den fjärde delen av Kinge Berglunds skildring om livet som sjukskötare och elev i Sydafrika för oss bl.a. till en operationssal, en dagklinik och vi får träffa professor Christiaan Barnard, som gjorde världens första hjärttransplantation 1967.

Operationssalen på statssjukhuset i Port Elizabeth

Jag började som sköterska på operationssalen efter barnmorskekursen. Själva kursen sattes på is, det fanns ej tillräckligt med villiga aspiranter just då. På den tiden uppförde sig kirurgerna som små diktatorer, svor och skrek. De blev ofta helt hysteriska. Man lärde sig att inte ta allting på allvar, att hålla sig undan om någon var speciellt ilsken, kanske med lågt blodsocker. Många hade för vana att slänga omkring allt från blodiga kompresser till skarpa instrument. Det var bara att ducka.

Narkosläkarna apade ofta efter kirurgernas beteende. En speciellt kolerisk man brukade kasta ut endotrakeala tuber och laryngoskop ut på gården, en gång genom ett stängt fönster. Det var bara att gå ner på gården, plocka upp allt det slängda, tvätta och sterilisera. Den här mannen hade en mycket tråkig fru vilket gjorde att vi förstod att han måste få vara boss

någon gång.

Ensam på nattdejouren kunde man inte välja, man måste arbeta med alla som bokade en operation.

Det var bara att hålla tyst och svälja. En kirurg var oerhört snabb och tålde inte att bli motsagd, oberoende vad det än gällde. Narkosläkarna gillade inte heller honom. De hade knappt fått patienten nersövd då kirurgen var färdig med sitt och lämnade operationssalen. Där satt narkosläkaren med en djupt nersövd patient och måste vänta på att uppväkningsdrogerna skulle göra sin verkan. Man får inte glömma att det inte fanns så fina droger på den tiden. Jag var tilldelad den här kirurgen ofta och var beredd på att räkna alla nålar och kompresser från operationens början, för att hinna kontrollera allting tre gånger med undersköterskan, som hjälpte mig i osteril kapacitet. Lagen föreskrev att allt som möjligtvis skulle kunna glömmas i en patient, måste räknas tre gånger och att allt måste vara korrekt. Om operationssköterskan inte hade kontroll på alla nålar och kompresser före kirurgen började sy, måste hon anmäla det till kirurgen som inte fick fortsätta med ihop syendet.

Denna gång var det fråga om enolecystektomi där jag, tråkigt nog, var operationssköterskan. Den här kirurgens operationer var oftast mycket blodiga, då han hade så skyndsamt att han inte brydde sig om att bränna av

små vener och artärer. Jag räknade frenetiskt allt som skulle räknas med hjälpsköterskan. Alla kompresser var ovanligt nerblodade. Hur vi än vände ut och in på allt så fattades en liten kompress, en typ som bara användes av den här kirurgen. Kompressen kallades "a five" (en femma) och var hälften mindre än de som vanligen användes. Kallsvetten började rinna i ögonen, men jag tog mod till mig och sade till kirurgen: Ni kan inte fortsätta att sy ihop, det fattas en femma. Han låtsades inte höra, sydde bara frenetiskt. Jag vägrade ge honom mer nål och tråd. Raseriet kände inga gränser.

– Världen är full av idioter och jag blir tilldelad den värsta idioten, som inte ens kan räkna några nålar och kompresser, sade han. Läkaren som assisterade sade då: Lyssna nu på henne. Hon har faktiskt fått högsta vitsordet i alla sina examina, säkert kan hon räkna till fem. Så rev kirurgen upp allt han sytt och skrek:

– Nå, nu skall vi alla räkna.

Jag var redan genomvåt av svett, illamåendet var akut. Kirurgen lyssnade på läkaren som assisterade, han var en privat läkare som sände patienter som behövde kirurgiska ingrepp till honom. Pengar är alltid det som väger mest. Så räknade jag och hjälpsköterskan igen, tycktes för mig, tionde gången. Allas operationskläder synades, det tittades under operationsbordet, narkosläkaren hjälpte till. Sedan sade assistentläkaren: Satte du inte en femma bakom levern? Bäst att titta.

– Jag vet precis var jag sätter kompresser, det finns ingenting bakom levern ...

– Men titta nu ändå, sade den andra läkaren. Då måste ju kirurgen sätta handen in och kontrollera, medan alla stirrade på honom. Sedan drog han ut en mycket genomblodad femma och slängde den åt mig. Inte ett ord att han var ledsen, nej, man behöver inte vara artig mot sköterskor. Knäna vek sig nästan under mig av lättnad.

– Tack så mycket, sade jag.

– Du borde ha lyssnat på henne från början, hördes från assistenten. Hon kan nog sin sak.

Kirurgen berörde aldrig ämnet igen, men av någon underlig orsak tyckte han att jag var en bra sköterska som följde reglerna. Det berättade narkosläkaren som var en personlig

vän till mig.

Minnen av patienter

På operationsavdelningen fick man ofta se och göra obehagliga saker. Det var inte alltid så som i en fager tv-såpa. I mitt tycke var amputationerna kanske de mest magvändande. Jag glömmer aldrig en ung man, kanske 24–25 år, som hade skadats så svårt, i en bilolycka, att båda benen och ena armen måste amputeras. Det fanns inte intensivvårdsavdelningar på den tiden och han måste skötas på den ortopediska avdelningen, där kanske kunskaperna om skötsel av svårt chockade patienter hade fallit i glömska. Då hans fru såg vad som fanns kvar av hennes man, skrek hon värre än ett sårat djur. Jag hade inga ord till tröst. Försökte att inte gråta. Men jag var faktiskt lättad till sinnet då jag fick veta att han dog ett par timmar senare.

En annan patient jag aldrig glömmer var en tvåårs pojke, oerhört vanskött, som en natt opererades för maskar. Hans buk var uppsvullen och hård som en trumma. Då kirurgen skar igenom bukhinnan välldes det ut hundratals maskar, 8–10 centimeter långa. Såg precis ut som vanliga daggmaskar.

Maskarna hade ätit igenom tarmarna på så många ställen att de mest liknade slamsiga såll. Kräldjur är mycket obehagliga, i mitt tycke. Nu krälade de precis överallt. Hur jag än försökte fånga så många som möjligt i skålar, så slängde kirurgen hela tiden mer och mer till mig, svärande som en borstbindare. Det var helt enkelt omöjligt att få dem uppsamlade, det var bara att låta dem ramla på golvet. Mycket obehagligt. Jag mådde själv pyton vid synen av alla maskarna. Att sy ihop alla maskhål var omöjligt. Då kirurgen insåg att han inte kunde göra så mycket mer än skära bort delar av de trasigaste tarmarna började han skölja bort så många maskar som möjligt och avslutade operationen. Ingen av oss hade sett något liknande. Hur hade barnet fått i sig alla de här maskarna? Vi gissade att han kanske hade ätit mylla som hade haft mycket maskägg.

På den tiden fanns det endast en sjuksköterska och två elever på operationsavdel-

ningens nattdejour. Alltså föll det på mig att eskortera barnet tillbaka till barnavdelningen. Hissen hade just satt i gång sin nerfärd då det började krypa mängder av maskar ur näsa och mun. Jag försökte få ut så många som möjligt med bara händerna, men då barnet började bli cyanotisk, ansåg jag att det var bäst att gå tillbaka till operationssalen för att suga bort maskarna ordentligt. Vaktmästaren, som skulle hjälpa mig att dra bären, låg på knä i ena hörnet av hissen, spyende. Det var bara att ensam dra bären så snabbt som möjligt tillbaka till operationssalen. Till all lycka hade narkosläkaren just klätt på sig och kom genast då jag ropade på hjälp. En halv timme senare antog vi att jag kunde försöka gå till barnavdelningen utan värre problem. På avdelningen väntade mamman. Till utseendet var hon antingen alkoholist eller neddrogad eller både och. Så eländig ut. Jag hade inga vackra ord att säga till henne. Att hon hade förstört sitt barns liv innan det knappt hade börjat var i mina ögon en oförlåtlig synd. Barnet vaknade aldrig upp, utan dog efter ett par timmar.

Det är besynnerligt hur man kan komma ihåg någonting i absolut detalj många, många år senare. Så var det för mig med det här barnet och maskarna. 50 år senare ännu i färskt minne.

Ögonoperation

Starroperationerna hade ingen likhet med dagens operationer. Man använde 2-procentiga kokaindroppar i ögat som skulle opereras. Det är en stark lokalbedövning, men den hade också biverkningar.

Den värsta var hjärtstillestånd. Då det alltid var gamla och ofta tjocka personer man opererade, hände det nog ibland att patienten, mitt i operationen, satte sig upp och sade att hon ville gå på toa eller dricka vatten. Allt vad som användes i instrumentväg flög all världens väg. Kirurgen svor mer än vanligt, lade alltid skulden på operationssköterskan.

Vid en ögonoperation var operationssalen i totalt mörker. Endast en handhållen lampa, lika stor som en ficklampa, hölls av en elev riktad mot ögat. Handen fick inte skaka, då blev det

mer svordomar. Öppningen i ögat, efter linsens borttagning, syddes ihop med svart silkestråd. Nålarna var så små att det var omöjligt att se dem i den kolsvarta salen. Endast några millimeter långa hade de ett hack i ena ändan. Man drog tråden igenom där. Allt detta måste göras färdigt före lamporna släcktes. Alla instrumenten radades i den ordning de skulle användas. Det var annars omöjligt att hitta den rätta saxen eller pincetten, för att inte tala om de små, små bomullstopparna. Ingen fick prata, det skulle vara dödstyst.

På avdelningen blev det inte mycket trevligare för patienten. De första fem dagarna helt stilla på rygg, med en bindel över ögonen, som sattes fast i dynan med säkerhetsnålar. Patienten fick inte alls lyfta eller vända på huvudet och måste matas och fick använda bäckenet bara om nöden var stor. Efter fem dagar fick han/hon sitta i en stol, helt orörlig. På tionde dagen fick han/hon gå lite och efter fjorton dagar, om allt gått väl, fara hem med extra starka glasögon. Silkesstygnen togs ut av läkaren före hemresan.

Min man, som var en typisk hjälplös finsk man, blev med tiden trött på att jag aldrig var hemma under veckoslut och helger, ville att jag skulle flytta från statssjukhuset. Det gjorde jag också för hemfridens skull.

Dagkliniken

Små privata sjukhus växte upp som svampar ur jorden på den tiden. Så gott som alla sjukförsäkringar betalade 80–100 % av kostnaderna för allt från tandvård till mediciner och operationer. Åtta-tio läkare bildade en firma, byggde ett litet sjukhus eller dagklinik, och på det sättet kom inkomsterna i de egna fickorna. Mottagningsrummen blev mycket billigare, ingen hyra och allt som behövdes fanns inom samma väggar. Alla små sjukhus hade operationssalar med ett par salar för övernattnig.

En av narkosläkarna, som var delägare i en ny dagklinik, frågade om jag var intresserad av att byta arbetsplats. Då min man hade gnällt så ofta att han alltid fick sitta och vänta på kvällsmaten, medan jag arbetade sent, så sade jag ok. Kanske inte så dumt. Det blev ingenting av

operationskursen, jag hade då varit ungefär två år på statssjukhuset. Barnmorskekursen var över och då det inte fanns tillräckligt med elever för en operationssalskurs, kunde det vara bra med en ändring i arbetslivet.

Arbetet på en dagklinik kan vara mycket stimulerande, men också monotont och långtråkigt. Tyvärr är det mer monotont än stimulerande. Samma narkosläkare, samma kirurger, samma rutiner, dag ut och dag in. Men man lär sig att skratta åt samma vitsar man hört tiotals gånger, det går inte att bry sig när man får höra att man igen, som ofta förut, inte hade de rätta instrumenten för just den operationen. Jag vet inte vad det beror på, men många alldeles trevliga vanliga män och kvinnor, blir små otrevliga diktatorer när de kommer in på operationssal. Det är bara att tolerera deras beteende och behandla dem som om de var små trilska barn. Ge dem en karamell ibland, de begriper inte att de blivit lurade.

Så var det med en speciellt gnällig kirurg, som hade en operationslista en gång i veckan och som insisterade på att ha mig som hjälpredda. Jag var så van att lyssna på hans klagomål att jag inte brydde mig alls, utan jobbade på som vanligt. En dag då han hoppade upp och ner och skrek om någonting som inte hade att göra med mig, beslöt jag se om jag kunde få honom att sluta uppföra sig som en idiot. Så jag sade mitt i allt skrikandet: Gud vad du har sexiga ögon, men inte när du skriker så där.

– Tycker du det?

– Jo, du är precis som Don Johnson i Miami Vice.

Efter det blev det frid och fröjd under den här kirurgens operationsdagar.

Men jag hade ett annat problem med honom, som också måste sorteras ut, innan jag började skrika. Det var ett besynnerligt problem. Den här mannen var lång och mycket mager, nästan som ett skelett. Då han uppförde sig som en sprattelgubbe och även bara om han rörde på sig, så gled operationssalsbyxorna ner till höftbenet. Om man arbetar på en operationssal så måste man ha hela och rena underkläder varje dag, så som mamma lärde oss. Problemet var inte att hans kalsonger var trasiga eller smutsiga. Problemet var att

hans fru, en äkta skotska, hade köpt ett dussin kalsonger på Woolworths rea. De var randiga som ett bi, bruna och gula ränder på tvären. Då hon hade köpt så många, kunde han ha dem på sig varje dag, det fanns ju tillräckligt, även över tvättdagar. Jag vet inte vad det var, men jag blev riktigt allergisk mot de där bikalsongerna. Vackra var de inte. Jag förstod varför de varit på rea. Då jag hade beundrat dem i ett par månader, tog jag mod till mig och sade: Vet du, du skulle nog vara sexigare i alldeles vanliga vita kalsonger. Man blir liksom snurrig av de där färgerna.

– Tycker du det, sade han. Jag skall säga åt min fru att jag vill ha lite omväxling i kalsongfärgerna.

Jag tänkte inte mer på det. Jag skulle gå på cocktailparty, som en läkemedelsfirma hade arrangerat den kvällen. Staden var så pass liten att alla kände alla. Det var trevligt att prata med läkare jag arbetat med på statssjukhuset och Elizabeth Sandford förlossningssjukhus. Jag stod i en klunga bestående av åtta–tio bekanta, då min speciella kirurg anlände med sin fru. Då han såg mig ropade han så att alla hörde: Kinge, Kinge, titta jag har nya kalsonger.

Så knäppte han upp jackan, drog ner byxorna en bit och visade sina helvita kalsonger.

– De är mycket fina, Charlie, sade jag. Tystnaden var påtaglig. Alla stirrade på kirurgen och mig. Hans fru, som nog var arg som ett bi, släpade iväg honom till andra sidan av salen sägande: Vad man får skämmas för dig. Nu håller du tyst eller så går vi hem. Mina bekanta tittade frågande på mig och min tandläkare, en god vän sedan många år, viskade i mitt öra: Jag är så fruktansvärt nyfiken, men jag skall inte fråga vad det där handlade om. Nej, jag tänker inte fråga.

– Och jag tänker inte berätta, sade jag. Men det blev mycket spekulerande i alla operations-salar de följande veckorna. Ingen tyckte att kirurgen var min typ och det tyckte inte heller jag.

Jag var nio år på dagkliniken och då hade jag hört alla, så kallade vitsar och intressanta historier så många gånger, att jag kände det som om jag skulle kunna sätta en skalpell i nästa historieberättare och beslöt då att göra någonting annat.

Intensivvårdsavdelningen, Port Elizabeth

Professor Christiaan Barnard i Kapstaden hade gjort sin första hjärttransplantation och, i och med det, hade man fått intensivvårdsavdelningar på alla statssjukhus. Så också i Port Elizabeth. Jag sökte arbete där och blev antagen till hjärtinfarktavdelningen. Det var en fembäddsavdelning, patienterna hade för det mesta hjärtinfarkter. Jag hade aldrig sett en monitor eller respirator, det var bara att lära sig. Respiratorerna på den tiden liknade inte dagens maskiner. Man använde sig av stora Engströmsapparater, de såg ut som mindre skrivbord. Det var inte mycket man kunde göra med dem, men de fungerade nog bra ändå.

På spädbarnsavdelningen användes Birdrespiratorer, som bestod av en massa slangar och kopplingar. De gav mig mardrömmar, jag förstod mig aldrig riktigt på dem, de stannade alltid när man bäst behövde en respirator.

Livet på hjärtintensiven var, i mitt tycke, ganska stressigt. Avdelningssköterskan hade en boyfriend som var en vilddjursveterinär och vi var helt beroende av hans göranden. Om han hade lovat att gå på teatern med henne, men annullerade i sista minuten, för att en elefant i den närbelägna djurparken var sjuk, då var våra liv inte värda mycket de följande dagarna. Hon skrek inte, men var oerhört sarkastisk. Läkarna undvek henne då också. Jag försökte göra mig så osynlig som möjligt med att vara helt tyst.

Den första tiden på hjärtintensiven gjorde jag endast vad jag tillsades. Jag försökte inte med solokörande, det skulle ha kunnat bli slutet för någon och min karriär. Min första nattdejour var så stressig att jag säkert tömde mina förråd av adrenalin. Jag stirrade oavbrutet på alla fem monitorerna, det fanns inte centrala monitorer då. De spydde inte heller hjärtfilmer med diverse förklaringar om vad som hände i hjärtat. Man måste själv läsa vad som var på gång. Mina kunskaper var så minimala att jag jämt och samt fick be hjälpsköterskan, som var min teampartner, om råd. Ibland sade hon: Du måste nog ringa läkaren nu, det där ser inte bra ut. Jag hade lärt mig hur de olika kamrarnas slag såg ut på hjärtfilm och vad krumelurerna hette. En natt märkte jag att en patient inte

hade P-vågor. Jag stirrade länge på monitorn, men ingenting hände. Klockan var tre på natten. Då jag inte visste och inte heller förstod vad jag borde göra, så ringde jag den stackars dejurerande läkaren och sade till honom.

– Mr van der Merwe har inga P-vågor.

– Var snäll och stäng av monitorn och ring mig inte igen. Jag visste ju inte att det inte var någonting farligt, bara en så kallad Nodalrytm.

Jag anmälde mig till intensivvårdskursen, som började följande januari, den första i Port Elizabeth.

Före det fanns det endast kurser i Johannesburg och Kapstaden. Avdelningssköterskan var vår lärarinna och armédisciplinen fortsatte. Men jag märkte en stor skillnad. Allt efter jag lärde mig teoretiskt, så blev det praktiska mycket enklare. Jag kallsvettades inte så ofta. Vi måste kunna läsa hjärtfilmer och röntgenbilder. Chefläkaren var inte nådig om vi bara gissade.

Transport av patienter

Jag trivdes mycket bra som elev igen, fast jag hade fyllt 40 år. Det hörde till vårt läroschema att hjälpa till med transporter från olika sjukhus på landsorten. Bland annat att föra patienter som behövde hjärnoperationer till Kapstaden. Det var Röda Korset som arrangerade transporterna med en liten fyra personers Cessna. Stolarna var utbytta mot tre bårar, en stol lämnades för sköterskan. Vi gjorde de här resorna på en ledig dag, utan lön. Sköterskorna skulle vara hängivna sitt arbete, inte tänka så mycket på pengar. Så var det då. De här resorna var mycket lärorika och annorlunda.

Först styrdes kosan till ett litet landsorts-sjukhus, ofta en missionsstation. Landningsplatsen var en äng med en vindflöjel, ibland en väg. Där väntade ett par sköterskor med tre patienter ihop surrade med elastiska bindor. Alla patienterna hade olika typer av hjärttumörer och kunde bli ganska våldsamma ibland. Vanligtvis var de semi-medvetlös, ibland helt vakna.

Patienterna lyftes in på bårarna, sköterskorna tog bort alla bindor, de var ju sjukhusägda. Där stod jag sedan ensam med tre patienter

som hoppeligen inte skulle börja bråka under flygresan. I fickan hade jag ett par sprutor och nålar, ett par ampuller Largactil, det var allt, om något gick galet.

Patienterna hade fått frukost på sjukhuset och munnarna var ofta fulla av majsgröt. Vanligtvis talade de endast xhosa, vilket jag inte behärskade, men jag klarade mig bra med teckenspråk och zulu orden tula, tula, som betyder ungefär lugn eller tyst och som de flesta stammarna i Sydafrika förstår.

Piloten var mycket hjälpsam, startade aldrig utan att fråga om allt var ok. Resan gick längs kusten till Kapstaden, en sträcka på ungefär 750 kilometer, beroende på var vi startade på landsbygden.

Jag var alltid glad att Cessnan hade en sidodörr. En bekant läkare berättade en gång hur han som medicinekandidat vid Universitet i Kapstaden, skickades med ett ambulansflyg för att hämta en svårt skadad patient från Kny-sna. Planet hade dörren i aktern av flygmaskinen. Patienten fick hjärtstillestånd och då läkaren slängde sig på patienten för att börja hjärtmassage, råkade han sparka till dörrhandtaget så våldsamt att dörren flög upp och allt lösöre blåste bort. Han fick koncentrera sig på att hållas på baren med patienten, som till all lycka var fastbunden. Han måste fortsätta hjärtmassagen och patienten överlevde faktiskt, men läkaren vägrade att göra Röda Kors flygresor efter det. Enligt honom fick han flygskräck.

Halvvägs till Kapstaden började en av patienterna, en storvuxen tonårig flicka, slå omkring sig. En Cessna har inte mycket utrymme och det är inte roligt med en passagerare som försöker slå sönder allt hon kommer åt. Jag blev tvungen att lägga mig över henne, försöka hålla armarna låsta mot bälten, medan hon sparkade mig i magen och spottade majsgröt i ansiktet.

– Tror du att du orkar hålla fast henne tills vi landar i Kapstaden? frågade piloten oroligt flera gånger. Efter en stund var magen som en väl sparkad fotboll, men det var omöjligt att ge upp. Hon skulle ha förstört hela interiören. Sprutan och ampullen med Largactil fanns i fickan, men hur skulle jag få ut dem utan att

släppa taget över armarna? Det gick inte att ge henne något lugnande. Det var en mycket lång flygresan. Jag bet ihop tänderna och tänkte hela tiden – jag får inte ge upp. Till all lycka var de två andra patienterna borta i sin egen värld. Några evigheter senare landade vi i Kapstaden. Där stod en stor ambulans som väntade på oss. Det var den skönaste synen för mina avdomnade armar och sönderbultade mage jag kunde tänka mig. Den trevliga piloten bjöd på kaffe innan vi började resan hem. Den gick längs den oerhört vackra sydkusten. Att se Cape Agulhas, Mosselbay, Plettenberg Bay och Algoa Bay från luften, men ändå så nära, var värt den tråkiga ditresan.

Alternativ till mediciner

Vi lärde oss att sköta väl om infarkter. En av patienterna var en äldre farmare från Karoo som satt i sin säng med hatten på. Han vägrade att ta sin medicin, att äta, att prata, överhuvudtaget göra någonting. Han blev mer och mer deprimerad. Det är inte bra för en post-infarkt. Vid rondan en morgon sade chefsläkaren till mig: Kinge, det är ditt jobb att få honom att se lite gladare ut före kvällen. När jag kommer tillbaka till kvällsronden vill jag se en glatt leende man, inte en på depressionens brant. Är det förstått? Jag visste att det var en order, han kunde vara lika sarkastisk som avdelningssköterskan om man inte gjorde som han befallde. Jag försökte prata med mannen på min bästa afrikaans, han lyssnade inte ens. Hans fru kom på besök, en äldre gråhårig farmarfru i en lång kjol och långärmad blus. Han blev inte gladare av hennes besök. Jag började redan bli desperat.

Chefsläkaren skulle komma tillbaka vid 17-tiden. Jag måste hitta på någonting. Då såg jag chefsläkarens sekreterare gå förbi den öppna dörren. Hon var urtypen för en dum blondin. Kort och mullig, kjolar, som inte var mer än ett par decimeter långa, djupt urringade blusar, ingen behå och långt, blont lockigt hår. Det besynnerliga var att hon inte alls uppförde sig som en bimbo, fast hon var det till utseendet. Hon vickade så vackert på höfterna då hon gick i korridoren. Jag fick en idé, som i mitt tycke

måste få patienten att se lite ljusare på livet igen. Jag ropade på henne och då hon kom in på avdelningen sade jag: Har du sett så många stora båtar det finns ute på redde i dag?

– Vad menar du? Jag har ju samma utsikt från mitt kontor. Men hon kom ändå och jag såg att den gamla farmaren faktiskt tittade på Blondie. Att ett litet leende spred sig över hans ansikte. Jag pratade en massa skräp för att få henne att stanna åtminstone några minuter. Jag försökte få henne intresserad av en av de stora Castle Line-passagerarbåtarna som var på väg ut mot East London och Durban. Hon tittade mycket undrande på mig och sedan gick hon mot dörren, vackert vickande på höfterna.

– Du verkar mer än besynnerlig i dag, mår du kanske inte bra? Skall jag be någon av läkarna titta in till dig? Nej tack, sade jag, jag mår mer än bra, tack så mycket. I ena ögonvrån såg jag att Karoofarmaren, saligt leende, följde med allt Blondie gjorde. Han hade nog aldrig varit så lycklig, på farmen var det nog ont om pin-up girls. Chefläkaren kom vid 17-tiden och var mer än förvånad att se en fånigt leende patient.

– Vad har du gjort för att få det här till stånd? ville han veta.

– Det var någonting jag lärde mig som barn av en klok gumma i Lappland.

– Ja säkert, sade han. Är du säker att det inte var ett troll?

Var tredje vecka var vi på nattdejour och det var, i mitt tycke, den stressigaste tiden på intensivens. Ensam och okunnig, med bara en hjälpsköterska som 'krycka', ingen läkare, de var alltid bara "on call". Det är ju så att man inte vill väcka upp någon i onödan, å andra sidan kunde man inte vänta tills det var försent. Jag började lita på hur jag kände det, om jag fick en besynnerlig känsla i maggropen så ringde jag, oberoende om jag visste att personen i andra ändan inte var så glad att höra min röst. Jag lärde mig också att sköta saker själv och inte bry mig så mycket om regler och föreskrifter.

Annorlunda mat och hundar

Det fanns mycket då som var annorlunda, som till exempel maten. De stackars patienterna fick mest majsavalling eller potatismos.

Inget salt, ingen peppar, inga kryddor överhuvudtaget. Kaffe och te var förbjudet. Det var faktiskt en förfärlig babydiet de fick utstå. En kväll, när jag började mitt nattskift, märkte jag att en patient låg med lakanet över huvudet och då jag försökte prata med honom, fräste han som en ilsken katt – Gå bort! Jag hade varit ledig några dagar, det här var en för mig, okänd patient. Jag läste snabbt hans personuppgifter, 36 år, advokat till yrket. Läkaren hade skrivit: Subendokardiell hjärtinfarkt, inga komplikationer. Jag trodde inte att han var döende, bara arg, så jag försökte igen.

– Är det något jag kan göra för att förbättra humöret?

– Jo, sade han, jag har fått välling utan salt i två dagar och kommer troligen att dö av hunger här. Men knappast är ni intresserad.

– Nå vad vill ni ha då?

– En medium biff, bakad potatis och sallad.

– Det kan jag nog ordna, sade jag. Har ni pengar på er, jag tog inte plånboken med mig?

– Visst har jag pengar. Beställer ni faktiskt? Det fanns ett steakhouse, ganska nära sjukhuset. Ägaren var bekant sedan många år. Jag ringde honom och förklarade vad jag behövde, jag förklarade också att om springpojken blev fast, så måste han bara ljuga att han hade gått fel. Maten fick ej levereras före klockan 22, efter det släcktes belysningen så gott som överallt. Advokaten lyste som en sol då maten levererades. Jag drog gardinerna runt hans säng, önskade honom en smaklig måltid och visste att han nog skulle sova hela natten. Matserveringen fortsatte de följande tre nätterna utan problem. Han var tvungen att bli kvar på medicinska avdelningen ännu en vecka, men han hade önskat sig ett privatrum och familjen skötte om maten. Några dagar senare fick sköterskorna på intensivens en liten chokladask att dela på och jag fick en jättestor ask alldeles för mig själv. Ja, man kan undra vad som hände här nattetid sade chefläkaren och log. Han visste nog, advokaten hade berättat allt.

Depression efter en infarkt är ganska vanligt, kan bli riktigt problematiskt om man inte sköter om patienten. Jag råkade, också på nattdejour, ut för en medelålders man som vägrade att äta, vägrade taga medicin, ville

inte leva helt enkelt.

– Vad är det som bekymrar er så mycket, ville jag veta. Han började gråta och sade: Jag saknar min hund så hemskt mycket. Inget problem, sade jag, jag ringer frun och ber henne komma med hunden.

Vi hade en hiss för ambulanser med direkt ingång till intensivsen. Jag förklarade för frun att hon måste gå igenom parkeringshallen och sedan ta ambulanshissen till avdelningen. Om någon av vakterna frågade vad hon gjorde där, så var det bäst att betala en slant, sedan skulle allt gå bra. Efter klockan 22 förstås, vakterna hade tetid då. Jag drog gardinerna runt mannens säng och då hunden hoppade upp i sängen var hans ansikte det lyckligaste jag någonsin sett. Hunden var en liten svart spaniel, också överlycklig, till all lycka inte en som skällde. Jag lät dem vara i fred så länge han ville. Nästa morgon var han som en ny människa och jag kunde gå hem med gott samvete, fast jag igen hade brutit mot många regler.

Att vårda döende

I en sjuksköterskas arbete hör det till att vårda döende, döda och deras anhöriga. Men det finns inte många ställen där en sköterska kan få vård, vård för att orka göra det hon måste göra vid alla tillfällen. Det, i mitt tycke, allra svåraste arbetet är att sitta vid en patients säng i väntan på döden.

Patienten har blivit förklarad hjärndöd och respiratorn avstängd. Men hjärtat måste sluta slå innan patienten kan dödförklaras. Det hör till en sköterskas arbete att notera tiden för hjärtstilleståndet.

Mitt absolut tråkigaste minne gäller en hjärndöd patient som dog för 40 år sedan. Patienten var endast 11 år, en välbyggd ung pojke. Han hade haft diffusa nack- och huvudproblem, värk som var svår att förklara. Läkaren, som inte var neurolog, beslöt att göra ett ryggmärgsprov. Tyvärr ändrade han trycket i ryggmärgen så till den grad att konisation uppstod. Det är en förskjutning av hjärnvävnad, ryggmärgsvätska och blodkärl utanför området i skallen där de normalt förekommer. I det här

fallet blockerades Foramen Magnum helt av hjärnsubstans och pojken föll i koma.

Då han var så ung, endast 11 år, gjordes allt man kunde för att skjuta upp den hemska dagen då respiratorn måste stängas. Nu hade den dagen kommit. Pojken hade varit på intensivvårdsavdelningen redan fyra veckor. Han hade fått en underligt genomskinlig hud, också en svag liklukt, tyckte jag. Allt höll på att dö inuti honom. Jag hade blivit tilldelad arbetet att redogöra för hans sista minuter här på jorden tillsammans med en ung läkare. Läkaren måste förklara honom död och skriva dödsattesten. Där satt vi båda, lika stressade, tror jag.

Pojkens hjärta slog som vanligt några minuter efter avkopplingen från respiratorn. Han hade ett starkt hjärta, det var inget fel på det. Så började extraslagen komma, först några få, sedan tre–fyra efter varandra. Allt jag ville göra var att radera de allt snabbare kommande extraslagen. Att få ge honom Lignocaine, som användes på den tiden för ventrikulär takykardi. Men jag visste att det inte var tillåtet just då. Jag stirrade på monitorn, bara fem minuter hade gått sedan avkopplingen. Så började ett nytt mönster på monitorn, underligt rullande hjärtslag ritades framför oss. Det kallas det döende hjärtat och är alltid början på slutet. Man kunde se hur det stackars starka hjärtat kämpade för att få syre som inte fanns.

Det var mycket obehagligt att bevittna. Jag svalde och svalde, andades djupt, en sköterska får inte gråta, då är hon inte till någon nytta. Den unga läkaren såg ut såsom jag kände mig. Minuterna kröp fram. Bilden av det döende hjärtat fortsatte på monitorn. Gode Gud, låt honom dö. Det kändes som om mitt eget hjärta skulle sprängas, det hackade som en stånghammare. Att vänta på att se ett hjärta sluta slå är inte precis rogivande. Jag måste andas djupare, lugna mig.

Nu hade nästan tio minuter gått. Den rullande bilden av hjärtslagen försvann plötsligt och hjärtat fibrillerade vilt. Min första tanke var att hämta defibrillatorn och chocka hjärtat tillbaka till normal rytm, sinusrytm. Jag satte mig på händerna för att förhindra att jag skulle göra något som ändå inte skulle göra någon skillnad. Att se ett vilt fibrillerande hjärta på

monitorn är som att se ett våldsamt åskväder en mörk natt. Man kan se hur hjärtat skickar elektriska meddelanden längs alla vanliga och ovanliga banor. Blixterna korsar varandra hit och dit. Gode Gud, gör slut på det här. Det stackars hjärtat orkar inte mer. Men det fortsatte att skicka meddelanden i allt som allt tio minuter. Jag tror inte att jag någonsin sett en så lång kamp. Att äntligen få se en rak linje var en befrielse för oss två. Jag drog en suck av lättnad. Nu var det över.

Läkaren och jag kunde skriva färdigt våra rapporter. Vi hade gjort vår plikt. Jag stängde av monitorn, den behövdes inte längre. Allt var tyst och underligt fridfullt. Vår väntan på dödens ankomst var över.

Prof. Barnards intensivvårdsavdelning

Statssjukhuset i Port Elizabeth hade bra intensivvårdsavdelningar, men ingen för hjärtkirurgi. Då Port Elizabeth hörde till samma län som Kapstaden skickades eleverna för en månad till Groote Schuur sjukhuset, professor Christiaan Barnards avdelningar. Som intensivvårdselev, fick man tågbiljett till Kapstaden. Tåget var koldrivet och resan tog två dagar. Röken från lokomotivet gjorde att man inte kunde öppna fönstren utan att kläderna blev helt nersmutsade. Det gick mycket långsamt över Outeniquabergen, min kurskamrat hoppade av med jämna mellanrum och plockade blommor längs järnvägen, sedan hoppade hon lugnt på igen. Då gick tågen över bergskedjorna, numera finns det tunnlar och broar.

Vi bodde på sjuksköterskehemmet som var rena lyxen jämfört med Port Elizabeth. Var och en hade ett litet rum med utsikt mot Taffelberget. Frukost på rummet fick man då man hade en ledig dag, man fick beställa precis vad man ville. Och kanske det viktigaste av allt, det fanns en underjordisk gång till sjukhuset, eftersom Kapstaden är känd för sina hårda stormar och kalla regniga vintrar. Det var i juli månad vi var där, mitt i vintern.

Professor Christiaan Barnard hade gjort världens första hjärttransplantation den 3.12.1967 i Kapstaden på Groote Schuur sjukhuset. Patienten hette Louis Waskansky och

han levde i 18 dagar.

Tyvärr dog han av lunginflammation. Då jag var där var Barnard på höjden av sin berömmelse. Det betydde att om en läkare eller sjuksköterska ville stiga i graderna på det området, så var det nog ett måste, att åtminstone få något slags papper på att man hade arbetat på det världsberömda sjukhuset.

Professor Barnard hade studerat i Amerika i flera år under professor Wagensteen, som kanske var världens bästa lärare i experimentell kirurgi. I Amerika hade man känt till tekniken när det gällde hjärttransplantationer i många år, men ingen vågade utföra en sådan då lagarna gällande dödförklaring och rätten att använda organ inte var tydliga nog. En amerikansk kirurg skulle nog ha fått många jurister efter sig och blivit ruinerad, inte helgonförklarad som Barnard. De sydafrikanska lagarna var också suddiga, men ingen skulle ens ha kommit på idén att göra rättssak av den första hjärttransplantationen. Lagarna gällande donatorer har förtydligats sedan dess.

Professor Barnard fick som avskedspresent av Professor Wagensteen en hjärt-lungmaskin, som är ett måste i operationssalen. Det är en stor pump som tar över hjärtats och lungornas funktion under en hjärtoperation. Utan den hade han inte kunnat göra någonting. Den första hjärttransplantationen tog nio timmar, nuförtiden tar det endast ett par, tre timmar.

Det fanns endast en sydafrikansk kirurg på avdelningen, professors äldre bror, Marius Barnard. Han var en helt vanlig människa, lugn och trevlig. Alla andra kirurger kom från jordens alla hörn, Argentina, Belgien, Italien, Portugal och Turkiet. Vi hade också en sjätte årets medicinare, en så kallad underläkare, som var nervös som en kanin och råddade mer än lovligt. På grund av de många olika nationaliteter talades det engelska med de mest besynnerliga accenter, mycket svårt att förstå ibland.

Patienterna kom också från hela världen, till och med från Ryssland. Vi hade en ung flicka där som hade sin onkel hela tiden bredvid sängen. Vid behov kunde man ringa efter tolkar för alla möjliga och omöjliga språk: arabiska, kinesiska, ryska och så vidare. Det fanns två

italienska kirurger som förstod engelska, men talade endast några få ord själv. Jag använde alltid dem om jag behövde en läkares namnteckning, jag behövde inte förklara någonting då de inte kunde fråga.

Eleverna roterade på de olika avdelningarna i fyra veckor. Intensiven var oerhört tung. Allting gjordes manuellt på den tiden, det fanns inte knappar att trycka på, som nu. På väggen hade man ett behandlingsschema, stort som ett lakan. Det var för att kunna skriva observationerna över de första 24 timmarna. Det behövdes en trappa för att kliva upp och ner och man hade olika färgpennor, rött för blodtryck, grönt för puls, blått för artärtryck och så vidare. Cirkelarna måste vara stora och runda, så att när professorn kom in fick han genast en klar överblick av patientens tillstånd. Observationerna gjordes var 15:de minut. Man sprang från ena sidan av sängen till den andra, upp och ner för trappan och om någon kom in och ville prata med en, måste man hoppa över några observationer.

Dräneringsrören skulle mjölkas, blodet fick inte klumpas, urinen mätas, mängden av blod i pumparna kontrolleras, mätarna på respiratorn läsas, lungorna lyssnas på. Det allra tråkigaste: dropparna på intravenösa infusioner måste räknas för en minut och om det inte var rätt, måste de korrigeras. Vi hade mycket få droppräknare. Lungorna skulle sköljas och sugas varannan timme, patienten vändas, alla delar som rörde vid lakanet gnidas med sprit. Patienterna var tre veckor på respirator efter till exempel bypass. Som sagt var, det var verkligen jobbigt.

Om kirurgerna var excentriska, så var narkosläkarna det också. Riktigt krångliga och de gjorde inte livet lättare för oss. En satte alltid droppflaskan för artärblodtrycket högt på en stång under taket. Det kallades för "giraff" och jag räckte inte upp ens med trappa. Jag måste alltid få tag på en lång läkare, korta italienare dög inte.

En annan narkosläkare använde 25 små plastkranar, de som används för att ge en spruta, som hon arrangerade i ett mönster som var mycket tidsödande för att få alla kranarna öppnade åt rätt håll, när man skulle taga arte-

riellt blodprov. Efter att ha städat upp efter ett riktigt blodbad, som den nervösa underläkaren hade åstadkommit, lärde jag mig att ta bort allt som inte behövdes. Vi såg aldrig narkosläkarna efter operationen.

Pumpteknikerna såg vi också bara då patienten kom tillbaka från operationssalen. De var de nervösaste av nervösa, man förstod att de hade varit utsatta för professorns dåliga humör. Kirurgerna var nog i excentriska laget. En belgare som vi kallade Cesar, för att han hade frisyra och uppförande som en romersk kejsare, lånade jämt och samt våra stetoskop för sina schimpans- och babianexperiment. Men glömde alltid att lämna tillbaka dem. Professor Barnard gjorde ju försök med schimpans- och babianhjärtan. De användes som hjälpmedel, så kallade "piggyback", tills man fick ett människohjärta. Belgaren gjorde en stor del av försöken. Det fanns stora plakater i alla gångar och hallar med orden VI VILL HA DITT HJÄRTA. Det har ju aldrig varit lätt att få donatorer.

En kirurg kom från Argentina, från en mycket förmögen familj. När han knäppte med fingrarna och gav en order så gjorde man som han sade utan att fråga. En dag kom han in på rummet där jag skötte en patient som var på bättringsvägen, men låg ännu i respirator. Han skrek åt mig: HÄMTA ETT 200 MLS STERILT SKADLIGT RUM, GENAST!

Jag rusade till förrådet som var stort, med många hyllor och stod i mitten och bad högt – Gode Gud, låt det falla ner från hyllan, för jag vet inte vad ett 200 mls sterilt skadligt rum är. Att säga det till kirurgen hade varit helt otänkbart. När jag hade stått där några minuter och ingenting trillade ner från hyllan, kom argentinarerna inrusande, skrek någonting på spanska, tog det sterila skadliga rummet, som bara var ett slags slang och rusade ut igen. Jag förstod att jag inte var så förfärligt populär just då. Men det fanns kompensationer. Den turkiske kirurgen var en lång, mörk, oerhört fager man, som bara kunde säga på engelska: Chris no gentleman. Vi tyckte nog alla så också, men kunde inte säga det högt. Hur som haver, jag fann det mycket avstressande att bara titta på en så vacker man. Ibland, vid arbetsdagens

slut brukade jag taga reda på var Erk the Turk fanns och bara stå och stirra på honom några minuter och sedan säga: Tack, jag mår bättre nu. Han klassificerade mig nog med alla de andra besynnerliga människorna, men då hans engelska var nästan obefintlig, kunde han inte säga någonting. Fast han förstod nog vad man sade.

Professorn Chris Barnard

Den mest excentriska av alla var förstås professorn själv. Jag var livrädd för Chris Barnard, han gillade inte mina cirklar på observationsschemat och hade överhuvudtaget alltid någonting att säga om allt jag gjorde. Han behandlade alla som mindre kloka i huvudet, roligt var det inte.

På lördagarna hade han någonting som kallades för professorernas runda och då gick han från rum till rum och lät de andra professorerna beundra hans verk. Det var så att han fick apparater och maskiner som de andra intensivvårdsavdelningarna inte fick. Han var så berömd att Kapstadens stadsfullmäktige helt enkelt inte kunde ha tidningarna att avslöja hur svårt det var för professor Barnard att få vad han behövde för sitt arbete. Avundsjukan var stor förstås. När jag var där behövdes nya ackurata droppräknare, professorn klagade till en reporter på Cape Argus och vips, hade vi nya droppräknare.

Vid de här rundorna brukade jag krypa under sängen när jag hörde dem komma och låtsades kontrollera pumparna som höll blodet i dräneringsrören rinnande. Jag var som sagt livrädd. Han visste nog att jag fanns gömd under sängen. En gång böjde han sig ner och frågade någonting om patienten. Jag svarade med att kalla honom doktor och då sade han: Professor Barnard to you. Jag blev ännu nervösare och sade: Sorry, doktor. Han ignorerade mig i dagar efteråt, är man viktig så är man.

Alla undvek honom som pesten. Ingen sydafrikansk läkare, utom hans bror, arbetade med honom om de inte var tvungna. Många narkosläkare och assistenter bara lämnade hans avdelning och svor att de aldrig skulle arbeta med honom igen. En gång hände det faktiskt att tre

kirurger gav in sin avskedsansökan på samma gång, då Barnard länge och omständligt hade skrikit åt dem offentligt i mycket förnedrande tonlag. När han gick på lunch till kanten fick han sitta i ensamt majestät och för det mesta kommenderade han en stackars underläkare att hålla honom sällskap. Han gjorde alltid en runda vid besökstid så att besökarna kunde stirra på honom. Han var rena rama solskenet mot dem.

Att han var en tekniskt skicklig kirurg kunde ingen bestrida. Ovanför hans operationssal fanns en inglasad balkong där man kunde sitta och titta ner på vad han gjorde. Det var mycket intressant, bättre än att gå på bio. Han skrek som vanligt, sprang från ena sidan av operationsbordet till det andra, ibland slängde han någonting på någon eller på golvet, fridfullt var det inte. Narkosläkarna brukade skriva med en koki-penna på pappershanddukar vad som hände där nere och hålla upp dem mot galleriets fönster, på det sättet kunde man följa med händelserna. Roligt var det, fast man tyckte nog synd om alla i operationssalen och förstod varför en del av kirurgerna tog ut sin ilska på sköterskorna.

Som intensivvårdselev roterade man på alla avdelningarna, så var vi också på avdelningen där patienterna väntade på att bli opererade. De som väntade på hjärtransplantation var i mycket dåligt skick, med bara någon vecka att leva om de inte fick ett nytt hjärta eller någon annan form av hjälp, som till exempel "piggy-back".

Ett jobb på den avdelningen var också att raka patienten före operationen. Före bypass, på den tiden, rakades patienten från ögonbryn till tårna, fram och bak. En dag fick jag en färgad man att raka som var lika hårig som en apa. Jag hade aldrig sett en så hårig man förut. Det tog mig en hel arbetsdag, åtta timmar, att raka honom. Jag kommer inte ihåg hur många rakblad jag använde, men jag kommer ihåg att jag gick på tepaus och lunch. Professor Barnard synade alltid en rakning noga, om det fanns minsta lilla skråma så annullerades operationen, han ansåg att det kunde vara orsak till infektion. Jag blev så glad när jag kom till hans fötter och att det nästan var över, att jag var

oförsiktig och förorsakade en liten skråma på stortån. Jag sov mycket dåligt den natten, men jag hade tur, professorn tittade inte på tårna.

Som alla vet hade professorn en förkärlek för vackra kvinnor och valde de flesta sköterskorna själv. De var långa, mestadels blonda flickor från Australien och Nya Zeeland. När de for tillbaka till sina hemländer igen, fick de mycket imponerande intyg på professors eget fina papper, som var tjockt och handtryckt i grönt och guld, Sydafrikas färger. Han skrek inte åt dem lika ofta. Jag begrep aldrig hur man kunde tycka att han var en stor charmör.

Professorn skaffade inte bara berömmelse genom sina filmstjärnebekanta, han befrämjade också turistindustrin. Någon sade åt mig att jag inte skulle bli förvånad om jag plötsligt fick se en massa turister och det trodde jag faktiskt inte på. En dag när jag stod och sköjde lungorna på en respiratorpatient, som hostade värre och var mörkblå i ansiktet, blev jag helt bländad bakifrån av en massa blixtljus. Jag vände mig om och såg ett tiotal japaner med kameror. Jag blev helt förstummad, hade aldrig jobbat med en massa turister runt mig förut. Japanerna var på en American Express-tur och efter besöket på intensivens gick de på lunch med professorn och sedan fick de ett certifikat som berättade att de hade varit på Groote Schuur och mött professor Barnard, det var säkert värt mycket hemma i Japan. De här turerna gjordes en gång varje vecka.

En del av patienterna var också annorlunda, en var mycket speciell, en hjärttransplantation som levde i 17 år. Hon hette Dorothy och var Cape coloured, som är en blandning av vit och malay. Hon var mycket förtjust i alkohol, jag såg henne aldrig nykter. Som de flesta färgade hade hon en förmåga att få precis vad hon ville. Hon hade blivit mycket berömd. De tidigare hjärttransplantationerna levde ju inte så länge, hon höll faktiskt rekordet länge. Tack vare det fick hon gåvor av alla de slag. Hon behövde bara ringa till en av tidningarna och säga att hon hade blivit bjuden på en fest, men kunde inte gå då hon inte hade en passande klänning. Hon fick en stor garderob på det sättet. Dorothy var en flitig besökare på intensivens, älskade att höra : Ser du, där går Dorothy. Hon ringde

alltid till tidningarna själv innan hon kom till avdelningen. Då hon inte alltid var så nykter föll hon och slog sig och kom till intensivens för minsta lilla bula.

Vi såg också professors andra fru, Barbara, förgäves letande sin man i gångarna. Hon var Sydafrikas mest kända modell och mycket vacker. Pappan var mångmiljonär och det sades att hennes far köpte, så att säga, professorn åt sin inte så värst klyftiga dotter. Bland annat fick han en restaurang, en guldfärgad Mercedes och reda pengar. Restaurangen blev tack vare Barbara snabbt ett ineställe. Vi tyckte synd om henne, det var inte lätt att hålla reda på professorn, men det mesta om honom kunde hon ju läsa i tidningarna ändå.

Min månad på Barnards intensivavdelning var så full av alla möjliga händelser att jag tyckte att jag hade varit där i månader, när jag reste tillbaka till lugnet i Port Elizabeth. Och jag måste medge att under alla mina 42 år som sjuksköterska har jag aldrig haft ett så annorlunda arbete som då.

Till sist en liten sann historia om professor Barnard. Han hade fått höra om en tre år gammal italiensk flicka med mycket svåra medfödda hjärtfel. Hon hade redan haft två operationer som inte hjälpte alls och föräldrarna hade fått veta att ingenting mer kunde göras. Men Barnard sade: Jag skall göra henne frisk igen. Den lilla flickan kom med föräldrarna till Groote Schuur och blev där undersökt av de bästa pediatrika kirurgerna, som ansåg att de italienska kirurgerna hade rätt. Det fanns inget mer att göra. Men ändå opererade Barnard henne i 17 timmar. Då han kom ut från operationssalen var föräldrarna och massor av journalister med tv-kameror utanför. Han kontrollerade först att alla kamerorna var på rätt ställe och närmade sig sedan de oerhört upprörda föräldrarna och sade: Jag har botat ert barn. Mamman föll på knä, slog armarna om hans ben, kysste hans skor och ropade: Ni är Gud. Barnard log och nickade.

Författaren

Kinge Berglund

Symposium angående alkohol och droger bland unga och familjer

Inger Lindblom-Mattsson

Tack vare ett stipendium från Sjuk-
sköterskeföreningen kunde jag delta i
ett symposium angående alkohol och
droger bland unga och familjer. Arrang-
ör var Barnskyddsrådet i Uppsala län
och moderator var Lisa Skiöld, barnom-
budsman i Uppsala. Barnskyddsrådet
verkar för att de barn som behöver
skydd i samhället, skall få bättre hjälp.
Rådet skall öka kunskapen och arbetet
inom och mellan olika professioner och
verksamheter och initiera verksamhets-
utveckling och forskning kring dessa
barn.

Symposiet

Symposiet bestod av många korta före-
läsningar av olika professioner. Föreläsarna
var professorer, forskare, socionomer, poli-
ser och projektledare med erfarenhet av eget
missbruk. Föredragshållarna var alla mycket
kunniga och de utgick från barnets bästa, sett
från ett barnrättsperspektiv.

Karin Alexandersson, forskare vid Uppsala
Universitet, säger att barn till föräldrar med
missbrukarproblem behöver uppmärksammas
och erbjudas hjälp tidigt, både enskilt och till-
sammans med familjen. Samhällets insatser
måste riktas både till föräldrarna med miss-
brukarproblem och deras barn, utifrån deras
olika behov. De behöver också bli sedda som
familj. Dels för att underlätta situationen här

och nu men också för att förebygga att barn drabbas av problem senare i livet. Utan stöd från samhället eller ett eget nätverk har barnen en ökad risk att inte klara skolgången och att själva utveckla psykisk och fysisk ohälsa eller ett eget missbruk senare i livet.

Karin Alexandersson berättade gripande om hur barn till missbrukande föräldrar har det och hur många barn som går med ständig rädsla och ångest om vad som händer med föräldrarna när de själva är i skolan. Därför har skolan en oerhört viktig roll att upptäcka dessa barn och hjälpa dem på bästa sätt. Man räknar med att 10–20 % av alla barn i skolan lever i en missbrukarfamilj av något slag. Skolan kan många gånger vara en fristad för dessa barn. De får kanske beröm för något de gjort eller får annan positiv uppmärksamhet. Dessa barn presterar ofta dåliga resultat i skolan. Det är viktigt att prata i skolan om missbruk och om att det finns hjälp att få. Barnen har ofta svårt att förstå att det finns ett missbruk i familjen. Vid skolsmässoch då barnen bor vecka/vecka hos föräldrarna kan det vara svårt för barnet att upptäcka missbruket. Barnen får ofta skuld-känslor och det är viktigt att barnet förstår att det inte är barnets fel att föräldern missbrukar.

Citat av barn med missbruk i familjen: "Jag vet inte vart jag vill men jag vet var jag inte vill vara", "Ja två nyktra föräldrar är vad jag behöver".

Siiri Their har forskat i svenska elevers drogvvanor. Alkohol användningen minskar bland ungdomarna i Europa och speciellt i Sverige. Det visar siffror från CAN, centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning. När det gäller narkotikan kan en tendens till ökning bland pojkar i gymnasiet skönjas. Ökningen är mindre i Sverige än i övriga Europa. Flickor röker mer än pojkar men det är fler pojkar som snusar än flickor. Andelen flickor som är mera missnöjda med sig själva är större än hos pojkar. De som är missnöjda med sig själva använder mera alkohol, tobak och narkotika. Stora undersökningar angående detta har gjorts sedan 1970-talet och mer om undersökningarna kan man läsa på: www.can.se.

Childrens Program

Childrens Program är ett intressant projekt som är till för att hjälpa barn och familjer i missbruk. Childrens Program är utvecklat och har evidens i USA. Programmet går i linje med uppfattningen att missbruk är en familjesjukdom, vilket även WHO sedan länge fastslagit. Programmet strävar till att ge barnen kunskap om beroendesjukdomar och insikt om att det inte är barnets fel att föräldern missbrukar. Det ger också föräldrarna förståelse om hur missbruket påverkar barnet, vilket kan ge kraft till det egna tillfrisknandet. Man förebygger att barn i familjer med missbruk utvecklar eget missbruk senare i livet och minskar på skam och skuld, som barn i familjer med missbruk ofta bär med sig som belastning genom livet. Man försöker förbättra de missbrukande föräldrars relation till barnet, som nära anhörig och även relationen med den övriga familjen. I projektet ges möjlighet att bearbeta känslor.

Upplägget Childrens Program omfattar 4 dagar av stödarbete, allt under ledning av personal som är certifierad och utbildad i programmet och som har egen erfarenhet av beroendesjukdomen. De två första dagarna deltar endast barnen, då lär de sig om beroendesjukdomen genom lekar och övningar. De får lära sig vad känslor är, att alla känslor är okej och hur man hanterar sina känslor på ett bättre sätt.

De två sista dagarna får barn och föräldrar verktyg för att själva kunna må bra. De får visa varandra uppskattning, hitta nya sätt att kommunicera för att både situationen och relationerna skall bli bättre. Förutom stödarbetet innehåller programmet också en del lek och skoj. Mera information hittas på: www.childrensprogram.se.

Polisen

Representanter från Uppsala polisen informerade om drogsituationen i Uppsala, där en ny oroande trend med rökheroin bland ungdomar uppkommit. Det är en billig drog som är starkt beroendeframkallande. Efter bara två doser kan ungdomarna bli helt beroende.

Användandet har fördubblats på bara några månader.

Mini Maria

Representanter från Mini Maria i Stockholm berättade om sin verksamhet. På Mini Maria kan man boka tid för besök vardagar och dagtid. Man kan säga att Mini Maria är en filial till den mera kända Maria Ungdom i Stockholm. Maria Ungdom är en akutmottagning för drogmissbrukare och har öppet dygnet runt. Maria Ungdom har varit verksam i 50 år och har ett gott rykte speciellt gällande bemötandet av dessa missbrukande ungdomar. Mini Maria kontaktar alltid föräldrarna om ungdomen är omyndig. På Mini Maria får föräldrarna utbildning i drogfrågor. De får fakta om hur drogerna ser ut, vad de innehåller för ämnen, vilka attribut som används vid brukandet, till exempel pipor, foliepapper osv. Hur man röker till exempel cannabis, vad cannabis är och vilka skadeverkningar den har på hjärnan. THC-halten i cannabis har ökat sedan 80-talet. Cannabis

har en långsam skadeutveckling som ibland liknar normalt tonårsbeteende.

Föräldrar

Föräldrarna attityd till droger är viktig för ungdomar: "Man vill ju inte göra mamma eller pappa besviken". Attityden hos föräldrarna kan ibland vara avgörande om ungdomen börjar med droger eller inte. Föräldrar med missbrukande ungdomar känner sig ofta värdelösa och upplever att det är deras fel att ungdomen börjat missbruka. Trots allt är situationen ganska hoppfull. De allra flesta ungdomarna väljer att inte använda tobak, alkohol eller andra droger. Mycket pengar och arbete läggs ner på förebyggande arbete inom skola, hälsovård och andra organisationer.

Författaren

Inger Lindblom-Mattsson

Sjukskötare på Godby Hälsocentral, Ålands hälso- och sjukvård



Queen Silvia Nursing Award

Ett stipendium på 6000 € för dig som studerar till sjukskötare

Ansökan öppnar 15 September 2017
www.queensilvianursingaward.fi

Från idé till roll-up

SF på Åland



För två år sedan på ett medlemsmöte, kom det fram en idé om att visa vad allt sjukskötaryrket kan vara. Tanken var att visa på den mångfald du har att välja mellan om du väljer yrket. Vi ville också informera allmänheten om allt vi kan och att vi gör många olika saker som sjukskötare. Det är ett yrke med nyanser, du är inte "bara sjukskötare".

Denna tanke och idé har grott sedan dess och funderingarna har varit många.

Vi ville visa upp detta i samband med den internationell sjukskötardagen för att belysa möjligheterna och samtidigt visa vem vi är, SF på Åland.

Som förening är det roligt att visa hur många vi är och att vi kan bli fler!

Vi fick en knuff i rätt riktning i år då vi firar 75 års jubileum som förening och ville passa på att visa upp vem vi är på ett sätt som är nytt för oss. Vi lyckades få tag i en fotograf som ställde upp på idén och kom oss till mötes med våra tankar.

Resultatet blev över förväntan och kommer att finnas med för lång tid framåt. Vi önskar utöka med flera bilder av medlemmar i vår förening som jobbar inom de specialiteter vi denna gång inte hann få med i tryck.

Responsen från medlemmarna var överväldigande och även köpcentret Maxinge önskade fortsatt samarbete i framtiden.



SF på Åland

Praktiktid i Sverige

Minttu Saari

Jag är en 23-årig, tredje årets sjukskötarstudent från Satakunta Yrkeshögskola. Jag utförde min medicinska och kirurgiska praktik i Sverige på Sundsvalls länssjukhus förra våren. Jag ville utföra utbytespraktik just i Sverige eftersom det landet alltid har varit nära mitt hjärta. I hela mitt liv har jag som finsktalande drömt om att få prata svenska och bo i Sverige – nu har jag bott där i två olika städer! Innan boende i Sundsvall, bodde och jobbade jag i Falun, efter gymnasiet för några år sen.

Innan jag åkte i förra februari, hörde jag mycket om Sundsvall av en annan sjukskötarstudent som hade utfört sin praktik där tidigare. Jag kände mig lättad fast det ändå var sjukt spännande att åka. Jag hade ingen aning var ska jag praktisera – jag fick veta det under den första dagen. Vilken känsla det var när jag äntligen hörde placeringar: kirurgmottagningen, ambulansen, barnkliniken och dialysen. De första två veckorna var jag på kirurgmottagningen. Jag var lite rädd över hur det skulle gå med språket, men det gick hur bra som helst. Från första dagen kände jag mig välkommen, jag pratade inte perfekt men jag förstod mina kollegor och patienter och dom förstod mig. Två veckor gick snabbt, genom att lära sig nytt om t.ex. olika skopier, små operationer och



Minttu Saari.

kärlkirurgi. Doktorer hjälpte mig till exempel att begripa hur bukaortaaneurysm behandlas.

Under de tre första veckorna lärde jag känna mina rumskompisar, en svensk man och en tysk tjej, och alla andra utbytesstudenter från olika länder. Jag bodde i en delad studentlägenhet och tyckte det var jättekul fast jag har bott ensam i några år i Finland. Tillsammans med mina rumskompisar vandrade jag till exempel till Södra Berget där det fanns ett stort friluftscentrum och fina utsikter över Sundsvalls stad. Vi gjorde mycket roliga saker tillsammans och det var bra att en av oss var svensk – han visste exakt vad vi ska göra!

Varje avdelning och mottagning där jag praktiserade erbjöd oförglömliga erfarenheter. Jag har alltid sagt att jag inte kan jobba i ambulans, att det känns för "akut" för mig. Efter två veckors praktik i Västernorrlands ambulans

hade jag en helt annan åsikt – nu känns ambulanssjukvården som ett drömjobb!

På dialysen fick jag prata mycket med patienter och sätta nålar. Patienterna förundrades över hur bra vi finner kan svenska. Det kände bra. Tre månader i Sundsvall och på sjukhuset gick fort. Jag blev bättre på att prata svenska och fick bo i Sverige en stund. Man kan säga att jag vågade infria mina två stora drömmar. Praktiktiden och hela tiden i Sverige var fantastiska. Jag fick även uppleva Kungens 70-årsfirande i Stockholm i maj!

Författaren

Minttu Saari

Sjukskötarstuderande, Satakunta AMK

Praktik i Sydafrika

Cornelia Thomasson • Jasmine Sjöberg • Mathilda Törnqvist

Vi är andra årets vårdstuderande vid yrkeshögskolan Arcada i Helsingfors som under januari och februari hade möjligheten att åka iväg för att praktisera 6 veckor på en klinik i Sydafrika. Kliniken som vi arbetade på ligger i området Goodwood. Det är ett område i nordöstra Kapstaden. Området hör inte till de tryggaste och mest välutvecklade i Kapstaden.

I Goodwood bor det ungefär 50 000 invånare. Hudfärgen bland invånarna är uppdelad inom detta bostadsområde. Det känns fel att vi påpekar att hudfärgen spelar någon roll då det ofta kopplas till rasism. Men att man delar upp Afrika i hudfärger har ingenting med rasism att göra. Det finns ännu spår av apartheid men nu tolkas hudfärgen som olika kulturer och olika levnadsstandarder.

Storleken på kliniken är det samma som hälsocentralen i vår hemkommun Lovisa. Men denna klinik är väldigt underbemannad. Här finns endast en läkare och ca 20 sjukskötare som arbetar för hela kliniken. Sjukskötarna

kan ha specialkompetens som ger dem nästan samma rättigheter som läkarens basuppgifter. Det var bra för då kan de hjälpa läkaren.

Den dagliga patientmängden är runt ca 350 patienter, vilket gör att tiden per enskild patient blir kort. Sjukhusets budget är 1,6 miljoner ZAR per år vilket ger en budget på ca 9000 € per månad. Denna månadsbudget skall räcka till löner, klinikkostnader och vårdmaterial. Det förklarar ganska bra hur små resurser sjukhuset har.

Vi arbetade i tre olika rum då vi var på kliniken. De olika rummen var ett kronisk rum, ett akut rum samt det förberedande rummet. Dessutom samarbetade man med andra rum som hade till huvuduppgift att undersöka och behandla patienter med hiv och tuberkulos.

I det kroniska rummet skötte de kroniska sjukdomarna. Patienterna var ofta i ett stabilt skede i sin sjukdom. Årskontroller gjordes två gånger per år. Till våra uppgifter hörde att sammanställa journalerna, ta vitalvärdena och förbereda patienterna för den ansvariga sjukskötaren.

I det förberedande rummet såg man till att anamnesen och undersökningarna var gjorda. Man samlade in information om patienten för att kunna skicka iväg patienten till rätt fortsatt

vård. Patienterna kunde skickas antingen till läkare, sjukskötare, akutrummet, sårvårdsrummet, hiv- och tuberkulosrummet eller till röntgen.

Akutrummet bestod av tre olika rum. Ett sårvårdsrum där även EKG togs, ett rum där blodprov och injektioner gavs och ett rum för patienter med sänkt allmäntillstånd och där förändringar i vitalvärden togs i beaktandet.

Vi försökte hålla oss till att arbeta två veckor per rum. Men om det ena rummet var överbelastat och något annat rum var lugnare så omorganiserade vi oss så att vår arbetsinsats blev till största möjliga nytta.

Det var intressant att se alla sidor av arbetet på sjukhuset. Då kunde vi enklare snappa upp hur kliniken fungerar och vart man skickade patienterna då de kommer in med vissa symptom.

Patienterna som kom in till kliniken var väldigt olika. Det kunde vara en förkylning som börjat på morgonen men även knivsår och långt gångna infektioner. Det gjorde att vi fick en mångsidig syn på vården här och kunde använda oss av all vår tidigare kunskap.

På kliniken är det samma kroniska sjukdomar som vi är vana med från Finland (diabetes, hjärtsjukdomar, epilepsi, astma och COPD). De akuta sjukdomarna är annorlunda. Det finns mera infektionssjukdomar så som tuberkulos, hiv och aids. Knivsår och misshandlade patienter beaktas inte som lika ovanliga som hemma. Långt gångna könssjukdomar är vanliga p.g.a. okunskap hos befolkningen.

Journalerna är skrivna för hand och finns i mappar. Det gör att det lätt blir missförstånd p.g.a. handstilen eller om något papper faller ut. Journalerna kan lämnas öppna vilket gör att patientsäkerheten och integriteten påverkas. Flera patienter kan även behandlas i samma rum.

Vi hade även möjligheten att besöka Groote Schuur Hospital som är det största kommunala universitetssjukhuset i Sydafrika. Här arbetar över 500 läkare och 1400 sjukskötare. Sammanlagt är personalmängden över 3570 personer. På sjukhuset finns det över 1500 bäddplatser. Groote Schuur Hospitals sjukvård ligger på världsklassnivå. Det är många från utlandet som kommer hit för att lära sig ny

kunskap.

Tack vare nya kontakter i Sydafrika fick vi även vara med på neonatalavdelningen på Groote Schuur Hospital. Här vårdades prematurer. På avdelningen fanns det rum för prematurer med olika behov. Prematurer med födelsevikt omkring 750 g låg i ett rum, de med gulsot låg i ett rum, de som fått hiv eller andra infektioner vid födsel, de med missbrukande föräldrar osv.

Det stod på kuvösen vem de var och varför barnet var här. Vissa texter var ganska tunga att läsa då t.ex. missbrukande föräldrar lämnat barnet. Det fanns också mammor som blivit gravida och först då graviditetskontrollerna gjorts fått reda på att hon varit hiv-positiv. Då var det svårt att sätta in en aktiv behandling utan att påverka barnets trygghet.

Vissa ville inte veta av sina barn på grund av egna problem med missbruk medan andra inte klarade av att vara ifrån sitt barn och mädde dåligt över att barnet var instängd i en kuvös. Men det är heller inte ett problem som enbart finns i Sydafrika, man kan se samma problem i Finland.

Vi besökte även hjärttransplantationsmuseet The heart of Capetown. Museet är uppbyggt i den ursprungliga operationssalen där den första hjärttransplantationen gjordes år 1967 av Christiaan Barnard.

Tiden på kliniken var intressant och lärorik. Vi lärde oss massor om olika kulturer och hur vården är uppbyggd i Sydafrika. Skillnaderna mellan vården hemma i Finland och vården i Sydafrika är ganska stor. Det märks speciellt gällande patientsäkerhet, integritet, aseptik, ergonomi, patient mängd och patientbemötande.

Författarna

Cornelia Thomasson

Hälsovårdarstuderande, YH Arcada

Jasmine Sjöberg

Hälsovårdarstuderande, YH Arcada

Mathilda Törnqvist

Sjukskötarstuderande, YH Arcada

Ambulanspraktik i Redhill, England

29.2–31.3.2016

Matilda Henriksson • Mikael Ekholm

Vi var hungriga på att se hur den pre-hospitala vården fungerade utomlands. Vi fick möjligheten att åka till Redhill i England.

Den första dagen upplevde vi nog allt som något kaotisk. Vi möttes av underbara människor som alla hälsade oss hjärtligt välkomna. Det var mycket som var likt i jämförelse med tidigare ambulanspraktiker men det fanns mycket som var annorlunda och det tog ett tag innan vi blev varma i kläderna.

I England är alla väldigt artiga och det tog en stund innan vi alla fick in våra "please" i meningarna. En annan stor kulturkrock var när vi insåg att tempot är mycket lugnare när det inte gäller en kritisk sjuk patient. I Finland blir vi lärda att man så snabbt som möjligt skall få fram en arbetsdiagnos och sedan snabbt besluta hurudana vårdåtgärder patienten behöver. I Finland, vid de tillfällen när patienten får stanna hemma och inte är i behov av vård just den gången, packar vi snabbt ihop våra väskor och åker tillbaka till stationen. I England är det vanligt att patienterna bjuder på dricka och att man stannar kvar en stund och dricker te och samtalar en stund. Efter praktiken kan

vi lova att vi druckit resten av årets te-konsumtion. Arbetsmängden väckte många bra diskussioner. Då vi jämförde vårt system och systemet i England kunde vi konstatera att arbetsmängden var betydligt högre i England.

I England har man dessutom en bredare mångfald av nivåer och specialkompetens på ambulanspersonalen. I Finland har vi akutvårdare som jobbar på grundnivå och vårdnivå samt specialiserade akutvårdare som jobbar som fältchefer. Därför vill vi nämna några specifika nivåer som finns inom det engelska akutvårdssystemet.

Paramedic Practitioners som i de flesta fall fungerar lite som vår hemsjukvård. De åker ensamma ut till patienter, ser över sår och skriver ut antibiotika. De ser över ifall patienten är i behov av hemvård eller andra redskap i hemmet.

Critical Care Paramedic, CCP. En CCP är en akutvårdare som endast åker ut på de mest akuta uppdragen, t.ex. hjärtstopp, stroke eller trauma eller som tillkallas när en annan akutvårdsenhet behöver tillägghjälp. En CCP kan jämföras med våra fältchefer förutom att de inte bestämmer vart enheterna åker.

HART-team, Hazardous Area Response Teams. Enkelt förklarat består HART-teamet av akutvårdare med brandmansutbildning. De kan bl.a. rökdyka och hjälpa till vid storolyckor samt trafikolyckor. Vi fick själva testa på deras utrustning, allt ifrån rökdykarmasker till dräkter avsedda för kemikalieolyckor, samt köra med olika fordon. Dagen avslutades med att vi fick vårda och rädda en docka från ett brinnande hus. För att komma ut ur huset blev vi tvungna

att krypa genom rökfyllda tunnlar, samtidigt som vi vårdade dockan. Det var kanske praktiks fysiskt mest utmanande dag.

Vi besökte även den engelska nödcentralen och fick lära oss grunderna i hur den fungerar. Största skillnaden är att nödcentralen där är indelad i många enskilda centraler, vilket innebär att ambulansen, polisen och brandverket har sina egna nödcentraler med egen personal.

Förutom praktiken hade vi också en ypperlig möjlighet att bekanta oss med den engelska kulturen. Några besök till London hann vi med. Vi åkte ut till 7 Sisters och besökte andra städer samt njöt av den underbara naturen i England. Vi hann provsmaka på otaliga typiska engelska rätter, allt från Fish n Chips till det typiska Afternoon Tea. England är ju även känt för sina små lokala pubar och det är just i dessa som man kan avnjuta den goda engelska husmanskosten.

Summa summarum kände vi att praktiken gav oss massor och insyn i hur akutvård kan se olika ut och insikten att vårt sätt inte är det enda rätta. Vi vill uppmana andra som har möjligheten att åka på utlandspraktik ta chansen och uppleva något nytt!

Författarna

Matilda Henriksson

Akutvårdsstuderande, YH Arcada

Mikael Ekholm

Akutvårdsstuderande, YH Arcada

Stipendier för studerande

Om du studerar för sjukskötar-, hälsovårdar-, akutvårdar- eller barnmorskeexamen och är studerandemedlem i Sjuksköterskeföreningen i Finland kan du ansöka om följande stipendium:

Föreningen utlyser 14 stipendier à 500 euro 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 uppehålle och resekostnader beviljas inte stipendium. Stipendiet beviljas endast en gång under studietiden.

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland senast den **31.10.2017** på adressen Annegatan 31–33 C 50, 00100 Helsingfors.

Till stipendieansökan skall ett officiellt studieutdrag bifogas.

Ansökningsblanketten kan fyllas i på föreningens hemsidor (www.sffi.fi)

Tilläggsinformation fås av:

Sandra Alldén 045 1437575
sandra.allden@sffi.fi

Styrelsen

Rekreationsstipendium

Sjuksköterskeföreningen i Finland delar ut åtta stipendier à 600 euro för medlemmar som är i behov av rekreation.

Syftet är att bidra till att bevara och stärka arbetsförmågan hos medlemmar.

Ansökan formuleras fritt och stipendierna beviljas förvärvsarbetsande medlemmar som till exempel på grund av utmattning är i behov av rekreation.

Av den sökande krävs fem års medlemskap och aktiv verksamhet i föreningen. Även pensionerade medlemmar kan ansöka om stipendiet.

Stipendierna beviljas ur Marjatta och Hans Ahlströms understödsfond och kan fritt användas av stipendiaten för ändamål som har positiv effekt på arbetsförmågan och välbefinnandet.

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland senast **13.10.2017** på adressen Annegatan 31–33 C 50, 00100 Helsingfors.

Tilläggsinformation fås av:

Sandra Alldén 045 1437575
sandra.allden@sffi.fi

Styrelsen



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Hej, är du sjuksköterska och vill jobba inom psykiatri?

- + Skulle du vilja flytta till Sverige i höst och jobba som sjuksköterska vid Akademiska sjukhuset i Uppsala?

Nu söker vi sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor till psykiatrin. Vi är ett av Sveriges ledande universitetssjukhus som långsiktigt fokuserar på forskning och utveckling.

Är du intresserad och vill veta mer?

Välkommen att kontakta Ellinor Hult ellinor.hult@akademiska.se

eller läs mer på vår hemsida <http://www.akademiska.se/arbetapsykiatri>.

WWW.AKADEMISKA.SE/ARBETA

REGION UPPSALA

Vårdens många ansikten – ta hand om dig själv och andra

är temat för föreningens studiedagar 26–27.10.2017 på Alandica Kultur och Kongress i Mariehamn, Åland.

Programmet som ni ser på följande sida, har planerats av Sjuksköterskeföreningen på Åland.

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

Deltagaravgiften för båda dagarna är **240 €**. I priset ingår studiedagarna, luncher, kaffe och middagen.

Deltagaravgift för endast torsdag är **140 €** och för endast fredag **100 €**. Studerandemedlemmar i föreningen, i vars undervisningsprogram temat är aktuellt, kan delta i studiedagarna utan deltagaravgift, men förhandsanmälan krävs. Studerandeplatserna går i första hand till studeranden på orten.

Anmälningen till studiedagarna sker på föreningens hemsida www.sffi.fi eller med anmälningsblanketten som finns på bakpärmens insida. Anmälningen ska vara hos föreningen senast 6.10.2017.

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

Deltagaravgiften inbetalas senast den 13 oktober 2017 på föreningens konto **FI15 1228 3000 0505 32** NDEAFIHH (Nordea). Om du uppgett en faktureringsadress skickas en pappersfaktura.

För inkvartering har ett antal rum reserverats på hotell Arkipelag (110 €/rum/natt i enkelrum och 140 €/rum/natt i dubbelrum).

Bokning av hotellrum bör ske senast 25.9 info@hotellarkipelag.fi
Bokningskod: SFF.

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

VÄLKOMNA MED!

Vårdens många ansikten

– ta hand om dig själv och andra

TORSDAG 26.10

Moderator Christel Lindberg

08.00–08.30	Anmälan
08.30–09.00	Öppning och utmärkelser. Annika von Schantz, ordförande.
09.00–09.30	Forskningsnyheter från vårdvetenskapen. Lisbeth Fagerström, professor i vårdvetenskap, Åbo Akademi.
09.30–10.00	Människan i vården. Katarina Ulenius, HvM.
10.00–11.00	Kaffepaus och yoga.
11.00–11.30	Job crafting – för att höja arbetsengagemanget. Sussi Sjövall, avd.sk. och Mikaela Sjöholm, bitr.avd sk.
11.30–12.00	Känsla av sammanhang. Monika Bäckman, avd.sk.
12.00–13.00	Lunch
13.00–14.15	Ansvar och stress – hur kan jag tanka energi. Pia Aarnio, socionom och KBT-psykoterapeut.
14.15–16.00	Min utbrända resa. Från helvete halvvägs till himlen. Karin Rosell, yogainstruktör.

Kl. 19.00 kvällsfest och middag: Alandica Kultur och Kongress. Samtidigt firas SF på Ålands 75 års jubileum.

FREDAG 27.10

Moderator Annika Måtar

08.00–08.30	Anmälan för nya deltagare
08.30–09.00	Barn HLR inom ÅHS. Christel Qvarnström, sjukskötare och Sonja Ståhl, sjukskötare.
09.00–09.30	Prehospital fältchef. Johan Jansson, fältchef och Peter Mattsson, fältchef.
09.30–10.00	IRO app (International Rescue Organisation). Malin Ringbom, läkare, Dan Nylund, ambulanssjukvårdare och Sebastian Mansnerus, ambulanssjukvårdare.
10.00–11.00	Kaffe och mingel.
11.00–12.00	Ett utsatt samhälle – akutvårdens utmaningar i New Orleans. Tom Göstas, prehospital fältchef och Jani Monthan, prehospital fältchef.
12.00–12.30	Queen Silvia Nursing Award. Michelle Ena, stipendiat samt information om Silviasjukskötarutbildning.
12.30–13.00	Avslutning och därefter lunch.

Sjuksköterskeföreningen i Helsingfors med omnejd

21.9.2017 kl. 8.00, **medlemskväll** på Annegatan: Virtual avdelning -pilotprojekt på Peijas sjukhus, presenteras av Lars Liljeström.

30.11.2017 kl. 18.00, **julfest** på Annegatan. Anmälningar: anna.holmstrom100@gmail.com, senast 23.11.

Sjuksköterskeföreningen i Mellersta Österbotten

23.10.2017 kl. 18.00, **Hemlig biokväll**, Bio Rex, lilla salen, Jakobstad. Föreningen sponsorerar endel av biljettpriset. Egen snacks och dricka med! Anmälningar senast 17.10 till sffimo@gmail.com, facebook: SF i Mellersta Österbotten eller sms: 040 7517580

Skönhetskväll på yrkesskolan Optima ordnas under hösten. Mer info fås på facebook: SF i Mellersta Österbotten och mail.

20.11.2017 kl. 18.30, **julfest**, vid Ukko Hjalmar i Terjärv (fd Djupsjöbacka skola). Anmälningar senast 12.11 till sffimo@gmail.com eller via sms: 040 5296167. Skjuts ordnas. 25 € / pers. Lotteri av julkorg. Årets julinsamling går till förmån för diakonin i Kronoby kommun.

Vår Facebook sida har tyvärr försvunnit, med bilder och allt. Styrelsen har skapat en ny facebook sida, den hittar ni om ni söker: SF i Mellersta Österbotten. Vi kommer att använda facebook sidan som den främsta informationskanalen, men vi kommer även i fortsättningen att skicka information via mail och genom ÖT (föreningsspalten). Styrelsen

Sjuksköterskeföreningen i Vasa

9.10.2017 kl. 18.00, **studiebesök**, till Yrkeshögskolan Novia Campus Alere, Wolffskavägen 31, Brändö, Vasa. Information och rundvandring i Novias nya utrymmen. Efteråt berättar SFF's verksamhetsledare Sandra Alldén om senaste nytt från sekreteriatet. Servering. Anmälan senast 2.10 till sfvasa@netikka.fi eller 050 3504411. Välkomna!

26–27.10.2017, **studiedagar** på Åland. Kom med!

1.12.2017 kl. 18.30, **julfest**, på Stundars. Traditionell julbuffé. Sång och musik, besök av jultomten, julklapp á 5 € medtas. Julbuffén till ett sponsorerat pris á 20 € / person. Bindande anmäl senast 23.11 till sfvasa@netikka.fi eller tele 050 3504411 och julmiddagens pris inbetalas till föreningens konto FI62 2052 2001 0063 10 senast 23.11.

Enligt årsmötets beslut februari 2017 anslår Sjuksköterskeföreningen i Vasa ett **STIPENDIUM** för högre yrkeshögskolestudier och/eller magister i hälsovetenskaper att sökas inom oktober Stipendiet är på 350 € och delas ut på julfesten 1.12. Av den sökande fodras: minst ett års medlemskap i föreningen, visat intresse för föreningens verksamhet, forsknings- eller studieplan och/eller utdrag ur STURE. Stipendiet bör anhållas på föreningens egna stipendieblanketter. Blanketterna finns på vår hemsida eller fås från och ska returneras till ordförande Annika Kvist-Östman, e-post: annika.kvist-ostman@vora.fi eller tele: 050 5910088.

Välkommen med i höstens aktiviteter! Styrelsen

Sjuksköterskeföreningen i Åboland

21.9.2017 kl. 17.30, **Hemlig bio**, på Finnkino i Åbo. Föreningen bjuder på biobiljetten. Bindande anmälan senast 14.9 till monica.makila@gmail.com

10.11.2017 kl. 18.00, **jubileumsfest**. Vår lokalförening fyller 25 år i år och det firar vi på restaurang Neuvolansali, Östra strandgatan 3, Åbo. Det bjuds på program, god mat o trevlig samvaro. Klädseln är "smart casual". Självkostnadspriset är 30 €. Bindande anmälan senast 31.10 till monica.makila@gmail.com / tel 044 5376770. Betala in avgiften på kontot FI 67660 10010211787 i samband med anmälan. Meddela gärna om du har matallergier.

Välkommen med.

Vårens preliminära program:

15.2.2018, **årsmöte**, mera info senare.

12.4.2018, **medlemskväll**, mer info senare

Ha en fortsatt trevlig höst och välkommen att delta i våra aktiviteter

Sjuksköterskeföreningen på Åland

Styrelsen arbetar för fullt med studiedagarna arrangemang. Lokalföreningen fyller 75 år och kommer att firas med middag i samband med studiedagarna den 26.10. Det kommer att finnas möjlighet för medlemmar som inte har möjlighet att delta i studiedagarna att enbart delta i middagen. Mer information kommer i medlems mail och till arbetsplatserna. Har ni frågor kontakta någon i styrelsen.

Skön höst till er alla, Styrelsen!

Sjuksköterskeföreningen i Östra Nyland

24.11.2017 kl. 18.00, **julfest** i Lappträsk/Labby, på Bergkull verstas, Harsbölevägen 186, 07870 Skinnarby. Vi äter traditionell julmat i "snickarboa" miljö. 20 första ryms med. Anmälning senast 1.11.2017 + ev. diet till Benita Backman tele. 040 070 2845. Välkomna med.

Styrelsenytt

- Styrelsen har beviljat följande stipendier för olika ändamål:
 - Årets postdoktorala stipendium om 6000 € beviljades **Linda Nyholm** för forskningsstudien: "Seendet i patient-vårdarmötet". En vårdvetenskaplig studie om seendet med hjälp av eye-tracking teknologi vid Åbo Akademi.
 - Ett stipendium på 4000 € för postgraduala studier, licentiat- och doktorsavhandlingar beviljades **Annika Ahläng** för doktorsavhandlingen: "Advanced Care Planning for the Elderly - Having a Say in How We Die" vid Åbo Akademi.
 - Stipendium ur Anita Hannusas minnesfond, 2000 € beviljades **Camilla Koskinen** för projektet: "Ett liv värt att leva". Ett treårigt projekt om äldre mäns livslust.
 - Stipendiet för magisterstudier och högre yrkeshögskoleexamen om 2000 € beviljades **Anette Tast**, Åbo Akademi.
 - Stipendium för olika ändamål har beviljats till: **Ann-Sofi Lindström** 500 €.
- Styrelsen har i maj 2017 beviljat 6 st studerandestipendier.
- Styrelsen har återvalt HvD Yvonne Hilli till SFF's representant i SHKS (Stiftelsen för sjuksköterskeutbildning)
- SFF har sponsorerat studerandekåren Novium vid YH Novia med en annons
- Den 23 mars 2018 hålls Studiedagen i Helsingfors på Hotell Clarion. Studiedagen arrangeras som en dags evenemang med middag på kvällen. Följande dag dvs. 24.3 hålls fullmäktigemötet. Mera information i Vård i fokus 4/2017.

Kommande datum 2017!

- 25.10.2017 styrelsemöte
- 26–27.10.2017 Studiedagar på Åland
- 23.11.2017 deadline för material till Vård i fokus 4/2017
- 16.12.2017 styrelsemöte

Styrelsen och fullmäktige 2017–2020

Styrelsen

Ordförande	Annika von Schantz , HVM, avdelningsskötare, Barnkliniken, HUCS. 050-4279620 Vägbrottet 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. Snicknäs vägen 1, 10520 Tenala, 040-5210612 katarina.ekberg@outlook.com
	Ann-Maj Johansson , HVM, avdelningsskötare, Åbols sjukhus, somatiska polikliniken. Vävargatan 12, 21600 Pargas, 044-3444945 ann1maj.johansson@gmail.com
	Ann-Charlotte Lindfors-Nenonen , spec.sjukskötare, avd.skötare, Johannisberg. Kompassvägen 19 J, 06150 Borgå, 0400-905601 ann-charlotte.lindfors-nenonen@porvoo.fi
	Annika Kvist-Östman , sjukskötare, hälsovårdare, boendeledare inom Vörå kommuns äldreomsorg. Brudsund 736, 66640 Maxmo, 050-5910088 annika.kvist-ostman@vora.fi
	Lisbeth Schultz , specialistsjukskötare, Ålands centralsjukhus. Bygatan 3, 22410 Godby Åland, 0457-5244085 lisbeth.schultz@aland.net
	Helena Strandholm , sjukskötare, avd.skötare hemvården i Kristinestad. Åsvägen 100, 64220 Yttermark, 050-3738348 helenastrandholm@gmail.com
	Karla Wendt , HVM, avdelningsskötare, Helsingfors stad. Utterhällsstranden 22 A 1, 00180 Helsingfors, 043-8243535 karla.wendt@welho.fi
Suppleanter	Pia-Maria Haglund, Monica Mattila-Ekholm, Charlotta Liesipuro, Inger Runn, Marice Nedergård, Jana Sundberg, Gerd Metsäranta, Anna Holmström.

Fullmäktige

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

Anmälningsblankett

till studiedagarna 2017 i Mariehamn

OBS! Bindande anmälan hos oss senast torsdagen 6.10.2017.

Jag anmäler mig härmed till föreningens studiedagar torsdag–fredag 26–27.10.2017.

Namn: _____

Födelsedatum: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ **Postanstalt:** _____

Telefon: _____

Arbetsplats: _____

E-post: _____

Faktureringsadress: _____

Deltagaravgiften är 240 € (moms 0 %) för båda dagarna, 140 € för torsdagen och 100 € för fredagen. I priset ingår föreläsningar, luncher, kaffe, och middag. Avgiften inbetalas på föreningens konto FI15 1228 3000 0505 32 NDEAFIHH (Nordea) senast 13.10.2017. Om du uppgett en faktureringsadress skickas en pappersfaktura. Föreningen har inte möjlighet att skicka elektroniska fakturor. Studerandemedlemmar deltar gratis, men förhandsanmälan krävs.

Jag deltar

- ☐ båda dagarna
- ☐ endast torsdag
- ☐ endast fredag
- ☐ i middagen torsdag kväll

diet, vilken? (födoämnesallergier) _____

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

Massbrev



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

Adressaten
betalar
portot

Sjuksköterskeföreningen i Finland rf
Kod 5009299
00003 SVARSFÖRSÄNDELSE