

VÅRD I FOKUS

SJUKSKÖTERSKEFÖRENINGEN I FINLAND RF  1/20





VÅRD I FOKUS nr.1

årgång 37
mars 2020

Organ för Sjuksköterske-
föreningen i Finland rf

www.sffi.fi

Ansvarig utgivare:

Annika von Schantz,
telefon 040 5370376

Redaktionssekreterare:

Sandra Allén,
telefon 045 1437575

e-post:

sandra.allen@sffi.fi

Tryckt hos:

Grano Oy Ab, Vasa

Pärmbilden:

Studiedagen
2018, Helsingfors.

ISSN 0781-495X



Innehållsförteckning

- 03 • **Ledare:** Annika von Schantz
- 04 • **Framtidens föreningar och förändrat engagemang,** Mari Pennanen
- 08 • **Pojkars och unga mäns sexuella och reproduktiva hälsa,** Jasmine Höglund
Lisa Ekblom Erika Boman
- 15 • **Människohandel,** Sile Iveson Kasper Lattu Peter Kiviniemi Mikko Wikholm
Anne Nummela
- 23 • **Annon:** Arcada
- 24 • **Implementering av personcentrerad vård (PCC) i sjukskötarens arbete,**
Anastasia Linschi Sirkku Säätelä Rika Levy-Malmberg
- 30 • **Behörighetsgivande utbildning inom företagshälsovård,** Ann Eriksson
- 32 • **Annon:** Arcada
- 34 • **Janina Viitasaari tilldelas Queen Silvia Nursing Award i Finland 2019**
- 35 • **SFF ordförandeval**
- 36 • **Barnhälsovården i de nordiska länderna,** Amanda Söderström Felicia
Helenius Sofia Bärling Anne Nummela Christine Alm
- 41 • **Annon:** Åbo Akademi, Novia, SF i Vasa, Sällskapet för Vårdvetenskaplig
Forskning, VAMK, Vasa Centralsjukhus
- 42 • **Annon:** Arcada
- 43 • **ECPC-seminarium och årsmöte 7-9.6.2019 Bryssel,** Eva-Maria Strömsholm
- 46 • **Utlandspraktik i Freiburg, Tyskland,** Anna Råholm
- 48 • **Min största bragd:** Ulla Becker
- 49 • **Annon:** Novia
- 50 • **Annon:** Arcada, SFF, Sjuksköterskeförbundet - Svenskfinland
- 51 • **Annon:** SFF
- 52 • **Regionala föreningar**
- 53 • **Styrelsenytt**
- 54 • **Styrelsen och fullmäktige 2017-2020**
- 55 • **Ansökan om medlemskap**

Sjukskötarens och barnmorskans år



Jag fick nyligen en fråga av en liten pojke: är det roligt att vara sjukskötare? Vad gör du egentligen med din jobbdator, vad spelar du? Jag svarade att

jag hjälper mina arbetskamrater att hjälpa våra seniorer. Han tyckte att det var då ett konstigt jobb. Men så är det, min viktigaste uppgift är att hjälpa min underbara personal att bemöta seniorernas behov. Mina arbetskamrater är experter på att skapa en trygg vardag för seniorer som behöver vård dygnet runt, bland annat på grund av minnessjukdom, och för seniorer som vill bo tryggt med vård & service inom räckhåll.

Ja, jag tycker att det är roligt att gå till jobbet varje dag! Jag tycker också att det är roligt att gå hem efter en arbetsdag. Jag känner att jag får ta del av seniorernas vardag och av det fantastiskt fina vårdarbete som var och en gör på jobbet. Alla är inte vårdare, men är istället experter på annat. En hjälper till att hålla huset i skick, byta lampor, att hänga tavlor, en annan ser till att faktureringen är rättvis och korrekt samt att vi får lön för vårt arbete. En gör underbart god mat. En har planerat de mest fantastiska aktiviteter för varje dag som ger den där lilla guldkanten på vardagen.

Vi är alla gäster hos seniorerna som bor där vi jobbar. Tillsammans gör vi vårt allra bästa för att

de ska trivas i sina hem under den period som kan kallas för livets efterrätt. Då man kan unna sig någonting extra och välja att bo tryggt med vård och service inom räckhåll.

Varje senior och anhörig blir sedd och hörd, bemött med värdighet och som personer med olika behov. Vår roll i samhället är viktig, och det behövs sjukskötare som tar över efter oss. Min lilla roll i samhället är, förutom det dagliga jobbet, att som föreningsaktiv alltid arbeta för lösningar som är sunda för den enskilda människan och som stöder det sociala välbefinnandet i samhället.

Man vet att redan om 10 år är bristen på sjukskötare och barnmorskor så stor att det är en omöjlighet att nå de mål som WHO har ställt upp. I Finland dimitteras ca 4 700 sjukskötare per år (inklusive hälsovårdare, förstavårdare och barnmorskor). I dag har vi ca 72 000 sjukskötare i arbetslivet, av dessa torde 25–30 % ha gått i pension år 2030. Trots att sjukskötare är ett av de mest värderade yrken minskar antalet sökande till utbildningen radikalt.

Ta väl hand om studerande, berätta om era fina jobb för barn och unga, så att vi får nya kolleger i framtiden!

Jag önskar er, kära medlemmar, en solig vår.

.....
ANNIKA VON SCHANTZ
ordförande
.....

Framtidens föreningar och förändrat engagemang

Mari Pennanen

Bland föreningsmänniskor hör man ibland att det är svårt att hitta frivilliga för olika förtroendeuppdrag och att medlemssiffrorna dalar. Det kan vara utmanande att hitta en ny ordförande för föreningen och deltagarantalet på vissa evenemang lämnar en del att önska. Samtidigt är det tydligt att föreningsliv behövs för att både individer och samhället ska må bra och att det finns ett stort engagemang. Hur ska föreningar göra för att hänga med?



Mockarutor...

Då andra plåten med mockarutor håller på att bli bränd, bränner jag tummen då jag hastigt försöker få plåten ur ugnen. Med tummen i kallt vatten funderar jag på vad dessa evinnerliga mockarutor betyder. En del av mitt föreningsengagemang just nu handlar snarare om möjliggörande än deltagande. Olika föreningar där mina barn är aktiva, samlar pengar genom att sälja mockarutor. Och jag bakar gärna, hellre än att jag tar på mig vissa andra uppgifter där föräld-

rarnas insatser också behövs.

Mockarutorna blir för mig en påminnelse om att jag, liksom 42 procent av Finlands befolkning, gör frivilligarbete regelbundet. Medborgararenan, som regelbundet undersöker finländarnas frivilligarbete, lyfter fram att andelen som gör frivilligarbete ökat. Enligt deras undersökning var det år 2015 33 procent av finländarna som gjort frivilligarbete den senaste månaden, medan samma siffra år 2018 var 42 procent. Det är en stor ökning, och också an-

talet timmar som görs per månad har ökat. Samma undersökning visar dessutom att även om den största delen av frivilligarbetet totalt sett görs av äldre personer, så har antalet timmar som pensionärer gör frivilligarbete sjunkit, medan ungas antal timmar ökat märkbart.

Vad är frivilligarbete?

Hur frivilligarbete eller ideellt arbete definieras kan variera, men överlag menar man en person som gör något frivilligt och utan att

kräva betalning. I forskning brukar man definiera frivilligarbete som att det är till nytta för någon annan och riktar sig till andra än ens egna närstående. Man talar om volontärer, frivilliga, ideella eller aktiva (förenings-)medlemmar.

Också de termer och ord som används säger något om vad föreningar idag behöver fundera på.

Det är ganska självklart vad man menar när man säger att man blir medlem i en förening. Men vad händer med begreppet medlem när andra sektorer i samhället "kapar" begreppet? Det går idag att bli "medlem" hos olika företag, man kan bli medlem i en

butikskedja, få medlemsbrev och medlemsförmåner. Också termen frivilligarbete som i första hand förknippas med tredje sektorn används av andra. Företag jobbar socialt hållbart genom att till exempel låta sina anställda utföra olika frivilliguppdrag på arbetstid. Man kan bli volontär inom en kommun och ge av sin tid till det offentliga genom att promenera med äldre på äldreboendet, blir fadder för en del av stadens park eller liknande. Både privata och offentliga sektorn lånar begrepp och verksamhetsformer från tredje sektorn. Tredje sektorn å sin sida lånar från de övriga sektorerna för att försöka få verksamheten

att låta lockande och trendig.

Det görs alltså mycket frivilligarbete i Finland, och trots att det talas mycket om att frivilligarbetet och engagemanget ändrar form, så sker fortfarande majoriteten av frivilligarbete inom föreningar. Även om andelen frivilligarbete som sker mer spontant och som engångsinsatser ökar, så är över hälften regelbundet och hela 76 procent sker ansikte mot ansikte. Frivilligarbete över nätet sker alltså, men ökar inte i särskilt snabb takt.

I bästa fall är frivilligarbete över nätet ett bra komplement, både för föreningar och för olika individer. Jag tror hårt på att det



Foto: Förbundsarenan

är just fysiska möten som är för-
eningslivet styrka när samhället i
övrigt blir allt mer automatiserat
och digitaliserat.

Alla är inte med

Föreningsliv och frivilligarbete är
ändå inte något som alla sysslar
med. Av dem som inte den senas-
te månaden gjort något frivilligar-
bete svarar över hälften att största
orsaken är att de inte har tid. Tid
värderas av många väldigt högt,
och för föreningar gäller det att
visa att det är värt tiden att vara
med. Nio procent uppger att det
inte intresserar dem.

Men det som är lite oroande är
att 15 procent uppger att de inte är
med för att de inte har tillfrågats
och åtta procent att de inte vet hur
de kunde komma med. Det är allt-
så nästan en fjärdedel av de till-
frågade som upplever att tröskeln
att komma med är hög. En annan
alarmerande siffra är att två pro-
cent uppger som orsak att de inte
har råd. För samhället är det far-
ligt om den här biten tillåts vara
så här stor eller till och med växa,
om det blir så att det bara är väl-
ställda som har råd och möjlighet
att engagera sig frivilligt.

Hur blir man medlem eller aktiv då?

De flesta blir uppsökta. Det är en
granne, arbetskamrat eller vän
som värvar en. Flera undersök-
ningar visar att det är effektivt
att be med någon annan i en verk-
samhet där man själv är aktiv. Det

betyder också att tillgången till
sociala arenor påverkar, dvs. har
man få så är sannolikheten stö-
re att man blir utanför. Om man
till exempel är utanför arbetslivet
har man inga kollegor som kan
fråga om man kommer med på
gymnastiken eller körsången, el-
ler om man vill komma med och
koka kaffe på ett evenemang. Av
dem som inte ännu gjort frivil-
ligarbete skulle 54 procent göra
det om någon bad dem.

Ungefär en femtedel av dem
som är aktiva volontärer har själ-
va tagit kontakt för att komma
med. Resten är antingen tillfrå-
gade, eller tvingade, vilket förstås
inte är odelat positivt. Det gäller
att vara lyhörd för vad olika per-
soner behöver och vill ha för att
komma med.

I olika nordiska kontexter har
det också kommit fram att det att
vårt samhälle är uppbyggt med
föreningar och ideellt arbete le-
der till att det ses som en social
norm att vara ideellt engagerad.
Det är nämligen också en orsak
till att en del gör frivilligarbete,
att man anser att alla har en mo-
ralisk skyldighet att göra frivilliga
insatser någon gång under sitt liv.

Strukturer behövs

Det finns engagemang och det
finns människor som vill enga-
gera sig. Föreningar och hela ci-
vilsamhället upprätthåller struk-
turer för att upprätthålla det med-
borgerliga engagemanget.

Det är oftast föreningar som

rekryterar frivilliga, erbjuder ra-
mar för frivilligarbetet och orga-
niserar engagemanget. Struktu-
rerna behövs, men fast forskning
och dalande medlemssiffror visar
samma sak, nämligen att alla inte
längre nödvändigtvis vill bli med-
lem även om man vill göra en in-
sats, så bygger många föreningars
verksamhet fortfarande på att ak-
tiv ska bli medlem. De flesta (un-
gefär 85 procent enligt en svensk
undersökning) som gör frivilligt
arbete är medlem där de gör det.

Antalet medlemskap är fort-
farande högt, men trenden är att
antalet medlemskap per medborg-
are går neråt. I medeltal är vi ändå
medlemmar i ungefär 2,5 fören-
ingar. Orsaken till att en person
blir medlem kan också variera.
En del ser det som naturligt att bli
medlem där man är aktiv och en-
gagerad, medan andra blir med-
lem främst för att genom ett med-
lemskap visa att man tar ställning
för eller mot något. En orsak att
bli medlem kan också vara att
man vill få organisationens tid-
skrift, eller för någon annan med-
lemsförmån.

Synen på medlemskap har
ändå ändrats och många fören-
ingar märker idag av att en person
är medlem så länge man får ut nå-
got av medlemskapet, till exempel
tar del av en verksamhet, men att
man sedan säger upp medlemska-
pet. Tidigare var det vanligare att
medlemskap var något som hörde
till, man blev medlem i något ske-
de och så var man medlem livet

ut. Trots det finns det fortfarande
en anmärkningsvärd stabilitet när
det gäller medlemskap i många
föreningar, också något för för-
eningar att värna om.

Allas ansvar

I samhället idag betonas tredje
sektorns roll allt mer. Det finns
mycket forskning som visar att
föreningsliv och ideellt engage-
mang har många positiva följder,
både för samhället och individen.
Men vad kan då vi som redan är
aktiva göra för att förningslivet
ska utvecklas? Här är några för-
slag:

- Våga förändringar. Prata om
vad som håller på att ändras,
vilka föreningens svagheter
och styrkor är och vilka saker
måste ni ta itu med. Våga fun-
dera på saker som alltid gjorts
på ett visst sätt. Kanske det är
dags att prova på något helt an-
nat, eller förändra någon del.
- Fler med. Fråga andra om de
vill komma med. Prata om ditt
engagemang och lyft fram vad
du och ni gör och varför. Sänk
trösklar genom att prata med
fler, be fler komma med och
fundera på hur ni tillsammans
kan sänka trösklarna för fler
att komma med.
- Sköt om era nuvarande med-
lemmar. Allt för mycket fokus
kan inte heller ligga på att nå
fler. Det gäller att värna om
dem som redan är med, med-
lemmar, aktiva och frivilliga.

Se över administrationen och
vilka bitar som kunde förenk-
las så att inget uppdrag är för
tungt. Det är en konst att få
många att uppleva sig behövs-
da, men då man lyckas så när
man långt.

- Fira. Var nöjda med det ni gör
och åstadkommer tillsam-
mans. Man får vara nöjd och
det kan man också berätta om.
- Fortsätt. Det ni gör är viktigt
och värdefullt. Det har både
samhällelig betydelse och be-
tydelse för många i er närom-
givning och för er. Ett sam-
hälle med en livande, vital och
välmående tredje sektor är ett
samhälle där jag vill leva.

Förbundsarenan förenar

Förbundsarenan (som tidigare
hette Svenska studieförbundet) är
en plattform för samverkan. Vi
samlar de finlandssvenska för-
bunden och centralorganisatio-
nerna, och Sjuksköterskefören-
ingen i Finland är en av våra 65
medlemmar. De finlandssvenska
förbunden representerar tillsam-
mans över 400 000 personmed-
lemmar och 1200 andra medlem-
mar (föreningar, kommuner, för-
samlingar osv). Förbundsarenan
finns till för att stöda medlems-
förbunden i deras strävanden.

Vi ordnar olika arenor för för-
bundens anställda och förtroen-
devalda att träffas, nätverka och
byta erfarenheter. I diskussio-
ner med aktiva från de olika fin-
landssvenska förbunden hör jag

konkreta exempel som bekräftar
det undersökningar visar. Många
organisationer mår bra, men det
finns också stora utmaningar. En
viktig uppgift för ett förbund är
att stöda lokalföreningarna där de
aktiva finns och på förbunds nivå
funderar många på bästa sätten
att göra detta.

En gemensam nämnare för de
finlandssvenska förbunden och
centralorganisationerna är att så
gott som alla beskriver sig som
att de är lite speciella, med hän-
visning till medlemskår, organi-
sationsstruktur, finansieringssätt
eller verksamhetsformer. Men
trots det finns det många gemen-
samma nämnare och en ödesfrå-
ga är hur föreningar och förbund
fångar upp engagemang och lock-
ar till sig aktiva, volontärer, frivil-
liga, medlemmar och understöda-
re. Och där har Förbundsarenan
en stor roll i att skapa arenor för
erfarenhetsutbyte och kompetens-
höjning. Vi behöver alla med. ♦

FÖRFATTARE

Mari Pennanen
Verksamhetsledare på
Förbundarenan



Pojkars och unga mäns sexuella och reproduktiva hälsa

Jasmine Höglund Lisa Ekblom Erika Boman

Flickor och unga kvinnor på Åland kan kostnadsfritt vända sig till preventivmedelsmottagningen vid Ålands hälso- och sjukvård med frågeställningar som berör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Pojkar och unga män saknar motsvarande service. Tillgången till sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster för pojkar och unga män är bristfälliga. Pojkar och unga män på Åland får inte alltid den hjälp och det stöd de behöver. Sexualundervisningen i skolan kan möjliggöra stärkt egenvårdskapacitet i frågor som rör SRHR, och kunskap, egenvård och normer går hand i hand. Lärare och hälsovårdare önskar fortbildning inom området, och alternativ motsvarande den service som flickor och unga kvinnor erbjuds i form av preventivmedelsrådgivningen efterfrågas.

Sammanfattning

Artikeln är ett sammandrag från ett examensarbete vid sjukskötersk utbildningen vid Högskolan på Åland. Syftet var att belysa pojkars och unga mäns möjligheter

till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) på Åland från lärare som undervisar i hälsokunskap och hälsovårdares perspektiv. En kvalitativ intervjustudie genomfördes. Fem lärare res-

pektive hälsovårdare intervjuades. De transkriberade intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Från resultatet framkom ett tema: Otillräckliga förutsättningar i en kultur som

försvårar upprätthållandet av god SRHR - med möjlighet till förbättring med tre tillhörande kategorier och ett antal underkategorier. Det finns ett behov av en specifik mottagning dit pojkar och unga män kan vända sig till vid frågor om SRHR, vilket saknas på Åland idag. För att underlätta att pojkar och unga män söker stöd och hjälp i frågor kring SRHR vore det viktigt att samhällsnormen förändras och att personal som kommer i kontakt med denna typ av frågeställningar har god kompetens i området.

Bakgrund

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) har stor betydelse för människors hälsa och välbefinnande. Det är viktigt att få kunskap om frågor som rör SRHR, bland annat för att göra hälsosamma val, skydda sig mot sjukdomar och minska riskbeteende. Dock har nästan 4 miljarder människor världen över otillräcklig tillgång till sexuella och reproduktiva hälso- och sjukvårdstjänster (2).

Pojkar och unga män står för hälften av den reproduktiva ålderns befolkning, men det finns indikationer på att de inte söker rådgivning och vård i samma utsträckning som flickor och unga kvinnor i samma ålder. På Åland har 23–28 % av pojkarna på Åland besökt studerandehälsovården i annat syfte än den årliga hälsoundersökningen år 2015. Motsvarande siffra för flickor-

na var 43–55 % (3). Ett problem kan vara att personalen inte alltid har den kunskap som behövs för att tillmötesgå pojkars och unga mäns sexuella problem. Även stigma och rådande maskulinitetsnorm kan påverka viljan att söka hjälp (2). Vidare kan missförstånd kring tystnadsplikt, liksom att vårdpersonal saknar kunskap om SRHS, avskräcka unga män från att söka råd (4).

Sexualundervisning i skolan

I Finland ingår sexualundervisningen i läroämnet hälsokunskap: i grundskolan i årskurs 1–6 i form av biologi och gymnastik och i årskurs 7–9 och i gymnasiet som ett eget ämne. Med hälsokunskap vill man främja elevens hälsa, välbefinnande och trygghet och målet är att eleven ska ha kunskap för att kunna ta ansvar över sin egen hälsa. I hälsokunskap ingår teman som sexuell hälsa, sex och samlevnad, kärlek, sexuellt beteende, sexuella läggningar, preventivmedel och könssjukdomar, pubertetsutveckling, gränser, gräl och känslor, självförtroende, självkänsla och sociala relationer (5). I en studie från Finland framkommer att pojkar har betydligt lägre kunskap än flickor gällande sexuell hälsa. Det framkommer att 15 % av flickorna och 36 % av pojkarna hade väldigt svaga kunskaper, vilket innebar att de svarat fel på minst hälften av frågorna i ett kunskapstest. Pojkar-

na hade särskilt bristfälliga kunskaper gällande HIV och andra könssjukdomar och det konstateras att särskild uppmärksamhet bör ägnas åt att öka kunskapen hos pojkar (6). I en annan studie genomförd i Finland framkom att det är vanligt att pojkar anser att sexualundervisningen är "flickrelaterad" och att undervisningen inte svarar på pojkars frågor och deras önskemål om sexualundervisning (7). Okunskap gällande SRHR samt att inte ha tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster leder till konsekvenser som exempelvis obehandlade könssjukdomar och obesvarade frågor (6), men även oönskade graviditeter och sexuellt våld (8).

Skolhälsovården

På Åland ansvarar skolhälsovården för elevernas hälsovård fram till årskurs nio, och studerandehälsan ansvarar för elever upp till 21 år som studerar på Ålands gymnasium, Ålands folkhögskola och Högskolan på Åland. Studeranden äldre än 21 år ska vända sig till hälsocentralen (9–11). På Åland finns en kostnadsfri preventivmedelsmottagning för flickor och unga kvinnor (<26 år) men ingen motsvarande service för pojkar och unga män. Pojkar och unga män ska få kunskap och stöd gällande SRHR från hälsokunskapsundervisning i skolan och primärvården, exempelvis genom skolhälsovården, men det bedöms vara oklart vilka möjligheter som finns att stödja SRHR.

Design och metod

Syftet med studien var att belysa pojkars och unga mäns möjligheter till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter på Åland från hälsokunskapslärares och hälsovårdares perspektiv. För att uppnå syftet har en kvalitativ intervjustudie genomförts. Totalt intervjuades fem hälsovårdare från preventivmedelsmottagningen, studerandehälsan och skolhälsovården samt fem lä-

rare som undervisar i hälsokunskap i högstadie- och gymnasieskolor. För att få tillstånd att genomföra intervjuerna kontaktades hälso- och sjukvårdsdirektören inom Ålands hälso- och sjukvård, bildningsdirektören i Mariehamns stad och rektorerna på skolorna. Totalt tillfrågades 44 personer om intresse att delta, varav 10 valde att delta. Av de intervjuade var sex kvinnor och

fyra män med 1–30 års arbets- erfarenhet (inklusionskriterium: minst ett års arbetserfarenhet). Det fanns en spridning i var på Åland respondenterna arbetade: i staden, på landsbygden och i skärgården.

Datainsamling

Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Frågorna gjordes upp av studerande och testades i en pilotintervju,

varefter frågorna utvecklades något i samråd med handledaren. Intervjuerna genomfördes av de båda studerande. Inför intervjuerna klargjordes vad SRHR står för, respondenterna fick information enligt forskningsetiska direktiv för humanvetenskaplig forskning och informerats om samtycke samlades in. Intervjuerna genomfördes på respondenternas arbetsplatser eller på Högskolan på Åland i ostörda utrymmen. Intervjuerna tog mellan 15 och 30 minuter (i medeltal: 20 minuter). Intervjuerna bandades in och transkriberades ordagrant.

Intervjuerna tolkades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (12).

Resultat

Från analysen framsteg ett tema, tre kategorier och sju underkategorier. Dessa har sammanställts i tabell 1 på sid 10.

Kunskap

I intervjuerna framkom att pojkar och unga män behöver vidare kunskap om SRHR för att kunna upprätthålla god sexuell hälsa. Även lärare och vårdpersonal som kommer i kontakt med pojkar och unga män behöver mer kunskap för att kunna tillgodose deras behov.

Respondenterna vittnar om att pojkars och unga mäns kunskap om SRHR varierar, men de som har längre erfarenhet inom yrket säger att kunskaperna har förbät-

rats över tid: ”Det finns (idag) en större medvetenhet om både sexuella rättigheter och om sexuell hälsa och då tänker jag med könssjukdomar, preventivmedel och sånt ... fast det är bättre, kanske det inte är bra”. I intervjuerna framkom att vanliga frågor som pojkar och unga män ställer handlar om könssjukdomar, symptom och hur man kan testa sig. De har även frågor om könsbyte och porr, porrindustrin och sexdebut, liksom om erektionsproblem, för tidig utlösning, för trång förhud och andra avvikelser.

Det framkom att även hälsovårdarans och lärarnas kunskap varierade. En del upplevde sin kunskap som god, medan andra upplevde den som bristfällig och önskade mera kunskap. En respondent sa: ”Jag har ju inte fått på det sättet någon enskild utbildning sådär, kompetensmässigt, i pojkars sexualitet. Jag skulle vilja ha mer, för att kunna ge mer och bättre. Så jag skulle säga att den ligger på en ganska allmän nivå...”. Det framkom att det kan vara lättare att samtala med pojkarna och de unga männen om man själv var av manligt kön.

Respondenterna uppgav vidare att sexualundervisningen i skolan ger en grundläggande kompetens inom SRHR. En av lärarna uppgav dock att mycket ligger på undervisande lärare: ”Jag tror att undervisningen hänger ganska mycket på lärarna på högstadiet så att säga, för att på något vis kän-

ner man att det är där som krutet skulle borda läggas, att de har fått någon form av ganska stadig grund att stå på ... vissa kan ju allt men en del har ju noll koll.”

Det antogs vara riskfyllt om pojkarna och de unga männen inte erbjuds möjlighet till undervisning och rådgivning. Flera av respondenterna förde fram internet som informationskälla, men porr och felaktig information kan skapa en felaktig bild av vad sex och sexuell hälsa är och borde vara. Får man inte ett gott stöd kan det påverka hela livet, både den fysiska och psykiska hälsan och det kan även skapa problem i parrelationer om man inte vågar prata om problem i samband med sex.

Kultur

I intervjuerna framkom att samhällsnormen har en stor inverkan på pojkar och unga män. Steget att söka hjälp är stort och negativa attityder och stereotypa föreställningar kan göra steget ännu större.

Utifrån intervjuerna kan det konstateras att samhällsnormer hindrar pojkar och unga män från att söka hjälp. De ska visa sig starka och bita ihop, de ska inte visa känslor eller visa sig svaga. En respondent sa: ”Man ska tåla och försöka visa sig vara stark och sen söker man hjälp när det verkligen är illa... det bottnar säkert i ganska mycket, det är mera det här maskulina kanske. Hur pojkar ska vara ... Stigma och lite hur sam-

Tema 1. Sammanställning av tema, kategorier och underkategorier		
Tema	Kategorier	Underkategorier
Otillräckliga förutsättningar i en kultur som försvårar upprätthållandet av god SRHR - med möjlighet till förbättring	Kunskap	- Pojkars och unga mäns kunskaper - Personalens kunskaper - Vikten av sexualkunskap
	Kultur	- Sociala normer - Stort steg att söka hjälp
	Organisation	- Befintlig tillgång till hälsotjänster och information - Önskvärd tillgång till hälsotjänster och information

hället ser på en också kanske... jag tror att pojkarna är lite 'lost' kanske, i dagens samhälle”.

De flesta av respondenterna uppgav att pojkar och unga män har mycket frågor, men har svårare att öppna sig och prata om sina funderingar jämfört med flickor och unga kvinnor. Pojkar och unga män pratar inte heller i samma utsträckning med familj eller vänner. Då de pratar med vänner sker det ofta på ett skämtsamt, ironiserande, kaxigt och oseriöst sätt.

Steg för att söka hjälp sägs vara stort. En hälsovårdare nämnde att det skulle vara bra att alltid ha SRHR i bakhuvudet då pojkarna och de unga männen väl söker hjälp och att man då ska man ta tillfället i akt: ”Pojkar är lite så att när de en gång frågar en ... så då har man ett gyllene tillfälle ... de öppnar sig inte hur många gånger som helst, de blir ganska fort sådär att nu frågar jag inte flera gånger, att jag inte har fått svar ... de har inte känt sig bemötta...”.

Organisation

I intervjuerna framkommer att otillräcklig tillgång till hälso- tjänster och information gör det svårt att skapa förutsättningar för god sexuell hälsa. Det skulle vara önskvärt att alla har samma förutsättningar gällande tillgång till sexuella och reproduktiva hälso- tjänster och information.

Respondenterna gav varierande svar kring organisation och

möjligheter att erbjuda pojkar och unga män tillräcklig information om SRHR. Några av respondenterna uppgav att de anser att hälso- tjänsterna är tillräckliga, men de var osäkra på om hälso- tjänsterna utnyttjas: ”Tillgången är nog bra. Vi har ju via studerandehälsan, så de har alla möjligheter att få den information och behandlingar och allt som behövs. Men det gäller att utnyttja dem och få ut att de vet att det finns också”, sa en lärare.

Förutom skolhälsovården och studerandehälsan hänvisas pojkar och unga män till är hälsocentralen. Flera respondenter uppgav dock att de tror att målgruppen inte får den hjälp de behöver och att tillgången på tjänster inte är jämlik. En respondent sa: ”... när det gäller flickor så har jag så enkelt till preventivmedels och jag vet att de får helt superbra service... helt fenomenalt. Och pojkar sen då är det hälsocentralen, det är inga fel på hälsocentralen men det är bara det att den är så allmän, inte är det ju någon där som sitter och är proffs, de är säkert lika osäkra och har lika lite kunskap som jag när det gäller pojkarnas sexuella hälsa”.

Utöver den offentliga hälso- och sjukvården nämndes tredje sektorn som en tillgång för stöd för frågor som rör SRHR. Organisationer som nämndes var Folkhälsan, Regnbågsfyren (intresse- organisation för HBTQIA-frågor) och Fältarna (förebyggande och

uppsökande verksamhet för ungdomar i ålder 13–17 år). Det framgick dock av de flesta av respondenterna att det borde finnas en mottagning dit pojkar och unga män kan vända sig oavsett kön, ålder och sexuell läggning. Några av respondenterna föreslog en app eller hemsida där man kan chatta med någon anonymt då man känner för det, när som helst under dygnet.

Diskussion

Enligt Orem är egenvård är en förutsättning för att förebygga sjukdomar. Varje människa har rätt att vårda sig själv och sin egen hälsa. För att kunna utföra egenvård måste man ha kunskap om hur man ska göra detta (13).

I resultatet, liksom i andra studier (ex. 7, 8), framkom att pojkars och unga mäns kunskap om SRHR varierar. Vid bristande kunskap söker de information från osäkra källor som kan bidra till felaktig kunskap och ett riskfyllt sexuellt beteende. Ungdomar behöver få en adekvat sexualundervisning för att kunna skapa en positiv och ansvarsfull inställning till sex och för att bete sig ansvarsfullt mot sig själv och andra (14). Det är viktigt att utveckla skolans sexualundervisning så att den följer samhällets utveckling och svarar på ungdomars behov. Hälso- tjänster bör vara ungdomsvänliga, lättillgängliga, och så långt som möjligt anonyma och konfidentiella. De bör även vara

kostnadsfria eller subventionerade (7). I resultatet framsteg en önskan om applikationer och annan internetbaserad lättillgänglig service, vilket stöds i tidigare undersökningar (7).

Resultatet visade vidare att rådande samhällsnorm kan leda till att pojkar och unga män har svårt att söka hjälp. Enligt UMO (15) är normer oskrivna regler, något som förväntas, vad som är önskvärt och inte. Genom ett normkritiskt perspektiv kan vi ifrågasätta de normer som finns i samhället. Genom att reducera stereotyper om maskulinitet minskas fördomar och fientlighet, och alternativen och välbefinnandet för män ökas (16). Jämställdhet mellan könen betyder inte att kvinnor och män ska vara samma, men att rättigheter, ansvar och möjligheter inte ska bero på om man är född till man eller kvinna. I det västerländska samhället privilegieras ofta män, men i vissa fall är det tvärt om. För att skapa möjligheter till jämställdhet pojkars och unga mäns tillgång till och användning av sexuella och reproduktiva hälso- och sjukvårdstjänster förbättras. Forskning har visat att om unga män bidrar inkluderas i frågor som rör SRHR bidrar det till fördelar för både kvinnor och män. Ungdomsvänliga hälsokliniker med specialkompetens inom SRHR behövs (17). I vissa länder, som Sverige och Estland, ordnas en del av sexualundervisningen som ingår i läro-

planen på närliggande ungdomsmottagningar. Syftet med detta är att sänka tröskeln för unga att besöka ungdomsmottagningar även i framtiden (18).

Slutsats

Tillgången till sexuella och reproduktiva hälsovårdstjänster är bristfälliga och pojkar och unga män på Åland får inte alltid den hjälp och det stöd de behöver. Fokus bör ligga på sexualundervisningen i skolan för att möjliggöra stärkt egenvårdskapacitet genom hela livet. Kunskap om SRHR, egenvård och normer går hand i hand. För att alla ungdomar, oavsett kön, ska ha samma förutsättningar bör information och hälso- tjänster med personal som är insatt i pojkars och unga mäns SRHR bli mer lättillgänglig. I ett jämlikt samhälle skulle pojkar och unga män erbjudas service motsvarande den som erbjuds vid preventivmedelsmottagningen för flickor och unga kvinnor. Digitala tjänster skulle kunna vara ett alternativ. Vidare vore det önskvärt att satsa på fortbildning för lärare och vårdpersonal för att stödja pojkar och unga män i frågor som rör SRHR. ♦

REFERENSER

1. World Health Organization. Defining sexual health [Internet]. Hämtad från: www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/.
2. Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—Sexual and reproductive

Faktaruta

Sexuell och reproduktiv hälsa kan beskrivas som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt, känslomässigt och socialt välbefinnande i relation sexualitet och reproduktion. Sexualitet omfattar kön, könsidentitet och könsroller, sexuell läggning, erotik, njutning, intimitet och reproduktion och är genom hela livet en central aspekt av att vara människa. Sexualitet upplevs och uttrycks genom tankar, fantasier, åtrå, övertygelser, attityder, värderingar, beteende, praktiker, roller och relationer. För att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa bör sexuella och reproduktiva rättigheter tas i beaktande (1). Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) omfattar varje människas rätt till lika möjligheter till ett säkert och tillfredsställande sexual- liv, men också rättigheter och förutsättningar att kunna bestämma över sin egen kropp utan stigma, diskriminering, tvång eller våld. SRHR har stor betydelse för människors hälsa och välbefinnande. Kunskap kring SRHR kan stödja individer att göra hälsosamma val för att skydda sig mot sjukdomar och minska riskbeteenden (2).

Pojkar och unga män definieras i detta arbete som barn och ungdomar av manligt kön i åldrarna 13–25 år.

- health and rights for all: Report of the Guttman-Lancet Commission. The Lancet. 2018; Jun 30;391(10140): 2642-92.
3. Ålands Landskapsregering. Åland Folkhälsorapport 2015 [Internet]. Hämtad från: www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/article/folkhalsorapport_2015_160615.pdf.
 4. Shone D. Improving men's access to sexual health services. Practice Nursing. 2010; Nov 21(11): 591-8.
 5. Ålands Landskapsregering. Landskapet Ålands läroplan för grundskolan (Internet): 2015. Hämtad från: <https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/page/landskapet-aland-laroplan-for-grundskolan-juni-2015.pdf>.
 6. Pakarinen M, Kylmä J, Helminen M, Suominen T. Ammattiin opiskelevien 15-19-vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot ja asenteet. Hoitotiede. 2017; Apr 29(2):139-49.
 7. Kuortti M, Halonen M. Miten nuorten seksuaaliterveyttä edistetään tehokkaimmin? (Internet); 2018. Hämtad från: www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/8/duo14270.
 8. Shone D. Improving men's access to sexual health services. Practice Nursing. 2010; Nov 21(11): 591-8.
 9. Ålands hälso- och sjukvård. Skol- och studerandehälsövård (Internet). Hämtad från: www.ahs.ax/standard.con?iPage=208&m=292.
 10. Ålands hälso- och sjukvård. Studerandehälsövård (Internet). Hämtad från: www.ahs.ax/standard.con?iPage=191&lan=1.
 11. Landskapslag om hälso- och sjukvård (ÅFS 2011:114) (Internet). Hämtad från: www.ahs.ax/files/II_halsosjukvard_0.pdf.
 12. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004; Feb 24(2): 105-12.
 13. Wiklund Gustin L, Lindwall L. Omvårdnadsteorier i klinisk praxis. 1 uppl. Stockholm: Natur & Kultur; 2012.
 14. World Health Organization & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Standards for Sexuality Education in Europe A framework for policy makers, 34 educational and health authorities (Internet); 2012. Hämtad från: www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZGA_Standards_English.pdf.
 15. UMO. Normkritiskt perspektiv (Internet) (hämtad 7.5.2019) Hämtad från: www.umo.se/om-oss/sa-arbetar-vi/normkritiskt-perspektiv.
 16. Connell R W. The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality (Internet); 2003. Hämtad från: www.un.org/womenwatch/daw/egm/men-boys2003/Connell-bp.pdf.
 17. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality (Internet); 2008. Hämtad från: www.un.org/womenwatch/daw/public/w2000/W2000%20Men%20and%20Boys%20E%20web.pdf.
 18. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa (Internet); 2010. Hämtad från: www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80220/039844e2-c540-4e81-834e-6f11e0218246.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

FÖRFATTARE

Jasmine Höglund

Sjukskötare, tidigare studerande vid Högskolan på Åland

Lisa Ekblom

Sjukskötare, tidigare studerande vid Högskolan på Åland

Erika Boman

Medicine doktor i omvårdnad, överlärare vid Högskolan på Åland

Människohandel

Sile Iveson Kasper Lattu Peter Kiviniemi Mikko Wikholm Anne Nummela

I artikeln sammanfattas examensarbetet "En studie om social- och hälsovårdspersonalens beredskap i att hjälpa och stöda offer för människohandel" vilket var en del av projektet 'Drömjobb?', ett mångprofessionellt projekt som började på våren 2019 vid yrkeshögskolan Novia, Åbo. Projektet, som projektansvarig lektor Anne Nummela, lektor Henrica Lindholm och lektor Josephine Åberg handledde, hade som syfte att öka medvetenheten och kunskapen om människohandels olika former nationellt och internationellt och att utreda vilka behov en person som är offer för människohandel har och hur dessa behov bemöts av social och hälsovårdspersonalen.

Människohandel är en form av organiserad brottslighet vars påverkan är världsomfattande (1). Under de senaste åren har instabila förhållanden i vissa delar av världen lett till att flera människor blivit tvungna att fly från sina hemländer. Dessa människor är

i en utsatt situation, vilket ökar risken för att de faller offer för människohandel (2). I samband med detta har det setts en ökad invandring i Finland samt en ökning i antalet officiellt identifierade offer för människohandel (3).

Oavsett om migrationen sker genom officiella eller inofficiella

metoder finns risken att falla offer för människohandel även kvar när personen nått sin destination. Detta beror på språkbarriärer, integrationsutmaningar, och utnyttjande av migrantens svaga lokalkännedom (4).

Finland anses vara både ett destinations- och ett genomfartsland

Resultaten från enkätstudien indikerar på att social- och hälsovårdspersonalens beredskap i att hjälpa och stöda offer för människohandel är bristfällig. Orsakerna till detta är avsaknad av kunskap som beror på lågt deltagande i fortbildningar och att det inte finns färdigt utvecklade metoder som kunde tillämpas på arbetsplatserna.

då det gäller människohandel. Detta innebär att offer hämtas till Finland från andra länder, samt att offren förs genom Finland för att sedan bli exploaterade i något annat land. Människohandel för sexuella ändamål och tvångsarbete är de mest förekommande formerna av människohandel både globalt och i Finland.

Hjälpsystemet för offer för människohandel är den myndighet i Finland som erbjuder hjälp till personer som potentiellt blivit människohandelsoffer och som utreder människohandelsbrott. År 2018 togs 163 nya klienter till hjälpsystemet vilket är betydligt högre i jämförelse med år 2015 då antalet var 50 nya klienter och även i jämförelse med åren 2016 och 2017 då medeltalen var 130 nya klienter per år. Av de 163 nya klienter år 2018 misstänkts 52 personer ha blivit offer för människohandel i Finland. Till denna grupp

tillhör personer med finskt och EU-medborgarskap, människor som vistas i Finland utan visum, personer från u-länder som arbetar lagligt i Finland och asylsökande. De flesta fall av människohandel som upptäcks i Finland har varit relaterade till tvångsarbete (3).

Tecken på människohandel

Människohandel kan ha ett flertal hälsokonsekvenser kopplade till de olika formerna av exploatering som offret har utsatts för (5) men det finns inget specifikt symptom som definierar människohandel. Fysiska symptom som kan vara tecken på människohandel är ett nedsatt allmäntillstånd samt obehandlade kroniska sjukdomar och skador.

En annan indikation kan vara att en patient söker sig till vård i ett sent skede för prenatal vård, behandling av en infektion eller

skada (6, 7).

Offer för människohandel kan vara utsatta för allvarligt psykiskt våld och kan utsättas för fysiska och sexuella övergrepp, vilket skapar rädsla och skam och kan djupt traumatisera offer. Exponering för våld, begränsad frihet och dåliga levnadsförhållanden leder till psykisk påfrestning under längre perioder och eventuellt psykisk ohälsa (8). Vanliga psykologiska tecken hos offer är rädsla, oro, depression, spänning och paranoia (9), hopplöshet, förtvivlan, ilska, förvirring, minnesförlust, isolering, mardrömmar och likgiltighet (5, 7).

Brist på kontroll över sitt eget liv och vissa sociala villkor är ett kännetecken på människohandel (10). Det kan visa sig genom att personen ofta är under övervakning och hindras från att röra sig ensam på offentliga platser och från att själv sköta om sina personliga ärenden som till exempel hälsogranskningar. Omänskliga bostadsförhållanden är en indikator på förekomst av människohandel, vilket kan innebära att en person tvingas bo på sin arbetsplats som till exempel ett bygge, en ladugård eller andra oboeoliga platser. Offret kan också bli utsatt för tvångsarbete i hushållet där hen bor (7).

Sociala tecken som specifikt berör barn inkluderar att ett barn uteblir från rådgivningen och hälsogranskningar. Ett barn som är offer för barnhandel går möjligen

inte i skolan (7), har problem i skolan eller har en följeslagare på skolvägen (11). Andra omständigheter som kan vara ett tecken på barnhandel är att en minderårig har egna barn eller att ett barn inte liknar de personer som presenterar sig som föräldrar (7).

Kontakt med hälsovårdstjänster

Det har visats att offer för människohandel har kontakt med hälsovården under tiden de befinner sig i människohandlaren kontroll. Det är dock flera som inte blir upptäckta av de yrkesutövare de har kontakt med (12, 13). I en studie hade 68 % av offren sökt vård, men endast 43 % av dessa offer blev identifierade (13). En studie av Baldwin, Eisenman, Sayles, Ryan & Chuang (12) visade att inga offer försökte uppmärksamma sin situation för vårdgivarna, men det framkom också enligt offrens berättelser att yrkesutövarna inte försökte utreda deras situation. Orsakerna till den låga identifieringsnivån kan ligga i både offrets levnadssituation och yrkesutövarens medvetenhet.

Människohandlaren kan vara närvarande vid läkarbesök och undersökningar vilket begränsar möjligheten för offret att diskutera ostört med vårdpersonalen. Den närvaron bevarar tvång och kontroll över offret. Även om människohandlaren inte är närvarande, är det osannolikt att off-

ret kommer att avslöja sin offerstatus eftersom känslor av skam, skuld och rädsla i flera fall fungerar som ett hinder även om människohandlaren inte är närvarande (12). En annan grund kan vara att familjemedlemmars säkerhet kan hotas (12, 14).

Många offer för människohandel är från andra ursprungsländer och är inte nödvändigtvis medvetna om de lagar som tillämpas i landet. Exploatering kan anses vara normalt och de är därmed omedvetna om att människohandlaren verksamhet är olaglig (12). Språkbarriären kan orsaka svårigheter för både offer och yrkesutövare, vilket lätt kan utnyttjas av människohandlaren. Användning av en professionell tolk kan bryta språkbarriären samt möjliggöra att klientens eller patientens fall utreds (5, 15).

Enligt en studie av Ross et al. (16) arbetar de yrkesutövare som har mest kontakt med människohandelsoffer vid mödrarådgivningen eller på förlossningsavdelningen. Andra platser för sannolik kontakt är akutvård, mentalvård och pediatrika avdelningar (16). En retrospektiv studie av personer som har överlevt människohandel visade att akutvård, primärvård, tandläkare och obstetriker/gynekologi är de vanligaste tjänster offer söker sig till under fångenskap (13). Studier visar dock också att andelen yrkesutövare inom hälsovården som har haft kontakt med ett offer

för människohandel är liten, cirka 13–17,8 % (16, 17, 18).

Beredskap att hjälpa offer

Studier visar att största delen av hälsovårdspersonal saknar utbildning om människohandel (16, 17, 18, 19). Det leder till en bristande förståelse om företeelsen, vilket möjligen kan leda till försummade möjligheter att hjälpa offren (17). En annan konsekvens är att professionella saknar förtroende för sin egen förmåga att identifiera och behandla offer (16, 19).

En ytterlig utmaning för yrkesutövare är att material om människohandel såsom verktyg och riktlinjer som stöder arbetet med offer inte finns tillgängliga på många arbetsplatser (17, 19). En metod som har utvecklats för att stöda yrkesutövare inom social- och hälsovården i Finland är Inledande identifikation av offer för människohandel och servicerådgivning - Anvisning för personal inom social- och hälsovården (11).

De två huvudsakliga undersökningarna som berör social- och hälsovårdspersonalens beredskap i att hjälpa offer i Finland är undersökningen "Ihmiskaupan uhrin tunnistaminen ja auttaminen terveystalveissa" som utfördes av IOM (17) och rapporten "Tuntematon tulevaisuus" (20). IOM:s studie visade bristande kunskap och medvetenhet om förekomsten av fenomenet i Finland bland sjukskötare och häl-

sovårdspersonal (17). Rapporten ”Tuntematon tulevaisuus” fäster speciell uppmärksamhet vid hur man hjälper offer för människohandel i kommunerna. Rapporten visar att kommunalt anställda socialarbetare är omedvetna om offrens särskilda situation då det handlar om deras lagstadgade rättigheter till specifika tjänster och ofta inte vet att mottagningslagen bör tillämpas i socialvården som erbjuds åt offer. Eftersom offer för människohandel har hittills utgjort en relativt liten grupp av klientelet, är en annan utmaning inom kommunerna är att personalen saknar rutin i arbetet med offer och därmed blir de tvungna att lära sig arbetet utan hand-

ledning eller tidigare erfarenhet att luta sig tillbaka på. Det visade sig också att uppfattningar om människohandel bland social- och hälsovårdspersonal i kommunerna inte återspeglade verkligheten, att människohandel är ett obekant och avlägset fenomen (20).

Studiens resultat

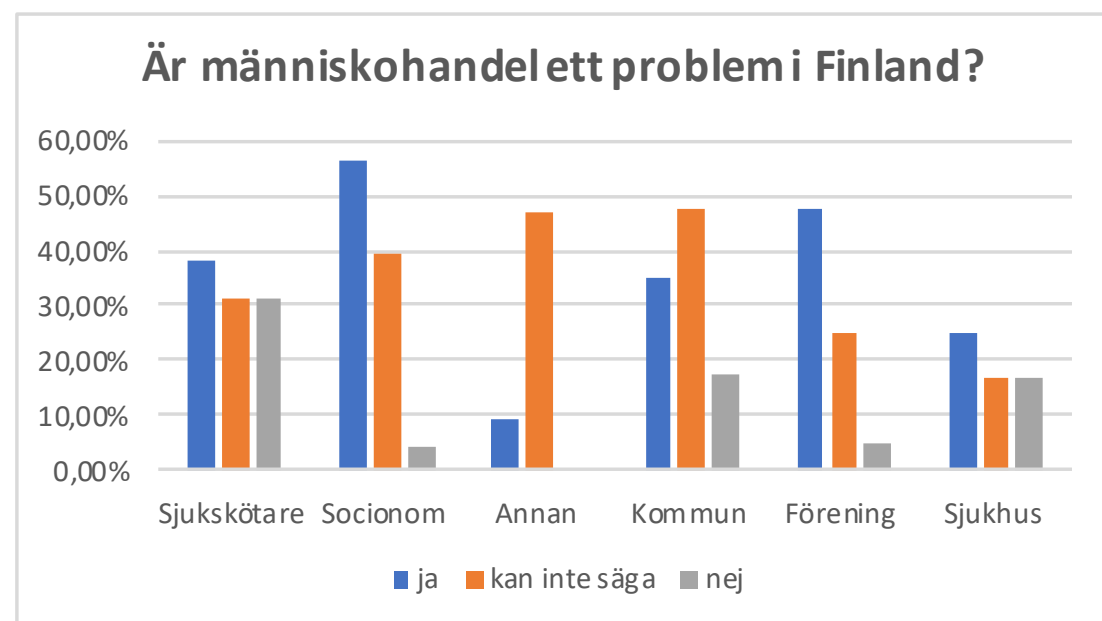
Sextiosex respondenter deltog i enkätundersökningen. Respondenterna bestod av 26 sjukskötare, 23 socionomer och 17 representerade ”annan” yrkesgrupp. Den största andelen av respondenterna var kommunalt anställda, de omfattade 61 % av de respondenterna. Respondenterna som arbetade för en förening utgjorde en

andel på 30 % och respondenterna som arbetade på sjukhus utgjorde en andel på 9 %.

Av de sjukskötare som deltog i undersökningen var 81 % kommunalt anställda och 19 % angav att de arbetar på ett sjukhus. Av de deltagande socionomerna arbetade 83 % inom en förening och 17 % var kommunalt anställda. Yrkesutövare i respondentgrupp ”annan” var främst kommunalt anställda (88 %).

Sextiosex respondenter som arbetar inom social- och hälsovården deltog i studien.

Av det totala antalet respondenter ansåg 48,5 % att människohandel är ett problem i Finland (se tabell 1, nedan).



Tabell 1. Svar enligt yrkesgrupp och svarare.

Uppfattningar om människohandel

Studiens resultat visar att 48,5 % av respondenterna ansåg att människohandel är ett problem i Finland. Socionomerna och yrkesutövare i respondentgrupp ”annan” var mer benägna att uppfatta människohandel som ett problem än sjukskötare. De kommunalt anställda respondenterna var minst benägna att anse att människohandel är ett problem i Finland.

De två oftast förekommande formerna av människohandel i Finland är sexuella ändamål och tvångsarbetskraft (3). 78,8 % av respondenterna säger sig känna till formen människohandel för sexuella ändamål och 60,6 % säger sig känna till formen tvångsarbete. Sjukskötare var mest benägna att identifiera formen människohandel för sexuell utsatthet. Socionomer var mer benägna än sjukskötare att identifiera formen tvångsarbete. Fast socionomerna främst också identifierade människohandel för sexuella ändamål.

Människohandel för sexuell utsatthet och tvångsarbete identifierades i lika stor grad av yrkesutövarna i respondentgruppen ”annan”. Av alla respondenter var det 47 % som identifierade båda av de två mest förekommande formerna av människohandel i Finland. En marginell procentuell andel (7,5 %) kunde inte nämna någon av de två vanligaste formerna

av människohandel.

Respondenterna ombads att ange vilken aktör har huvudansvaret för att hjälpa offer för människohandel varav 39 % kunde nämna hjälpsystemet för offer för människohandel. En större andel socionomer än sjukskötare kunde nämna hjälpsystemet, 60,9 % jämfört med 23,1 %.

Kontakt med offer för människohandel

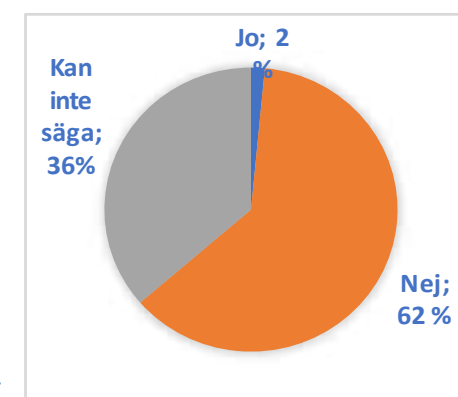
I undersökningen har en andel på 45 % av respondenterna misstänkt att en patient eller klient har varit offer för människohandel. Andelen var högst bland socionomer varav 57 % har misstänkt att en klient varit ett offer. Andelen sjukskötare som har misstänkt att en patient har varit offer var 21,4 %. Den svenskspråkiga enkäten innehöll frågan: Har du i ditt arbete kommit i kontakt med

ett offer för människohandel? Andelen som svarade jakande på frågan utgjorde en andel på 12 % av respondenterna. Resultaten visar att 32 % (n 21) av respondenterna har antingen misstänkt eller har kommit i kontakt med ett offer.

Av respondenterna säger sig 61% ha bristfälliga kunskaper i att känna igen ett offer för människohandel. Endast 3 % av respondenterna ansåg att de hade tillräckligt med kunskap för att känna igen ett offer. Största delen av respondenterna som antingen angav att de har misstänkt att en patient eller klient varit ett offer eller att de har haft kontakt med ett offer, ansåg att de inte hade tillräckligt med kunskap för att känna igen ett offer.

Beredskap att hjälpa offer

Enligt studien saknas metoder på de flesta arbetsplatser, endast



Figur 1. Metoder för att upptäcka offer för människohandel.

2 % av respondenterna ansåg att det finns metoder på arbetsplatsen (se Figur 1) och angav ”Inledande identifikation av offer för människohandel och servicerådgivning - Anvisning för personal inom social- och hälsovården” (6) som metoden.

Metoder för att känna igen offer saknas på största delen av arbetsplatserna.

Resultaten visar att 8 % av respondenterna har fått vidare utbildning om människohandel (se Figur 2) av dessa var de flesta socionomer. De flesta respondenter, 71 %, ansåg att de skulle ha nytta av vidare utbildning i deras arbete. Andelen var högst bland socionomer och lägst bland sjukskötare.

Den låga utbildningsnivån angående människohandel diskuteras också i rapporten Tunteaaton tulevaisuus (20). Utbildningar ordnas åtminstone av IOM och av

hjälpssystemet, men enligt Koskenoja, Ollus, Roth, Viuhko, & Turkia (20) har deltagarantalet på utbildningarna varit lågt, vilket kan delvis bero på brist av intresse. Enkätstudien visade att en relativt låg andel anser att människohandel är ett problem i Finland som kan vara en orsak till att deltagande i vidare utbildningar är låg. 71 % av respondenterna ansåg att de skulle ha nytta av vidare utbildning i deras arbete. Andelen var högst bland socionomer och lägst bland sjukskötare. Detta visar att respondenterna känner igen brister i sin kunskap och att de även visar viljan att förbättra sin kompetens som också stöds av tidigare forskning (16).

Frågan förblir om arbetsgivarna inte prioriterar eller erbjuder arbetstagarna möjligheten att delta i vidare utbildning om människohandel.

Diskussion

Enkätstudien visade att en relativt låg andel anser att människohandel är ett problem i Finland som kan vara en orsak till att deltagande i vidare utbildningar är låg. 71 % av respondenterna ansåg att de skulle ha nytta av vidare utbildning i deras arbete vilket visar att respondenterna känner igen brister i sin kunskap och att de även visar viljan att förbättra sin kompetens som också stöds av tidigare forskning (16). Frågan förblir om arbetsgivarna inte prioriterar eller erbjuder arbetstagarna möjligheten att delta i vidare utbildning om människohandel.

Studien försökte utreda om det finns metoder på arbetsplatser för att hjälpa yrkesutövare att upptäcka offer för människohandel. Endast 2 % av respondenterna ansåg att det fanns metoder för att upptäcka offer. Denna andel är lägre i jämförelse med studien som utfördes av IOM (17). Eftersom arbetet med offer inte förekommer dagligen kunde arbetsplatserna dra nytta av att ha klara anvisningar att följa då ett offer upptäcks. Dessa anvisningar kunde innehålla bland annat kontaktuppgifter till hjälpssystemet och andra aktörer som erbjuder stöd och hjälp till offer. En metod som har utvecklats för att hjälpa yrkesutövare inom social- och hälsovården är Inledande identifikation av offer för människohandel och servicerådgivning - Anvisning för personal inom social- och

hälsovården (11). Guiden nämndes som en metod av respondenten som angav att det fanns metoder på arbetsplatsen. Endast 9 % av respondenterna hade kännedom om guiden. En positiv förändring i framtiden kunde vara att få de finska publikationerna mera synliga genom implementering av materialet på arbetsplatser och utbildningslinjer.

Största delen av sjukskötarna som deltog i vår undersökning var kommunalt anställda och de deltagande socionomerna var främst anställda inom en förening. Vidare forskning borde utföras för att se om svaren kan generaliseras i alla kommuner, sjukhus och andra organisationer. För att skapa en positiv förändring bör beredskapen ökas genom att ordna vidare utbildning och anskaffning av verktyg åt yrkesutövare inom social- och hälsovården. Grundläggande kunskaper om människohandel kunde ökas genom att tillägga ämnet i de obligatoriska studierna för socionomer och sjukskötare. För att öka kunskapen hos social- och hälsovårdspersonal som redan är ute i arbetslivet borde fortbildning erbjudas i större grad.

Vår studie utfördes på basen av att statistiken visar en ökning i antalet officiellt identifierade offer i Finland. Hjälpssystemet för offer för människohandel (3) och i detta sammanhang kan människohandel anses vara ett mer aktuellt och akut problem idag än

tidigare som till exempel vid tidpunkten av IOM:s studie.

Forskning som berör den finländska social- och hälsovårdspersonalens del i att upptäcka offer för människohandel har hittills utförts i en liten grad och därmed blev examensarbetets syfte att utreda den finska social- och hälsovårdspersonalens beredskap i att hjälpa och stöda offer för människohandel. Målgrupperna till undersökningen var sjukskötare och socionomer men även andra yrkesutövare inom social och hälsovården inbjöds att delta. Socionomernas perspektiv var av intresse eftersom det inte finns studier om deras kunskap eller medvetenhet, fast de har en viktig roll i att erbjuda stöd till identifierade offer. Enligt vår uppfattning är enkätstudien den enda i Finland som undersöker beredskap i att upptäcka och hjälpa offer bland sjukskötare, socionomer och andra yrkesgrupper inom olika organisationer.

För att kunna generalisera svaren i vår studie borde ämnet undersökas vidare inom flera kommuner, sjukhus och föreningar. Enkäten i en fortsatt undersökning kunde innehålla ett större antal och mer specifika frågor. ♦

REFERENSER

1. Interpol. Trafficking in human beings (Internet); 2017. (hämtad 10.02.2019) Hämtad från: www.interpol.int/Resources/Documents/Fact-Sheets.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. Global Report on Trafficking in

Persons (Internet). New York: United Nations; 2018. (hämtad 23.01.2019) Hämtad från: www.unodc.org/documents/dataandanalysis/glotip/2018/GLOTIP_2018_BOOK_web_small.pdf.

3. Ihmiskaupan Uhrien Auttamisjärjestelmä. Tilannekatsaus 1.1.-31.12.2018. Helsinki; 2019.
4. International Labour Office & Walk Free Foundation. Global Estimates of Modern Slavery: Forced Labour and Forced Marriage (Internet). Geneva: International Labour Office; 2017. Hämtad från: www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/-dgreports/-/-dcomm/documents/publication/wcms_575479.pdf.
5. International Organization for Migration. IOM. Aava Ovi Avulle - Ihmiskaupan Uhrien Terveyden ja Hyvinvoinnin Edistäminen. Helsinki: International Organization for Migration; 2019.
6. International Organization for Migration. IOM. Inledande identifikation av offer för människohandel och servicerådgivning. Anvisning för personal inom social- och hälsovård. Helsingfors; 2018.
7. Pro-tukipiste. Tunnista ihmiskauppa (Internet); 2019. (hämtad 1.07.2019) Hämtad från: <https://pro-tukipiste.fi/ihmiskauppa/tunnista-ihmiskauppa/>.
8. Hachey LM, Phillippi J C. Identification and Management of Human Trafficking Victims in the Emergency Department (Internet); 2017. Hämtad från: <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/01261775-201701000-00006.pdf>.
9. Polaris. Recognize the signs (Internet); 2019 (hämtad 02.08.2019) Hämtad från: <https://polarisproject.org/human-trafficking/recognize-signs>.
10. International Organization for Migration IOM. Caring for Trafficked persons Guidance for Health Providers (Internet). Geneva: International Organization for Migration; 2009. (hämtad 26.02.2019) Hämtad från: http://publications.iom.int/system/files/pdf/ct_handbook.pdf.
11. International Organization for



Figur 2. Andelen respondenter som fått vidare utbildning.

- Migration IOM. Inledande Identifikation av Offer för Människohandel och Servicerådgivning. Anvisning för personal inom social- och hälsovård. Helsingfors: International Organization for Migration; 2018.
12. Baldwin S B, Eisenman D P, Sayles J N, Ryan G, Chuang K S. Identification of Human Trafficking Victims in Health Care Settings. Health and human rights. 2011;1-14.
13. Chisolm-Straker M, Baldwin S, Gaïgbé-Togbé B, Ndukwe N U, Johnson P N, Richardson L D. Health care and human trafficking: We are seeing the unseen. Journal of Health Care for the Poor and Underserved; 2016: 1220-1233.
14. Sabella D. The role of the nurse in combating human trafficking. Learn how to recognise the signs that someone is being trafficked and how to safely intervene. The American Journal of Nursing; 2011: 28-37.
15. Conrad C. Understanding Human trafficking in the nursing sector (Internet). Ohio Nurses Review; 2018: 19-26. (hämtad 20.01.2019) Hämtad från: www.ebsco.com.
16. Ross C, Dimitrova S, Howard L M, Dewey M, Zimmerman C, Oram S. Human trafficking and health: a cross-sectional survey of NHS professionals' contact with victims of human trafficking (Internet). British Medical Journal; 2015. (hämtad 02.04.2019) Hämtad från: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4550705/pdf/bmjopen-2015-008682.pdf.
17. International Organization for Migration IOM. Ihmiskaupan uhrin tunnistaaminen ja auttaminen terveystalveissa (Internet). Helsinki; 2015. (hämtad 05.02.2019) Hämtad från: <https://iom.fi/sites/default/files/helsinki%20page/Raportti%206%20April%202016.pdf>.
18. Ramnauth T, Benitez M, Logan B, Abraham S P, Gillum D. Nurses' Awareness Regarding Human Trafficking (Internet). International Journal of Studies in Nursing; 2018: 76-87. (hämtad 23.01.2019) Hämtad från: <http://journal.julypress.com/index.php/ijsn/article/view/389/300>.
19. Donahue S, Schwen M, Lavalley D, Paoli, Wynnewood. Educating emergency department staff on the identification and treatment of human trafficking victims (Internet). Journal of Emergency Nursing; 2019: 16-23. (hämtad 23.01.2019) Hämtad från: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176717306736>.
20. Koskenoja M, Ollus N, Roth V, Viuhko M, Turkia L. An unknown future: A report on the effectiveness of legislation concerning assistance for victims of human trafficking: Conclusions and recommendations (Internet). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Helsinki; 2018. Hämtad från: <https://tietokayttoon.fi/documents/1927382/2158283/An+unknown+future.pdf/de58c765-d4f7-4ddf-b23c-345ec1c65686/An+unknown+future.pdf.pdf>.

FÖRFATTARE

Sile Iveson

Sjukskötare, tidigare studerande vid YH Novia/Åbo

Kasper Lattu

Sjukskötare, tidigare studerande vid YH Novia/Åbo

Peter Kiviniemi

Sjukskötare, tidigare studerande vid YH Novia/Åbo

Mikko Wikholm

Socionom, tidigare socionom-studerande vid YH Novia/Åbo

Anne Nummela

Lektor i vård, Yh Novia/Åbo



DAGS ATT ÄNDRA KURS?

Är du en utbildad sjukskötare med institutexamen? Känner du att det vore dags att göra en kursändring och satsa på dig själv? Då är Arcadas kompletterande bachelorexamen något för dig! Sök till oss 6-15.4.2020.

Du som är sjukskötare med en institutexamen har nu möjlighet att uppdatera din tidigare examen till bachelornivå. Den kompletterande utbildningen är flexibel och beräknas ta ett år att genomföra. Du kan arbeta som vanligt och studera vid sidan om jobbet eftersom de flesta av våra våra träffar också kan genomföras digitalt ifall du så önskar.

Utbildningen är gratis. **Läs mer på arcada.fi**

Implementering av personcentrerad vård (PCC) i sjukskötarens arbete

Anastasia Linschi Sirkku Säätelä Rika Levy-Malmberg

Syftet med denna artikel var att belysa implementeringsprocessen av personcentrerad vård PCC och möjligheterna att förbättra vårdkvaliteten. Det som presenteras i denna text är baserat på fakta från kvalitativ litteratur och är en sammanfattning av examensarbetet gjord vid Yrkeshögskolan Novias Nursing program. Examensarbetet har presenterats under våren 2019.

Introduktion

Sjukvårdssystemet har under de senaste åren antagit en holistiskt och humanistiskt närmelesätt inom vårdandet (1). Personcentrerad vård, PCC, ett holistiskt och humanistiskt tillvägagångssätt, har en koppling till vårdkvalitet och det är därför viktigt att forska vidare i ämnet. Institutet

för medicin i USA konstaterade att implementering av PCC i daglig praxis är ett viktigt mål i alla sjukvårdssystem (2). För att uppnå dessa mål måste vårdgivare utbildas och utveckla personliga samt professionella färdigheter, vilka kan skapa en pålitlig och tillförlitlig relation mellan den som söker vård och den som ger

vården (2, 3).

När förtroende byggs kommer implementering av PCC i daglig vård att påverka situationen positivt. PCC hjälper till att tillgodose vårdtagarens behov i samarbete med denne och öka nivån av vårdtagarens tillfredsställelse (4). Metoder för att mäta graden av implementering är emellertid inte

tydliga och i många sjukvårdsorganisationer tillämpas detta inte. Vård av god kvalitet är vård som placerar patienten eller personen som kommer för att söka vård i centrum för uppmärksamheten och sjukskötarens uppgift är att tillhandahålla vården och tillgodose behoven snarare än att se personen från ett sjukdomsperspektiv (5).

Vad är PCC i relation till vårdandet?

Vårdandet har en komplex definition som inkluderar en specifik handling eller aktivitet som syftar till att förbättra en persons livskvalitet. Livskvalitet beror dock på personliga värden och villkor (7).

Enligt Tronto (7) betyder vård att identifiera vårdbehovet samt att se till att behovet kan tillfredsställas. Nyligen har begreppet att vårda fått en vidareutveckling och inkluderar även kvaliteten på vården som tillhandahålls. Kravet är således att ändra uppfattningen om vård mot personifiering i vårdprocessen, uppfylla individuella krav samt att skapa en relation mellan sjukskötare och patient, mot ömsesidigt förtroende och respekt.

Birks (8) säger att PCC placerar personen i centrum för vårdarbetet, där sjukskötare betraktar omvårdnad som en holistisk handling med fysiologiska, emotionella, andliga och sociala aspekter. PCC är å ena sidan en

typ av högkvalitativ vård som kan ge ett positivt resultat för patienter, vårdare och sjukvårdssystemet i allmänhet. Å andra sidan kan det beskrivas som definitionen, presenterad av McCormack och McCance: ”PCC som begrepp inkluderar alla personer i vårdprocessen: patienter, klienter, familjer, vårdgivare, sjukskötare, läkare och andra involverade i vårdprocessen. PCC-konceptet är att engagera sig i vårdprocessen och förstå behovet av vård, känslor, specifika värden, bekymmer och förväntningar” (11).

En ytterligare definition föreslås av Westphal (5) som ser PCC som respekt för personliga värden, mål för vård och personens frihet att välja. PCC inkluderar dessutom kommunikation mellan sjukskötaren och andra personer, baserat på kvaliteten av personliga, professionella och organisatoriska relationer. Sjukskötare bör respektera patienterna djupt: hen bör kommunicera, ge behandling och ta hand om människor som unika individer genom att involvera dem i vårdprocessen (11).

Principerna för PCC

För att implementera PCC i vårdpraxis måste begreppen förstås likadant i hela organisationen. PCC är en typ av vård som möter individens behov på ett unikt sätt och ger stöd på emotionell och fysisk nivå, engagerar vårdtagaren och dem som är involverade i vårdpro-

cessen och ger även information. PCC visar också kunskap på en god vårdgivare, skapar en naturlig vårdande miljö och erbjuder olika alternativ för personen, eftersom PCC är ett tillvägagångssätt som hänför sig till individens unika behov (12).

Vårdplanering initieras genom att samla in information från den vårdbehövande. Sjukskötare kan lära känna sin patient på ett betydelsefullt sätt genom att skapa en tillförlitlig relation till denne. Att förstå personen innebär att känna till personens specifika behov, värderingar, preferenser och mål. Denna information och bedömningen av personligt hälsotillstånd behövs för att skapa en individuell vårdplan. Det som skiljer PCC från andra typer av vårdideologier är ”mötesplatsen”, där förtroende måste skapas (5).

PCC:s åtta principer

The Picker Institute, en internationell organisation som har specialiserat sig på PCC med syftet att förbättra vårdkvaliteten, utforskade redan 1993 de åtta principerna för PCC som anses främja god vårdkvalitet.

Den första principen är respekten för personliga värden, preferenser och uttryckta behov.

Den andra är koordinering och integration av personen i vårdprocessen.

Den tredje är personens rätt att veta, att vara en del av vårdprocessen och att få utbildning

från vårdgivaren om sin sjukdom, sina symtom, men även om vård och behandlingsalternativ. Sammanfattningsvis har personen rätt att veta om sitt hälsotillstånd, diagnos samt prognos för att själv kunna fatta korrekta, omfattande beslut om sin egen vård.

Den fjärde principen för PCC-implementering är fysisk komfort under behandlingen.

Den femte är känslomässigt stöd och lindring av rädsla och ångest.

Den sjätte involverar personen och hans/hennes betydelsefulla personer i vårdprocessen.

Den sjunde är övergången och kontinuiteten i vården genom kvalitetsinformation från och till en annan organisation.

Den sista är förmågan att få tillgång till säker, kvalitetsmässigt hög och lämplig vård på alla nivåer för att få bästa möjliga hjälp (13).

Vilka kvaliteter behövs?

God vårdkvalitet inkluderar god kommunikation, både verbal och non-verbal. Att förstå personens känslor under kommunikationsmomentet gör att sjukskötaren får tillgång till patientens reaktion på behandling och vårdåtgärder. Birks (8) skriver följande "... förmågan att hantera och läsa känslor verkar vara en viktig färdighet för all hälso- och sjukvårdspersonal och denna färdighet kan potentiellt förbättra patientcentrerad vård ..."

En viktig faktor i kommunikationen är en vårdande "caring" miljö. Enligt Ross, Tod och Clarke (14) betyder det: "Att vara vänlig och lättillgänglig ses som avgörande för deltagarna i de första stadierna för att bygga förtroendeförhållanden". En vårdande miljö ändras p.g.a. av tidsbrist, men detta kan påverkas genom att skapa en förtroendeförhållande från början. Dessutom vill patienten bli hörd, värderad som en individ, respekterad och förstådd. Förmågan att ge personen och de anhöriga information om personens tillstånd, diagnos och behandlings- och vårdplan torde ge en bättre förståelse för vårdprocessen och minska befintlig rädsla (14).

Det är viktigt att sjukskötaren tar upp kvaliteten på kommunikationen med personen och familjen. Ross et al (14) illustrerar vikten av att sjukskötaren känner igen patienten genom att "lyssna på och erkänna vikten av (deras) berättelser", vilket är värdefullt och underlättar PCC. Med andra ord, sjukskötaren som lyssnar på patientens och anhörigas berättelser har potential att bygga förtroende och öka tillfredsställelse för vårdtagaren. Denna typ av kommunikation kan ge positiva vårdresultat eftersom den torde minska stressen bland alla som är involverade.

Sjukskötarens ledarskapsideologi inom vårdarbetet påverkar sättet teamet främjar PCC. Såle-

des leder en grundläggande förståelse av PCC-principer till arbets- och patienttillfredsställelse.

Implementeringsmodellen

Modellen för implementering av PCC i praktiken är möjlig om den vård som erbjuds är holistisk, samarbetsvillig och aktiv. För att utöva PCC måste vården fokuseras på personen och inte bara på tillståndet eller sjukdomen: personens vårdbehov måste individualiseras och personalen bör betona att den vårdbehövande personen är unik. Detta kan öka tillfredsställelse gällande vårdandet (9, 15, 16, 17).

Holistisk vård inkluderar att tillgodose individens behov, kulturförändring och kommunikation. Holistisk vård är möjlig när sjukskötaren uppfyller specifika behov hos personen i specifika situationer (16). PCC är en konstant process som inkluderar förändring av uppfattningen om vård. Detta kan uppnås genom att ge personen ett val, involvera denne i beslutsprocessen och stödja dennes önskan att delta i sin hälsovård på ett sätt som visar patienten respekt och autonomi. Då finns potential att öka tillfredsställelsen med vården och främja mänsklighet i mötet (9, 16, 17).

Samarbete mellan den vårdbehövande personen och sjukskötaren spelar en av huvudrollerna i vårdprocessen. Tillfredsställelse av vård och effektivitet är proportionellt beroende av gott ledar-

skap, teamarbete och lust att lära sig samt uppnådd arbetstillfredsställelse bland personalen. Sjukskötare måste lära sig konstant, utvecklas och uppdatera kunskap samt implementera PCC i sin praxis (9). Därför kan aktivt lärande vara möjligt endast om sjukskötare har en önskan om att växa både professionellt och på personlig nivå.

Implementering av PCC är ett uppdrag för hela teamet och kräver förbättring av arbetseffekti-

vit, tidsstyrning och samarbetsrelationer inom flerprofessionella team. Vårdledaruppdraget är att uppmuntra personalen att växa professionellt. Dessutom måste teammedlemmarna lära sig kommunicera, respektera, ha förtroende, utveckla samma värderingar samt ha samma mål för främjande av PCC. De bör även värdesätta varandra på ett respektfullt sätt (9, 10, 18).

Aktiv vård betyder utvärdering av PCC-implementering

för att uppnå positiva resultat av vårdarbetet. PCC kan ge sjukskötaren fördelar eftersom det kommer att öka arbetstillfredsställelsen, förbättra professionella relationer och teamarbete, erbjuda korrekt ledning och samtidigt minska arbetsrelaterad stress, men även önskan att lämna hela vårdbranschen (21).

Dessutom kommer PCC att öka patienttillfredsställelse och välbefinnande på alla nivåer. Möjligheten att öva PCC är möjlig ge-

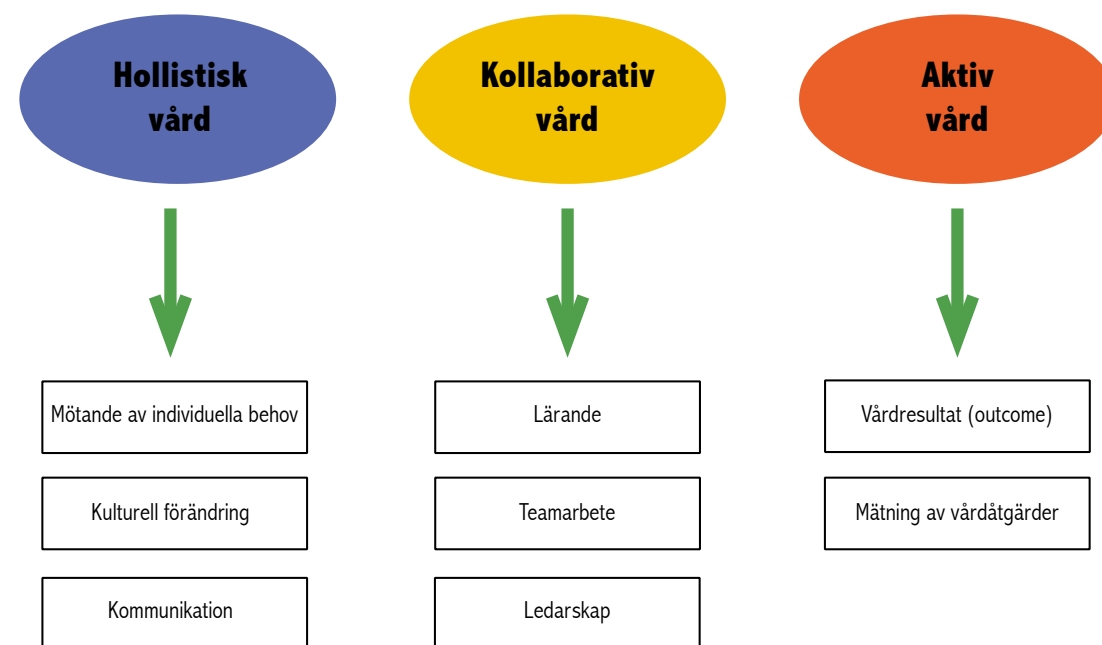


Bild 1. Modellen för att implementera PCC ger vårdhandlingen liv.

nom att mäta hur implementeringen framskrider. För det finns redan ett specifikt mätverktyg. Mätning av PCC måste utföras av alla som är involverade i vårdprocessen. Syftet är att kvantifiera kvaliteten på vården, på engagemang. Det mäter även patienters och anhörigas grad av engagemang, värderingar, önskningar etc. (4). Den aktiva utvärderingen är i själva verket ett kontinuum av de viktigaste aspekterna för vården (18).

Diskussion

Implementeringsprocessen för PCC kräver att sjukskötare ser personen holistiskt, att hen involverar personerna i vårdprocessen och uppmuntrar personen att övas på att fatta beslut om sin egen hälsa. Sjukskötaren måste överlämna information om sjukdom, symtom, behandling, vårdalternativ och alternativ. Detta gör det möjligt för personen att ta värdiga beslut om sin hälsa (12). Dessutom måste sjukskötaren ha en god kommunikationsförmåga för att kunna skapa en god relation med andra personer, baserat på sanning, respekt och värdighet. Detta är emellertid en mycket komplex process som kräver engagemang från flera professionella team på olika nivåer i organisationen.

PCC-implementeringsmodellen inom vårdarbetet handlar om vårdhandlingar och har potential att förbättra vårdkvaliteten. PCC-begreppet används mycket i idag men idén om vår-

dens ursprung finns i vårdarbete från Nightingale-tiden fram till de moderna teoretikerna inom vårdvetenskap. Enligt Eriksson är caritativ vård en naturlig process baserad på opåverkad och absolut kärlek. Den omtänksamma måste vara öppen och bjuda in personen i processen för att garantera värdighet. Den innersta kärnan i sjukvård är vårdandet: att ta hand om någon med kärlek och omsorg (20).

Enligt Swansons (21) "Theory of Care" är vård strukturerad i tre delar: attityd, handling och resultat. Den första huvudkategorin är holistisk vård, som understryker attityder till personen och informerad förståelse av vårdtillståndet. Holistisk vård betyder att genomförandet av vård kräver att sjukskötaren ser personers unika egenskaper snarare än sjukdom och symtom. Holistisk vård är att involvera personen i vårdpro-

cessen på ett sätt som gör vården humanistisk. Med andra ord är det samma idé som modern PCC. Swanson definierar även en person som en unik varelse med sina tankar, övertygelser, beteenden, fri vilja och val att besluta. Det i sin tur inkluderar att ta hand om andra människor som är involverade i patientvården. Det här visar på vikten av att implementera PCC i sjukvården.

Vårdsamarbete med patienten betyder de åtgärder sjukskötaren gör under vårdhandlingen, men inkluderar även förmågan att förstå, förklara, stödja och göra just de åtgärder den vårdade personen själv skulle göra om de var möjligt för denne (21). Samarbetet med patienten och övrig personal ökar implementeringen av PCC genom aktivt lärande. Här betonas önskan att vårda enligt patientens önskemål, effektiviteten i arbetet och ny kunskap som

hjälp till att skapa ett solitt teamarbete och bättre ledarskap. ♦

REFERENSER

1. World Health Organization. People-centered health care: A policy framework. Geneva, Switzerland World Health Organisation; 2007.
2. Millenson M. New Roles and Rules for Patient-Centered Care. *Journal of General Internal Medicine*. 2014; 29(7): 979-980.
3. Khuan L. Nurses' Opinions of Patient Involvement in Relation to Patient-centered Care During Bedside Handovers. *Asian Nursing Research*. 2017; 11(3): 216-222.
4. Sidani S. A Description of Nurse Practitioners' Self-Report Implementation of Patient-centered Care. *European Journal for Person Centered Healthcare*. 2015; 3(1): 11.
5. Westphal E C, Alkema G, Seidel R, Chernof B. How to get better care with lower costs? See the person, not the patient. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016; 64(1): 19-21.
6. Miles A, Mezzich J. Advancing the global communication of scholarship and research for personalized healthcare: The International Journal of Person Centered Medicine. *International Journal of Person Centered Medicine*. 2011;1(1): 1-5.
7. Tronto J. An ethic of care. *Ethics in community-based elder care*. 2001; 60-68.
8. Birks Y F. Emotional intelligence and patient-centred care. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2007;100(8): 368-374.
9. Wright J, McCormack B, Coffey A, McCarthy G. Developing a tool to assess person-centred continence care. *Nursing older people*. 2006; 18(6): 23-28.
10. McCance T, McCormack B, Dewing J. An Exploration of Person-Centredness in Practice (Internet) *OJIN. The Online Journal of Issues in Nursing*. 2011; 16(2).
11. Epstein R M. The values and value of patient-centred care. *Annals of family medicine*. 2011; 9(2): 100-103.
12. Santana M J, Manalili K, Jolley R J, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centered care: A conceptual framework. *Health Expectations*. 2018; 21(2): 429-440.
13. The Picker Institute. Principles of patient-centered care (Internet); 1993. Hämtad från: http://cgp.pickerinstitute.org/?page_id=1319.
14. Ross H, Tod A M, Clarke A. Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2015; 24(9-10): 1223-1233.
15. Edvardsson, D., & Innes, A. (2010). Measuring personcentered care: a critical comparative review of published tools. *The Gerontologist*. 2010; 50(6): 834-846.
16. Entwistle V A. Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-centered Care. *The American Journal of Bioethics*. 2013; 13(8): 29-39.
17. McCormack B, McCance T V. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced Nursing*. 2006; 56(5): 472-479.
18. Scholl I, Zill J M, Härter M, Dirmaier J. An integrative model of patient centeredness-a systematic review and concept analysis; 2014.
19. McCormack B, Dewing J, Breslin L, Coyne-Nevein A, Kennedy K, Manning M, Slater P. Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*. 2010; 5(2): 93-107.
20. Alligood M R. *Nursing theorists and their work* (8th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier/Mosby; 2014.
21. Swanson K M. Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1993; 25(4): 352-357.

FÖRFATTARE

Anastasia Linschi
Sjukskötarstuderande, Nursing degree program, YH Novia
Sirkku Säätelä
MPA, lektor i vård YH Novia
Rika Levy-Malmberg
HVD, lektor i vård YH Novia

Behörighetsgivande utbildning inom företagshälsovård

Ann Eriksson

För att som hälsovårdare bli behörig att arbeta inom företagshälsovård är det enligt statsrådets förordning om principen för god företagshälsovårdspraxis 708/2013 §13 ett måste att inom två år från att du fått en tjänst inom företagshälsovård gå utbildningen och bli behörig.

Det multiprofessionella teamet

Den behörighetsgivande utbildningen inom företagshälsovård på 15 studiepoäng är en utbildning för det multiprofessionella teamet bestående av läkare, hälsovårdare, psykologer och fysioterapeuter (Att verka i ett multiprofessionellt team inom företagshälsovård). Utbildningen är uppdelad i fyra moduler, varav den ena modulen är uppdelad på

två tillfällen.

De olika modulerna är utformade så att de bygger på varandra och i med det får deltagaren fördjupade kunskaper under kursens gång.

Innehållet i de olika modulerna

Modul 1 gav oss grundläggande kunskaper om företagshälsovårdens verksamhetsområden och de centrala författningar och bestämmelser som anknyter till den, utvecklingslinjer och framförallt de viktiga principerna för god företagshälsovårdspraxis. Dessutom fick vi lära oss principerna för informationsanknytning. I denna modul var det mycket att lära om lagstiftning och författningar, allt det som formar själva företagshälsovårdens arbete.

T.ex. lagen om företagshälsovård 21.12.2001/1383, arbetarskyddslagen 23.8.2002/738, statsrådets förordning om principen för god företagshälsovårdspraxis 708/2013, statsrådets förordning om hälsoundersökningar i arbete som medför särskild fara för ohälsa 1485/2001 samt hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010.

Modul 2 var indelad i två moduler. I del 1 fick lära oss om lagstiftningen gällande yrkessjukdomar och identifiera de mest centrala yrkesrelaterade åkommorna och yrkessjukdomarna. Vi började med att lära oss om arbetsplatsutredningsprocessen och började i och med det att arbeta i multiprofessionella team.

Under denna period fick vi lära oss om de centrala metoderna för att identifiera och utvärdera faror

Sakkunniga	Företagsläkare	En heltidsanställd legitimerad läkare inom företagshälsovården ska vara specialist i företagshälsovård. Som heltidsanställd anses den som i genomsnitt arbetar 20 timmar eller mer i veckan med företagshälsovård. En deltidsanställd legitimerad och behörig läkare inom företagshälsovården ska ha - slutfört utbildning i företagshälsovård som omfattar minst 15 studiepoäng - inom två år från det att han eller hon övergick till att arbeta inom företagshälsovården En deltidsanställd läkare arbetar i genomsnitt under 20 timmar i veckan med företagshälsovård.
	Företagshälsovårdare	En legitimerad och behörig hälsovårdare inom företags-hälsovården ska ha - slutfört utbildning i företagshälsovård som omfattar minst 15 studiepoäng - inom två år från det att han eller hon övergick till att arbeta inom företagshälsovården.
	Företagsfysioterapeut	En legitimerad och behörig fysioterapeut som arbetar inom företagshälsovården ska ha - slutfört utbildning i företagshälsovård som omfattar minst 15 studiepoäng - inom två år från det att han eller hon övergick till att arbeta inom företagshälsovården.
	Företagspsykolog	En legitimerad och behörig psykolog som arbetar inom företagshälsovården ska ha - slutfört utbildning i företagshälsovård som omfattar minst 15 studiepoäng - inom två år från det att han eller hon övergick till att arbeta inom företagshälsovården.
	Personer som har lämplig högskoleexamen inom arbetshygien, det sociala området, ergonomi, teknik, jordbruk, arbetsseende, kost och näring, talterapi eller idrott.	Andra sakkunniga inom företagshälsovården ska ha lämplig högskoleexamen inom området eller tidigare yrkesinriktad examen inom något motsvarande område samt - utbildning i företagshälsovård som omfattar minst 2 studiepoäng.

Yrkesutbildade personer och sakkunniga inom företagshälsovården som var behöriga att arbeta inom företagshälsovården när förordning 708/2013 trädde i kraft är trots bestämmelserna fortfarande behöriga att arbeta med nuvarande och motsvarande arbetsuppgifter inom företagshälsovården.

och risker samt belastningsfaktorer och resurser i arbetsförhållanden. Detta är en mycket viktig del av företagshälsovårdens arbete; att utvärdera arbetsförhållandenas betydelse för hälsan och arbetsförmågan utifrån de uppgifter som har kommit fram under en arbetsplatsutredning.

I del 2 var vi ut på arbetsplatsbesök för att omsätta våra kunskaper i arbetsplatsutredning och att skriva en arbetsplatsrapport som företaget har nytta av i framtida förändringsprocesser. Och i förlängning förstå arbetsplatsutredningens koppling till att upprätta en verksamhetsplan. Här lärde vi oss även att utforma en verksamhetsplan.

I **modul 3** fick vi lära oss om hälsoundersökningspraxis utifrån kunskaper om exponering och arbetsförmåga. Vi fick lära oss ändamålsenliga metoder för att upprätthålla och främja hälsan samt arbets- och funktionsförmåga baserad på arbetsplatsens behov, förebygga arbetsoförmåga och stöda återgång till arbete i enlighet med principerna för god företagshälsovårdspraxis.

Den sista modulen, **modul 4**, ökade förståelsen och kunskapen om företagshälsovårdens roll och ansvar inom företagshälsovårdssamarbete med andra aktörer inom vården (t.ex. specialistsjukvård). Här fick vi framföra våra individuella utvecklingsuppgifter och vi lärde oss bl.a. om ersättningspraxis inom företagshäl-

sovård, alkohol- och drogpolicy, datasekretess, inomhusmiljö och -klimat samt företagshälsovård i småföretag. Och till sist: diplom och tårta.

Studierna var uppdelade i när- och webbaserade distansstudier. Närstudiedagarna var mycket intressanta och lärorika, föreläsningarna hölls av branschfolk från olika verksamhetsområden med stor kunskap om företagshälsovård. Vid varje närstudietillfälle fick varje profession även tillfälle att diskutera uppkomna frågor med sin handledare.

Min utveckling

Jag hade arbetat inom företagshälsovård ca 1,5 år innan jag gick utbildningen 2018, då Arbetshälsoinstitutet för första gången, sedan de startade med den multiprofessionella behörighetsgivande utbildningen, höll den på svenska. Utbildningen var mycket lärorik och mina kunskaper inom företagshälsovård breddades och fördjupades under utbildningens gång. Det var många aha-upplevelser - var det så här det egentligen skulle gå till? Och efter varje modul kom det till någon ny detalj i hur jag fortsättningsvis utförde mina arbetsuppgifter.

Att ha arbetat inom företagshälsovård innan utbildningen var en stor fördel, dock föll många ”polletter” på plats under utbildningen och därmed förändringar i mitt sätt att arbeta. De som inte hade någon erfarenhet av före-

tagshälsovård innan utbildningen hade något mer att sätta sig in i, men de fick ju fördelen att börja arbeta på rätt sätt från början efter utbildningen.

Det som var det absolut bästa med utbildningen var att få möjlighet att arbeta i ett mångprofessionellt team, arbets/ansvarsfördelningen kring arbetsplatsutredning, rapportskrivande, uppförande av verksamhetsplan och hälsoundersökningar var nyheter för mig (som tidigare enbart haft läkare och hälsovårdare i mitt team).

Så har du som läser detta nu minsta lilla intresse av företagshälsovård och arbetshälsa så rekommenderar jag verkligen denna multiprofessionella flerformsstudie via Arbetshälsoinstitutet. Ny utbildning sker 2020 och du kan redan nu göra din intresseanmälan via www.ttl.fi/sv/utbildning-och-tjanster/. ♦

LITTERATUR

Behörighet för yrkesutbildade personer och sakkunniga inom företagshälsovården och

Social- och hälsovårdsministeriets anvisningar om kompletterande utbildning

Social- och hälsovårdsministeriet, publikation 2016:11

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79457/STM_11_2016_TTHn_ammattihenkilöiden_ja_RUOT-SI_A4.pdf.

FÖRFATTARE

Ann Eriksson
Företagshälsovårdare



**NEW MASTER'S DEGREE
PROGRAMME!**

LEADERSHIP FOR NORDIC HEALTHCARE

Are you a healthcare professional, ready to take the next step and respond to the new needs within your field? Do you see yourself as a leader open to innovation and sustainability in healthcare? If so, our brand new online programme is perfect for you!

The Master's degree programme in **Leadership for Nordic Healthcare** prepares you to innovate within your own field of healthcare, motivate collaboration and take on leadership roles in your organisation. You conduct your studies entirely online, which makes it possible for you to study alongside work and actively take part regardless of location.

Find out more at arcada.fi!

"23-åriga sjukskötarestuderanden Janina Viitasaari är årets Queen Silvia Nursing Award-stipendiat i Finland. Hon kallar sin idé "Interaktiv minnesljudbok för äldre."

Janina Viitasaari tilldelas Queen Silvia Nursing Award i Finland 2019

Viitasaaris idé för en minnesljudbok uppkom då hon under en praktikperiod arbetade med personer med intellektuell funktionsvariation. Efter att ha bekantat sig med ljudboken under sin praktik, tänkte Viitasaari att samma koncept kan fungera inom äldreomsorgen, speciellt för personer med minnessjukdom.

Janina Viitasaari var en av de fem finalister som presenterade sin idé för en jury, bestående av de finska samarbetsparternas representanter. Motiveringen till valet av Janina Viitasaari är följande:

"Janina Viitasaaris idé 'Interaktiv minnesljudbok för äldre' är ett koncept som är tillräckligt färdigt för att förverkligas. Minnesljudboken kan bidra till att inge personer med minnessjukdom en känsla av trygghet, och därmed förbättra vardagen för dem. En interaktiv minnesljudbok kan också vara ett sätt att öka och förbättra kommunikationen och samarbetet mellan anhöriga och vårdare, samt mellan äldre och vårdare. Janina Viitasaaris koncept är ett gott exempel på hur man med små förändringar kan anpassa existerande verktyg till att användas av och för äldre."

Idén går ut på en teknisk apparat som påminner om en telefon, med mikrofon, högtalare och knappar som spelar upp det inspelade materialet.

– Jag tycker det vore fint om man fick de anhöriga att banda in meddelanden för de äldre, med hälsningar som: "Hej mamma, kom ihåg att du är viktig och älskad. Vi kommer och hälsar på om en vecka".

Janina Viitasaari studerar tredje året till sjuksköterska på Metropolia i Helsingfors. Ursprungligen är hon från Parkano. Akut- och intensivvård intresserar henne speciellt mycket.

Om stipendiet

Priset delas varje år ut till en sjukskötarestuderande som har en idé med hjälp av vilken det går att förbättra vård och omsorg av äldre. Idétävlingen ordnas av organisationen Swedish Care International.

Stipendiet erbjuds i dag förutom i Finland även i Sverige, Polen och Tyskland. I Finland har stipendiet funnits sedan 2014. ♦

FÖR MER INFORMATION KONTAKTA:

Corinne Åsbacka
Projektkoordinator Qsna
corinne.asbacka@folkhalsan.fi



Janina Viitasaari, vinnare av QSNA 2019.

Sjuksköterskeföreningen, ordförandeval 28.3.2020

Valet av ordförande för Sjuksköterskeföreningen i Finland förrättas vart tredje år. I år är det igen dags för val under föreningens fullmäktige / föreningsmöte 2020.

Den enda uppställda kandidaten är sittande ordförande Annika von Schantz som är redo att ställa upp för en tredje period som ordförande.

Annikas motto har under de två perioderna som gått varit: kollegialitet, gemenskap och värnande om rätten till vård på sitt modersmål, vikten av att föreningen samarbetar både nationellt och internationellt. Hon lyfter även fram föreningens långa anor. Föreningen bär på ett unikt historiskt material, vilket ska vårdas men även föras ut till medlemmar och andra intresserade. Under Annikas ordförandeperiod har styrelsen tagit beslutet om att inleda arbetet med föreningens historik. Historiken ges ut 2023 då SFF fyller 125 år.

Även andra medlemmar har möjlighet att ställa upp i ordförandeval.

Barnhälsovården i de nordiska länderna

Amanda Söderström Felicia Helenius Sofia Bärling
Anne Nummela Christine Alm

Norden, som består av länderna Island, Norge, Danmark, Sverige och Finland, har en gemensam historia och långt liknande kultur. Till många sätt liknar länderna varandra och man kanske skulle tycka att skillnaderna inom hälso- och sjukvården inte skulle vara så stor mellan länder. Dock är sanningen den att det finns rätt så stora skillnader mellan ländernas hälsovårdssystem. I denna artikel får man läsa om skillnaderna, likheterna och utmaningarna inom barnhälsovården i de nordiska länderna. Artikeln är skriven som en form av examination av hälsovårdarstuderande vid Yrkeshögskolan Novia i Åbo, utexaminerade den 14 juni 2019.

Finland

Barnhälsovården i Finland sköts på barnrådgivningar av hälsovårdare och läkare som är anställda av kommunen. Barnrådgivningens mål är att undersöka barnets utveckling och mående likväl också familjens mående och resurser. Hälsogranskningarna på rådgivningen utgår från åldersgruppen och individens tillväxt, utveckling och mående genom intervjuer, kliniska undersök-

ningar, vaccination och vid behov även andra åtgärder. Individualitet och att utgå från patienten är rådgivningens grundprincip. Startpunkten är alltid barnets ålder samt familjens levnadssituation. Hälsogranskningarna strävar efter att observera barnets och familjens förutsättningar till ett tryggt liv, samt barnets och föräldrarnas förmåga att uppnå detta (1). För att säkerställa en tillfö-

litlig kontinuitet i alla besök är det viktigt att följa de nationella rekommendationerna för besöken. Genom användning av pålitliga och standardiserade processer kan man säkerställa att undersökningarna följer ett mönster som går att jämföras (1). Barnrådgivningens undersökningar baserar sig på bedömning av den fysiska och neurologiska hälsan likväl som psykosociala faktorer, säkerhet, relationer och

den mentala hälsan. Under hälso- granskningarna undersöker man också barnets hälsovanor. Hälso- vårdaren strävar till att uppmuntra föräldrarna samt att ge omfattande information om vad barnet behöver för att må bra (1). På barnrådgivningen, när barnet är under ett år, görs åtminstone nio hälso- granskningar varav två stycken är läkarbesök och ett är ett omfattande besök (4 mån). Efter att barnet fyllt ett år återstår åtminstone sex stycken hälso- granskningar på rådgivningen innan barnet flyttas över till skolhälsovården. Av dessa är två stycken omfattande besök (18 mån och 4 år). Nedan två tabeller på hälso- granskningarna på rådgivningen, en innan barnet fyllt ett år och en efter att barnet fyllt ett år (1).

Sverige

Barnhälsovården i Sverige strävar efter att främja barnets hälsa och utveckling och förebygga och

upptäcka hälso- problem. Genom hälso- övervakning, hälso- vägledning, vaccination och föräldrastöd jobbar man sig fram till dessa mål och försöker minska sociala skillnaderna i hälsa bland barn. Det är endast barn under skolåldern som hör till barnhälsovården (2). Det föds omkring 115 000 barn per år i Sverige. Bland förskolebarnen uppskattas det att barnhälsovården når så gott som 100 % av barnen (2). Fram till 2008 följde barnhälsovården Socialstyrelsens allmänna råd om "hälsoundersökningar inom barnhälsovården", men de upphävdes 2008 då de ansågs ha blivit föråldrade. Efter det fanns inga offentliga dokument som reglerat barnhälsovårdens verksamhet (2). År 2014 kom det ett nationellt basprogram, som barnhälsovårdens innehåll och arbetsmetoder bygger på, som sedan kan anpassas enligt individuellt behov (3).

Det faktum att det inte fanns offentliga regleringar ledde till att det fanns stora skillnader i barnhälsovården som erbjöds på olika ställen i landet. Detta trots att det finns lagar och konventioner som skall garantera jämlik och jämställd hälso- och sjukvård. För att kunna erbjuda jämlik barnhälsovård krävs ett nationellt kvalitetsregister (2). Sedan 1980-talet är barnhälsovården en del av primärvården. Vården sköts av sjukskötare och läkare som är anställda av landstinget. Det är landstinget som ansvarar för utförandet men det är socialstyrelsen som anger målen. Sjuksköterskan sköter hälso- övervakning genom regelbundna besök, hembesök och vaccinationer. Det är den personen som familjen har mest kontakt med under barnets första levnadsår. Läkaren utför undersökningar vid 6–12 veckor, 6, 12, 18 månader, 5,5–6 års ålder (4).

	1–4 dygn	4–6 dygn	2 mån	3 mån	4 mån	5 mån	6 mån	8 mån	10 mån	12 mån
Hälsovårdare	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Läkare		X			X			X		

	18 mån	2 år	3 år	4 år	5 år	6 år
Hälsovårdare	X	X	X	X	X	X
Läkare	X			X		

Tabeller på hälso- granskningarna på rådgivningen. Den övre innan barnet fyllt ett år och den nedre efter att barnet fyllt ett år (1).

Danmark

I Danmark har man som mål att bedriva ett individcentrerat hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Man strävar efter att så tidigt som möjligt upptäcka fysiska, psykiska och sociala problem. Man fäster speciell uppmärksamhet vid barn med olika special behov (4).

Kommuner i Danmark är skyldiga att utgöra samarbetsgrupper för olika yrkeskategorier. För att underlätta kommunikation har varje barn en "barnets bok". I denna bok gör både föräldrar och olika yrkesgrupper anteckningar. I Danmark är det Sundhetsstyrelsen som utfärdar föreskrifter och rekommendationer för hälsovården. Primärkommunerna ansvarar för barn- och skolhälsovård. Hälsohälsköterskor är anställda av kommunerna och ansvarar för hälsovården för barn och skolbarn (4).

I Danmark finns ett så kallat familjeläkarssystem. Man har möjligheten att välja en egen allmänt praktiserande läkare. Läkaren är egenföretagare och har ett avtal med sjukförsäkringen. Denna läkare gör läkarkontroller inom barnhälsovården, läkarkontroller på barn upp till 5 år. Sammanlagt gör läkaren sju undersökningar under tiden då barnet är fem veckor, fem månader, 12 månader samt vid två, tre, fyra och fem år (4).

På rådgivningen i Danmark gör hälsohälsköterskan flera hem-

besök hos barn som är under ett år. Det första hembesöket rekommenderas göras inom en vecka efter att familjen kommit hem från sjukhuset efter förlossningen. Det finns inga fastslagna tider när man träffar barnen, utan träffarna styrs utgående från det individuella behovet. Om det finns behov inkallar man läkare eller socialtjänsten. Då barnet fyller ett år avslutas vanligen den regelbundna kontakten med hälsohälsköterskan. Det finns ett gott samarbete med förskolor och dagmammor (4).

Norge

Sedan 1970-talet har den norska barnhälsovården ingått i den kommunala hälsotjänsten. Verksamheten är i kommunernas hälsostationer, och även hälsosystemerna i Norge är anställda av kommunen. År 2000 började man i Norge med ett fastläkarssystem, vilket innebär att man går hos en privatpraktiserande allmänläkare. Läkarna har avtal med kommunen (4).

Det förebyggande arbetet i Norge omfattar barn och unga mellan 0–20 år. Målet är att främja god hälsa bland barn och unga. De senaste åren har man fokuserat mycket på psykosociala- och samhällsanknutna problem. Man rekommenderar nätverksskapande aktiviteter i form av grupper. Varje kommun bör enligt kommunallagen göra upp en plan hur det hälsofrämjande arbetet i kom-

munen skall utföras. Utöver det bör kommunen se till att det finns ett gott mångprofessionellt samarbete, till exempel mellan läkare och hälsosyster, daghem, skola och socialtjänst (4).

I Norge har man utarbetat ett nationellt basprogram för barnhälsovården. Detta program liknar det svenska. Även kontrollerna som hälsosystemen utför liknar Sveriges. Dock förekommer det inte lika många bestämda tider för mätning och vägning under de första månaderna hos nyfödda. Hälsosystemen avgör när hon träffar barnen och familjerna. Hon avgör även om träffarna sker individuellt eller genom olika gruppträffar. I Norge rekommenderar man gärna gruppträffar. Läkarkontroll utförs i 6 veckors, 6 månaders, 1 års och 2 års ålder (4).

Island

Hälsovårdssystemet i Island baserar sig på en kommunal hälsovård och på Island finner man ingen privat hälsovård. Alla invånare på Island har rätt till den kommunala hälsovården (förutsatt att du bott i landet över sex månader) och hälsovården finansieras genom skatter (5). Island är indelat i sju olika hälsovårdsdistrikt som varje distrikt har en egen hälsovårdsstation. Invånarna registrerar sig till den hälsostation som ligger närmast (5).

Genom den statliga hälsovården har invånarna rätt till vård på sjukhus, receptbelagda mediciner,

akut vård, tandvård, mödrarådgivning etc. Till den kommunala hälsovården hör även sjukskrivningar ifall en invånare insjuknat och inte kan arbeta. Vid vården av allvarliga sjukdomar ersätter staten upp till 75 % av kostnaderna för medicinerna (5).

Även Island följer det nordiska välfärdssystemet och satsar långt på förebyggande hälsovård. Mödrarådgivningen är välutvecklad och man säkerställer amning och tidig, god interaktion genom täta hembesök efter förlossningen. Därefter uppföljs barnens hälsa på någon av hälsostationerna. Barn under 18 år är försäkrade genom sina föräldrar. Uppföljningen av barnets utveckling görs kontinuerligt (6). Island strävar efter lättillgänglig och jämlik vård för alla invånare, vilket man kan se genom att Island har den lägsta mortaliteten hos nyfödda samt den högsta levnadsåldern i världen (7).

Vaccin

Alla de nordiska länderna erbjuder vacciner till barn och har egna anvisningar angående vilka vacciner som skall ges och hur vaccinationen skall utföras.

I Finland är det THL som ansvarar för vacciner och hur det skall utföras, Finska läkemedelsverket ansvarar för godkännandet av vacciner och biverkningsrapportering. Det är kommunerna som ansvarar för att vaccinerna ges enligt barnvaccinationspro-

grammet och vaccinen är avgiftsfria. I Finland är det hälsovårdare och till en viss del sjukskötare som ger vaccin (8).

I Sverige är det Folkhälsomyndigheten som styr det svenska barnvaccinationsprogrammet. Barn erbjuds vaccin från vaccinationsprogrammet och övriga invånare erbjuds fyllnad till sina vaccinationsprogram beroende på olika grupper, exempelvis ålder, sjukdom eller övrig större risk att insjukna (8).

I Danmark är det regeringen som bestämmer vilka vaccinationer som skall ingå i programmet och Sundhetsstyrelsen gör föreskrifter om hur vaccinationerna skall utföras. Det är fem regioner som ansvarar för barnvaccinationerna och vaccinen är avgiftsfria, Statens Serum Institut i Danmark står för kostnaderna upp till 18 års ålder. I Danmark ges vaccin endast av läkare (8).

I Norge ansvarar Helseledningsverket för frågor som har med folkhälsan att göra, alltså även vacciner. Det är regeringen som bestämmer vilka vaccinationer som skall ingå i programmet och det är även de som står för endera hela eller dela av kostnaden. Folkhelseinstituttet bestämmer hur vaccinen skall ges och de upphandlar vaccinen. Kommunerna står sedan för vaccinationsverksamheten och registrerar barnvaccinationerna i det norska vaccinationsregistret (SYSVAK) (8).

På Island finns under hälsomi-

nisteriet finns en rådgivande Nationell kommitté för smittsamma sjukdomar. Statsepidemiologen har ansvar för sjukdomsövervakning, utbrottshantering och organisation av vaccinationer. Barnvaccinationerna är avgiftsfria (8).

Diskussion

I alla de nordiska länderna fokuserar man mycket på den förebyggande barnhälsovården. Man strävar efter att i ett så tidigt skede som möjligt upptäcka eventuella problem. Fokus ligger på att främja barnets hälsa och utveckling. Man strävar efter att barnet skall ha ett tryggt liv och beaktar även familjen och samhället.

I alla nämnda länder följs barnens hälsa och utveckling kontinuerligt upp. Enligt litteratur som använts i denna artikel skulle Finland vara det land som mest följer ett visst schema med rekommendationer. I de övriga länderna handlar det mer om bedömning enligt det individuella behovet trots att det finns vissa riktlinjer. Även i Finland kan det finnas behov utöver de schemalagda besöken. I Danmark avslutas den kontinuerliga kontakten ofta redan efter barnets första levnadsår. I Norge görs hälsovårdsbesöken ofta i grupp. Ett mångprofessionellt samarbete tycks vara viktigt i alla de nordiska länderna, men nämns speciellt då det gäller Norge och Danmark.

I de nordiska länderna finns det variation i av vem hälsovår-

daren och läkaren är anställd av. Hälsovårdaren och läkaren i Finland är anställd av kommunen. I Sverige anställs de av landstinget. I Danmark är den allmänt praktiserande familjeläkaren egenföretagare medan hälsosköterskan är anställd av kommunen. Det är liknande i Norge, där hälsosystemen är anställd av kommunen, medan en privatpraktiserande allmänläkare har avtal med kommunen. I Island sköts hälsovården inte överhuvudtaget inom den privata sektorn, utan av kommunen.

Det har även framkommit att de nordiska länderna samarbetar med varandra. Ett av världens mest omfattande regionala samarbeten är "Det nordiska samarbetet" som omfattar Danmark, Finland, Island, Norge, Sverige, Färöarna, Grönland samt Åland. Denna gemenskap arbetar för att Norden skall vara starkt i ett starkt Europa. Genom ett projekt har en nordisk modell för hälsofrämjande diskussioner utarbetats: Nordiska Livsstilsverkstan – En modell för intersektoriell samverkan mellan föräldrar, förskola, hälsoväsende och forskare. I denna modell är barnet i centrum och bygger på ett hälsofrämjande synsätt. I modellen framkommer även arbetsmaterial med olika frågeställningar som är vanliga hos barnfamiljer (9).

De skillnader som finns mellan ländernas vaccinationsprogram är till största del skillnader i tidsscheman och vilka sorters

vaccin som används. Man vaccinerar mot i stort sett samma sjukdomar i alla de olika länderna, dock utvecklas hela tiden vaccinationsprogrammen i de olika länderna så det kan även därför finnas skillnader.

Den största gemensamma utmaningen i alla nordiska länder är att social ojämlikhet ökar (9). Arbetslöshet, nya familjesammansättningar, många ensamstående föräldrar, psykisk ohälsa och vaccinmotstånd är utmaningar som alla de nordiska länderna kommer att möta i framtiden. ♦

REFERENSER

1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. LASTENNEUVOLAKÄSIKIRJA (Internet); 2018. Hämtat från: thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/maaraaikaistarkastukset.
2. Magnusson M, Lindfors A, Tell J. Stora skillnader i svensk barnhälsovård (Internet). Läkartidningen; 2011. Hämtat från: www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleid=16845.
3. Reute A. Rikshandboken Barnhälsovård (Internet); 2018. Hämtat från: www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/barnhalsovardens-nationella-program/.
4. Håkansson A, Flärd H, Bentzen I, Linder K, Bentzen N, Håkansson A. Likheter och olikheter i skandinavisk barnhälsovård (Internet). Läkartidningen; 2006: 2385-2389.
5. InterNations. (u.d.). Healthcare, Education and Safety in Iceland (Internet). Hämtat från: www.internations.org/iceland-expats/guide/living-in-iceland-15712/healthcare-education-and-safety-in-iceland-3.
6. Alþingi. Lög um sjúkratryggingar (Internet) (hämtat 3.5.2019). Hämtat från: www.althingi.is/lagas/nuna/2008112.html.

www.althingi.is/lagas/nuna/2008112.html.

7. Gunnarsdóttir A L. Overview of the Icelandic Health Care System (Internet). Hämtat från: www.sabin.org/sites/sabin.org/files/documents/healthoverviewiceland.pdf.
8. Smittskyddsinstitutet. Vaccinuppföljning i andra länder (Internet); 2013. Hämtat från: www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/publicerat-material/publikationer/vaccinuppfoljning/vaccinuppfoljning-bilaga-8.pdf.
9. Ringsberg K. Nordiska Livsstilsverkstan. En modell för intersektoriell samverkan mellan föräldrar, förskola, hälsoväsende och forskare. Slutrapport. Köbenhavn: Nordisk ministerråd; 2013.

FÖRFATTARE

Amanda Söderström
Hälsovårdare 14.06. 2019, YH
Novia/Åbo

Felicia Helenius
Hälsovårdare 14.06. 2019, YH
Novia/Åbo

Sofia Bärling
Hälsovårdare 14.06. 2019, YH
Novia/Åbo

Anne Nummela
Lektor, YH Novia/Åbo

Christine Alm
Lektor, YH Novia/Åbo

Sjukskötaren – en resurs för hälsovården igår, idag och för framtiden

I samband med Florence Nightingales 200 års födelsedag och WHO's "Year of the Nurse and Midwife" så bjuder vi in till konferens den **12.5.2020** till Academill ÅA. Seminariet är ett samarbete mellan Åbo Akademi, VAMK, Yrkeshögskolan Novia, Vasa Centralsjukhus, Sällskapet för Vårdvetenskaplig Forskning r.f. och Sjuksköterskeföreningen i Vasa. Tillfället är tvåspråkigt.

Temat för konferensen är: *Sjukskötaren – en resurs för hälsovården igår, idag och för framtiden*. Under dagen kommer vi bl.a. att få ta del av både svenska och finska och engelska föreläsningar samt storytelling där vi får träffa självaste Florence. De olika föreläsningarna tangerar ämnen som behandlar bl.a. aktuell forskning om avancerad vård i hemmet i jämförelse med Notes of Nursing, Sjukskötare som ledare och deras ansvar för patientsäkerheten samt som utvecklare av vårdyrket, Valfärdsteknologiska lösningar samt sjukskötarens rätt att skriva ut mediciner, etc. Det kommer även att ordnas en dräktkavalkad.

Under dagen har man även möjlighet att bekanta sig med diverse teknologiska lösningar samt posterpresentationer mm.

Konferensen är **GRATIS** och riktar sig till vårdstuderande, vårdare, vårdlärare och övriga intresserade!

VARMT VÄLKOMNA!

Anmälan görs på:

<http://blogs2.abo.fi/florence>

Mer info fås av:

Camilla Mattjus camilla.mattjus@abo.fi

Pia Nygårdas pia.nygardas@abo.fi



ECPC-seminarium och årsmöte 7-9.6.2019 Bryssel

Eva-Maria Strömsholm



**Bli vårdexpert, ledare
eller vårdlärare.**

Vill du ha en akademisk magisterexamen i hälsovetenskaper?

Studierna ger en fördjupad kompetens baserad på akademiska studier i **huvudämnet vårdvetenskap** och i valda profileringsområden, d.v.s. **ledarskap i vård och omsorg, hälsovetenskapernas didaktik (vårdlärare), hälsokunskap, välfärdsteknologi och klinisk vårdvetenskap** som har två inriktningar: **gerontologisk vård samt avancerad klinisk vård**. Inriktningen hälsokunskap (+ pedagogiska studier) ger ämneslärarbehörighet för ämnet hälsokunskap i den grundläggande utbildningen och/eller gymnasiet. Annat biämne kan även studeras inom Åbo Akademi, ett annat universitet eller utomlands.

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

Ansökningstid/www.studieinfo.fi:

Antagning för avläggande av både kandidat- och magisterexamen **18.3-1.4.2020**

Antagning för avläggande av enbart magisterexamen **18.3-1.4.2020**

Åbo Akademi's gemensamma urvalsprov (kandidatexamen): 1 juni 2020. Språkprov i svenska för finskspråkiga: 14 april 2020. Information: studierådgivare Britt-Marie Storbacka, britt-marie.storbacka@abo.fi, tel. +358 (0)46 921 6120

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

abo.fi



Jag fick möjligheten att delta i ECPC:s (European Cancer Patient Coalition) seminarium och årsmöte som representant från Cancerpatienterna i Finland rf.

Det var första gången som jag deltog och, som alltid, när man deltar första gången lär man sig mycket nytt och intressant som man kan ta hem till Finland och utveckla.

Ovanliga cancerformer

Den första dagen fick jag sitta med i en arbetsgrupp som behandlade frågor som rörde ovanliga cancerformer. För mig var det av stort intresse, både på det personliga planet och även som sjukskötare, att få medverka i just denna arbetsgrupp.

Vi fick bra information om vad som räknas till ovanliga cancerformer och vad det innebär för patienten att ha en ovanlig cancerform. Ovanliga cancerformer hör både till sjukdomen cancer men även till ovanliga sjukdomar.

Även om det är ovanligt att ha en sällan förekommande cancerform så är det ändå hela 24 % av alla cancerformer. Problemet eller den stora utmaningen är att man ofta talar mer om ovanliga sjukdomar men glömmer bort att det även inom cancersjukdomar finns ovanliga cancerformer.

I arbetsgruppen framkom det att ovanliga cancerformer har ökat och ökar hela tiden och det behövs ett omfattande och bra cancerregister för detta. Dessutom är det viktigt att alla patienter som har någon form av ovanlig

cancerform får möjlighet till rätt vård och rätt medicin.

På grund av att ovanlig cancer är sällsynt finns det inte heller många undersökningar eller forskningar om dessa cancerformer vilket leder till att möjlighet att få nya mediciner inte är lika lätt som för ”vanliga” cancerformer. Det finns inte ens alltid tillräckligt med patienter som kan ingå i någon studie. Från patientens synvinkel är det därför viktigt att ett mångprofessionellt team vårdar patienten från början till slut.

Dessutom lyftes det upp att det i varje land bör finnas ett bra och omfattande kliniskt register och biobanker för dessa cancerformer. Det diskuterades även att det behövs mycket data och bra information och kunskap. I och med att ovanliga cancerformer är sällan förekommande behövs det även ett europeiskt nätverk och möjligheten till ”en andra åsikt” för patienterna. Varje land som sköter en patient som har en ovanlig cancerform borde fundera hur de får det ordnat så att detta gynnar patienten och vården av patienten.

I talturerna framkom det även att det för läkare behövs mer träning och praktik samt mer information hur man ska vårda en patient med en ovanlig cancerform. Dessutom är det viktigt att ta med patientens synvinkel på sin sjukdom, det vill säga involvera patienten i beslut som innefattar patientens vård och medicinering.

I min taltur tog jag fram samarbete i de nordiska länderna. I och med att vi i de nordiska länderna har mindre antal invånare borde vi kunna ha ett starkare samarbete i cancervården, det vill säga jobba mera utanför gränserna och ta emot hjälp och råd av varandra. Att utveckla ett nordiskt cancersamarbete bör ligga på hög nivå och satsas mera på.

Rätt diagnos

Ett annat problem när det gäller ovanliga cancerformer är att det ofta tar för länge för patienten att få sin rätta diagnos. Detta på grund av den sällsynta canceren. Det talades även om ”specialized care”, det vill säga patientens möjlighet och rätt att få vård på ett sjukhus eller klinik med erfarna läkare och det bästa kunskande för denna form av cancer. Det behövs med andra ord gränsöverskridande vård, det ska finnas möjlighet för patienten att bli opererad i ett land och sedan kunna få vård i ett annat land. Som exempel: i Österrike finns en läkare som är insatt i hur man opererar en viss form av ovanlig cancer medan det i Frankrike finns den bästa vården och medicinen för just denna ovanliga cancerform.

Återgång till arbetet

Följande dag fick vi lyssna till många olika intressanta föreläsare och talare. Det talades om hur man som cancerpatient kan komma tillbaka till livet och arbetsli-

vet trots cancer. För en patient är det inte alltid lätt att återgå till arbete, många gånger tror omgivningen att när personen återgår till arbete så är personen ”frisk” eller såpass återställd att man kan jobba på som tidigare. Så är inte alltid fallet. Patienten har ofta stora problem att återgå till arbetet på grund av många olika biverkningar, skador som kvarstår, långtidsbieffekter efter behandlingar med mera. Många gånger är det mest jobbigt för patienten att hålla i många trådar, komma ihåg saker osv, dvs kognitiva förmågor.

Nutrition

I en föreläsning framkom det att endast 50 % av läkarna tar vikten på patienten i något skede under cancerbehandlingarna. Man kan fråga sig varför hälften av läkarna inte gör det? Är det så att vårdaren tar vikten? Cancerpatienter har ofta problem med att kunna äta, tex på grund av illamående eller problem med sväljande pga. strålning mot halsregionen. Det framkom även att hela 20 % av patienterna dör på grund av för litet intag av näring/mat.

Som slutsats av detta kunde man fundera på att det är viktigt att läkare och vårdare inom cancervården funderar ännu mera på patienten som helhet, måendet och vikten av att speciellt lägga fokus på näringsintag samt att patienten får under sina behandlingar i sig tillräckligt med näring, observera om patienten kan

äta och om patienten är illamående mm och ta tag i dessa frågor redan innan behandlingen börjar. Viktigt är förstås också uppföljning och att möjligtvis skriva remiss till näringsterapeut i ett så tidigt skede som möjligt.

De närstående

Vi fick även lyssna till många bra talturer som handlade om att man även bör komma ihåg de personer som finns i cancerpatientens närhet, dvs de närstående som vårdar och tar hand om cancerpatienten. I Europa finns det väldigt många närstående som lämnar sina jobb för att sköta sina nära och kära, nästan en miljon människor. Av dessa är största delen kvinnor. Det är inte lätt att vara den personen som ska sköta sin närstående som har cancer och det framkom att en så stor del som 45 % lider av depression eller depressionsliknande tillstånd eller symtom. Frågan lyder, får dessa närståendevårdare något stöd? Får de tillräckligt med stöd, både fysiskt stöd, mentalt stöd och även ekonomiskt stöd?

Time counts (tiden har betydelse) - man bör i tid hjälpa dessa närståendevårdare.

Under den sista dagen fick vi hör föreläsare som berättade om digital hälsa och s.k. personaliserad medicin.

Avslutningsvis

Sist och slutligen kan man säga att seminariet och årsmötet var fullt av information och kunskap,



ECPC seminarium 2019.

både nytt och gammalt. Det bästa under hela seminariet var ändå att vi fick tillräckligt med tid att skapa kontakter, lära känna varandra och diskutera med andra deltagare från olika länder i Europa, fråga hur de gör och få nya tankar och idéer att ta med sig hem. Detta är en av de viktigaste sakerna under ett seminarium. Finland är ändå ett relativt litet land, en del av stora Europa.

Mera samarbete mellan EU-länderna skulle inte enbart gagna cancerpatienterna utan även läkare, närstående och andra inom vården, för att inte tala om forskare inom cancerområdet.

Detta samarbete skulle innebära att patienten får en bättre möjlighet till den bästa vården, de bästa läkarna och de bästa kirurgen. Med andra ord, patienten och patientens välmående bör vara i fokus och patienten delaktig i sin egen vård. ♦

FÖRFATTARE

Eva-Maria Strömsholm
Sjukskötare, cancersjukskötare,
cancerpatient, klasslärare och
studerat utvecklingspsykologi

Utlandspraktik i Freiburg, Tyskland

Anna Råholm

Sensommaren 2019 utförde jag en sex veckors utlandspraktik på Universitetssjukhuset i Freiburg, Tyskland. Redan då jag började mina studier till sjukskötare visste jag att jag ville ta chansen att åka på utbyte och via Erasmus-programmet fann jag en skola i Freiburg som kunde erbjuda mig både praktikplats och studieplats. Jag åkte iväg på mitt utbyte, första terminen av mitt andra studieår till sjukskötare.

Jag började mitt utbyte med praktik på sjukhuset och fortsatte sedan med att studera en termin på Katolska högskolan i Freiburg. Min utbytestid i Tyskland blev allt som allt cirka fem månader lång. Eftersom jag inte studerat tyska tidigare var engelska det språk som jag kommunicerade på under hela min utbytestid. Även de kurser jag valde att läsa i skolan hölls på engelska.

Universitätsklinikum Freiburg

Min praktik i Tyskland var intressant och lärorik men annorlunda. Under halva min praktiktid gjorde jag tillsammans med en av mina handledare ett forskningsarbete som handlade om ”Buller och oljud på intensivavdelningar”. Jag hade inte förväntat mig att göra en research under min praktiktid, men det var slutligen väldigt lärorikt. Resten av praktiktiden var jag på olika avdelningar. Dock bytte jag avdelning nästan varje dag och tack vare det hade jag möjligheten att se mycket, men upplevde också att det var en aning rörigt.

Universitetssjukhuset i Freiburg är ett stort sjukhus med ca 12 000 arbetstagare, varav ca 3000 anställda sjukskötare och ca 1360 anställda läkare. Jag blev väl mottagen av alla handledare och kollegor på sjukhuset och att kom-

municera på engelska fungerade fint. De gånger då patienterna inte pratade engelska använde vi kroppsspråk och det fåtal tyska ord och meningar jag lärt mig. De flesta patienter var nyfikna då de hörde att jag var finlandssvensk.

Eftersom sjukhuset var ett universitetssjukhus var vi ofta ett flertal studerande på varje avdelning. Utbildningen till sjukskötare i Tyskland är uppbyggt på ett annat sätt än i Finland och de tyska studerande har betydligt mer praktiktid än vad vi i Finland har.

Jag hann under mina veckor på sjukhuset bland annat praktisera på intensivavdelningen, BB, psykiatriska enheten, neurocentrum, inremedicinska avdelningen och i hemsjukvården. Arbetstempot på avdelningarna varierade en aning och tyvärr pratades det ofta om personalbrist på flera av avdelningar. Jag uppfattade ändå att handledarna tog sig an alla stude-

rande och gav sig tid att visa och lära oss. Jag trivdes väldigt bra i jobbet som sjukskötare ute på avdelningarna och mitt intresse för yrket växte ännu större.

Margarete Ruckmich Haus

Under hela min tid i Tyskland bodde jag på skolans internat med ca 75 andra studerande. Jag bodde på tredje våningen i Margarete Ruckmich Haus och delade kök och badrum med ca 10 andra studerande. Eget sovrum hade alla studerande.

Internatet låg ca 2,5 km från

centrum och med spårvagn eller cykel tog man sig snabbt fram. Jag trivdes väldigt bra på internatet, i skolan och i Freiburg och har lärt känna många nya människor, både tyskar och andra utbytesstuderande från olika delar av världen. Freiburg är en otroligt fin studiestad, lagom stor med ca 220 000 invånare och ligger nära Black Forest och naturen. Jag har verkligen trivts i Tyskland och har fått vänlig hjälp då jag har behövt, från både praktikplatsen och skolan.

Jag är otroligt tacksam för det

beviljade stipendiet från Sjuksköterskeföreningen i Finland och jag vill starkt rekommendera alla som har intresse och möjlighet att göra en utbytespraktik att ta chansen. Det har varit otroligt lärorikt och roligt att tillfälligt bo i ett annat land, lära känna nya människor med andra kulturer och att se nya vyer. ♦

FÖRFATTARE

Anna Råholm
Sjukskötarstuderande, YH Novia, Vasa



Min största bragd

Ulla-Britt Becker

Berättelsen är ursprungligen riktad till Kirurgiska sjukhusets 100-årsjubileum, 6.11.1988.

I början av juni 1966 vakade jag och hjälpskötare Saara på avd. 8. Parken utanför stod i sin bästa sommarskrud och solen stod redan högt på himlen. Natten hade varit lugn, och Saara och jag höll på med morgonsysslorna.

Vid 7-tiden kom en patient från stora salen springande och sa: det föll en patient på golvet. Mycket riktigt, i andra ändan av salen, nära sköljrummet låg en fru med näsan rakt mot golvet. Vi sprang dit och svängde patienten som var livlös och hade mörkblå färg i ansiktet. Nu var goda råd dyra och nu gällde det att handla snabbt. Nu fick vi användning för mun-mot-mun-metoden, som vi bara några veckor tidigare lärt oss på uppvakningsavdelningen av narkosläkare Eklund. Saara sprang och hämtade syrebom-

ben, medan jag blåste och gav hjärtmassage. Alla patienter satt i sina sängar och följde med vad som försiggick. Efter en stund gav återupplivningen resultat! Patienten som var "isä" Ignatius privatpatient, i 42 års ålder och opererad för åderbräck hade fått lungemboli som komplikation. När andningen kommit igång och patienten vaknade ringde vi efter första juren, som konstaterade att det var fråga om ett epileptiskt anfall. Vi var emellertid av annan åsikt och ringde efter andra juren Ignatius. Då blev det fart på behandlingen. Det ordinerades dropp, heparin, cortison mm. Patientens tillstånd förbättrades hela tiden och hon var omedveten om vad som inträffat.

Följande kväll när vi kom för att vaka fick vi veta att det varit

ett väldigt ståhej kring händelsen. Narkosläkaren Eklund hade hämtat kaffe till avdelningen för att den skött sig bra. Ignatius hade hämtat blommor. Senare blev det presentation för prof. Inberg på professorsronden. Det kändes verkligen skönt att ha uträttat något, ja till och med att ha räddat ett människoliv.

Det finns många fina minnen från tiden på Kirurgen, men ovanrelaterade berättelse har stannat bäst i minnet. Tiden på Kirurgen var en stimulerande och lärorik period i mitt liv. Ännu idag kan jag säga att Kirurgen varit min bästa arbetsplats. ♦

Författare
Ulla-Britt Becker



Utveckla dig själv och din kompetens vid Yrkeshögskolan Novia

AVANCERA I KARRIÄREN

HÖGRE YH-EXAMEN INOM
HÄLSA OCH VÄLFÄRD

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

Högre YH kräver två års arbetserfarenhet

FÖRDJUPA OCH BREDDA DIN KUNSKAP

ETT URVAL AV FORTBILDNING
NOVIA ERBJUDER 2020

- **Företagshälsovårdare, tvåspråkig utbildning, 15 sp**
- **Hälsoteknologi, 30 sp**
- **Mental- och missbrukarvård, 30 sp**
- **Sjukskötares förskrivningsrätt, 45 sp**

ÖPPNA YRKESHÖGSKOLAN

Via Öppna yrkeshögskolan kan du gå kurser utan att vara inskriven som examensstuderande.



Arcada uppmärksammar internationella sjukskötdagen 12.5 med en gemensam fest för alla sjukskötare. Vi bjuder in till ett **kostnadsfritt seminarium kl. 13.00–18.00** efterföljt av en middag kl. 18.00. Vi visar också gäster runt på högskolan och berättar om vårt sjukskötarutbildningsprogram.

PROGRAM

12.00–13.00 Möjlighet till rundvandring på Arcada
 13.00–13.30 Öppning, prorektor Carl-Johan Rosenbröjer och prefekt Maria Forss
 13.30–14.00 Florence 200 år, studentpresentation
 14.15–15.00 Sjukskötdagen 200 år till, Ann Rudman KI
 15.00–15.30 Kaffe
 15.30–17.00 Att arbeta tillsammans är det bästa som finns, Johan Book
 17.00–18.00 Mingel med fördrink
 18.00–20.00 Middag vid sittande bord, födelsedagstårta med kaffe

PRIS FÖR MIDDAGEN

Studerande: 25€
 Övriga: 60€

ANMÄLAN

maria.forss@arcada.fi
 Deadline 28.4.2020

ADRESS

Jan-Magnus Janssons
 plats 1, Helsingfors



Föreningen utlyser följande stipendier

Anita Hannusas minnesfond

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

Vårdforskning och -utveckling

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

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

Ett stipendium på **6000 €** för postdoktoral forskning och -utveckling.

Ett stipendium på **4000 €** postgraduala studier, licentiat- eller doktorsavhandling.

Av sökanden krävs minst fem års medlemskap och aktivitet i föreningen. När det gäller forskning krävs en godkänd forskningsplan. Det postdoktorala stipendiet kan beviljas samma sökande högst vart femte år.

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland **senast 30.4.2020**. Ansökningsblanketten finns på föreningens hemsida på adressen: www.sffi.fi

Frågor kan riktas till info@sffi.fi

Styrelsen

Stipendier för studerande

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

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

Om det i ditt studieprogram ingår någon form av studier som ger dig tilläggskostnader, t.ex. praktik utomlands, studieresor, seminarier, kan du ansöka om stipendium. För normalt uppehälle och resekostnader beviljas inte stipendium. Stipendiet beviljas endast en gång under studietiden. Av sökanden krävs minst ett års medlemskap. Till stipendieansökan skall ett officiellt studieutdrag bifogas.

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland **senast 30.4.2020**. Ansökningsblanketten finns på föreningens hemsida på adressen: www.sffi.fi

Frågor kan riktas till info@sffi.fi

Styrelsen

SF I HELSINGFORS MED OMNEJD

25.4.2020, vårutfärd till Gumbostrand Konst & Form med konstrunda samt lunch. Avfärd från Kiasma kl. 10.45 samt tillbaka vid Kiasma ca kl. 15.00. Deltagaravgift 15 €/person. Bindande anmälan genom att betala in summan på föreningens konto: FI4540551150002644.

Anmälningar tas emot av Käde Skogman tele 050 584 7347 eller kerstin.skogman@elisanet.fi

Sista anmälningsdagen är 13.4.2020, 20 ivrigaste ryms med!

12.5.2020, Internationella Sjukskötardagen firas på Arcada. Mera info på sid 50.

SF I MELLERSTA ÖSTERBOTTEN

12.5.2020 kl. 18.30, "Skumpa och mingel-kväll", för att fira Internationella Sjukskötardagen, på Orangeriet (Aspegrens trädgård) i Jakobstad. Floristen och visuellisten Susanna Backa-Norrena medverkar och kommer att föreläsa om vackra vårplanteringar till trappa och trädgård. Efteråt lottas planteringarna ut bland deltagande medlemmar.

Mera information kommer på Facebook, mail och Österbottens tidning.

SF I SYDÖSTERBOTTEN

12.5.2020, Internationella Sjukskötardagen firas med en guidad vårpromenad i Kristinestad ur sjukvårdens synvinkel.

September/oktober, biokväll i Närpes. Filmen bestäms senare.

5.12.2020, teaterföreställning i Helsingfors på Svenska teatern. Detta är en gemensam föreställning för alla sjukskötare i Svenskfinland. Vi ser pjäsen "Själarnas ö".

November/december, gammaldags julfest på Vanha tupa i Lappfjärd

Eftersom 2020 är utlyst till sjukskötarens och barnmorskans år vill vi profilera oss mera än vanligt genom att delta i oli-

ka mässor i närområdet och berätta om sjukskötare och barnmorske yrket men också hålla fram Sjuksköterskeföreningens verksamhet och betydelse. Vi planerar att besöka högstadierna och gymnasier i närområdet och ev ordna en föreläsningseftermiddag för vårdpersonalen.

SF I VASA

20.3.2020 kl. 18.30, 95-års jubileum. Sjuksköterskeföreningen i Vasa firar 95-års jubileum och inbjuder härmed sina medlemmar till jubileumsfest på Svenska Klubben i Vasa. Bindande anmälan senast 12 mars till sfvasa@netikka.fi eller tele: 050 3504411. Medlemmar betalar 30€ som inbetalas senast 12.3 till föreningens konto FI62 2052 2001 0063 10, referensnummer: 9388121.

12.5.2020 kl. 9.00-15.45, Internationella Sjukskötardagen uppmärksammas med en Florence Nightingale seminariedag på Aca-demill, Åbo Akademi. Dagen är gratis och alla medlemmar är välkomna! Detta är ett samarbetsprojekt mellan Åbo Akademi, YH Novia, VAMK, HTTS regionala vårdvetenskapliga sällskapet, VCS och Sjuksköterskeföreningen i Vasa r.f.. Mera info på sid 41.

Alla medlemmar är välkomna att delta i vår verksamhet!

SF I VÄSTRA NYLAND

12.5.2020, biokväll för att uppmärksamma Internationella Sjukskötardagen. Mera info kommer per e-post och även på hemsidan. Välkommen med!

SF I ÅBOLAND

12.5 2020 kl. 18.00, medlemskväll med Liisa Jungar som är verksam i Folkhälsan som bl.a doula koordinator kommer och berättar för oss om doula verksamheten. Medlemskvällen hålls i Folkhälsans utrymme på Henriksgatan 9. Traktering ingår. Anmälan senast den 5.5 till sfiaboland@gmail.com anmäl samtidigt eventuella allergier.

SF PÅ ÅLAND

12.5.2020, Internationella Sjukskötardagen. Konsert med Sjuksköterskekören, dirigent Pipsa Juslin. Mera info senare.

7.11.2020, reservera datumet för Florence galan. Mer information kommer via sociala medier.

Styrelsen arbetar för fullt med utställningen som skall hållas på Mariehamns stadsbibliotek och Ålands kulturhistoriska Museum. Utställningen beräknas pågå från slutet av april till mitten av maj. Utställningen arrangeras med anledning av jubileumsåret 2020.

Följ med i sociala medier!

SF I ÖSTRA NYLAND

12.5.2020, Internationella Sjukskötardagen firas på Arcada. Mera info på sid 50.

22.8.2020, medlemsutfärd till Själo i Nagu. Själo har präglats av en dyster historia. Under 1600- och 1700-talen vårdades patienter med spetälska på ö. Efter att spetälskan försvunnit från Finland placerades sedan mentalsjuka patienter på Själo. Idag ägs sjukhusbyggnaderna av Åbo universitets forskningsenhet Skärgårdshavets forskningsinstitut.

Bindande anmälan till Bettan senast 31.5.2020: elisabet.sonntagosterlund@gmail.com eller tele: 040 833 8596

SF i Östra Nyland har nu en egen e-post: SFFostranyland@gmail.com.

STYRELSENYTT

- Styrelsen har beviljat stipendier för bl.a. kongresser och studieresor samt studerandestipendium för studerandemedlemmar.
- Styrelsen har beviljat rekreativt stipendium.
- Styrelsens julgåva skänktes till SF på Åland som donerade summan till 6 behövande äldre kvinnor på Åland.
- 7.2.2020 hade föreningen 3618 medlemmar.

Viktiga datum 2020!

- 26.3.2020 styrelsemöte
- 27.3.2020 Studiedag i Tammerfors
- 28.3.2020 kl. 10.00 föreningsmöte och fullmäktigemöte på Solo Sokos Hotel Torni i Tammerfors
- 30.4.2020 deadline för studerandestipendium (se sid 51)
- 30.4.2020 deadline för stipendium (se sid 51)
- 12.5.2020 internationella sjukskötardagen
- 23.5.2020 deadline för material till Vård i Fokus 2/2020
- 6.6.2020 styrelsemöte

TEATER -Själarnas ö-

Föreningen har reserverat biljetter till Svenska teatern, pjäsen Själarnas ö, på stora scenen lördagen den 5 december 2020. Föreställningen är en matiné. Mera information i nästa nummer av Vård i Fokus.



STYRELSEN

Ordförande

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

Vice ordförande

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

Ledamöter

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

Ann-Maj Johansson, HVM, avdelningsskötare, ÅUCS
Åbolands sjukhus, polikliniken.
Värgatan 12, 21600 Pargas
044-3444945
ann1maj.johansson@gmail.com

Ann-Charlotte Lindfors-Nenonen, handledare inom serviceboende, Svaläkerns servicehem, Borgå stad.
Kompassvägen 19 J, 06150 Borgå
0400-905601
ann-charlotte.lindfors-nenonen@porvoo.fi

Annika Kvist-Östman, sjukskötare, hälsovårdare, boendeledare inom Vörå kommuns äldreomsorg.
Brudsund 736, 66640 Maxmo
050-5910088
annika.kvist-ostman@vora.fi

Lisbeth Schultz, pensionerad specialistsjukskötare, Åland.
Bygatan 3, 22410 Godby Åland
0457-5244085
lisbeth.schultz@aland.net

Helena Strandholm, sjukskötare, avd.skötare hemvården i Kristinestad.
Åsvägen 100, 64220 Yttermark
050-3738348
helenastrandholm@gmail.com

Karla Wendt, HVM, avdelningsskötare, Helsingfors stad.
Utterhällsstranden 22 A 1, 00180 Helsingfors
043-8243535
karla.wendt@welho.fi

Ersättare

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 Holmén, Borgå

Ansökan om medlemskap i Sjuksköterskeföreningen i Finland rf

Till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland rf, jag anhåller om att bli antagen som medlem i Sjuksköterskeföreningen och förbinder mig att årligen erlägga medlemsavgiften.

Tillnamn:

Förnamn:

Födelseid (inte personnummer):

Näradress:

Postnummer och -anstalt:

Mobiltelefon: E-post:

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

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

Jag vill höra till regionalföreningen i:

Ort och datum den...../..... 20.....

Underskrift

Ändringsanmälan

NAMNÄNDRING ADRESSÄNDRING UTTRÄDE

Tillnamn: Tidigare tillnamn:

Förnamn:

Födelseid:

Näradress:

Postnummer och -anstalt

Mobiltelefon: E-post:

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

Massbrev



* . B132 *

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

Adressaten
betalar
portot

Sjuksköterskeföreningen i Finland rf
Kod 5009299
00003 SVARSFÖRSÄNDELSE