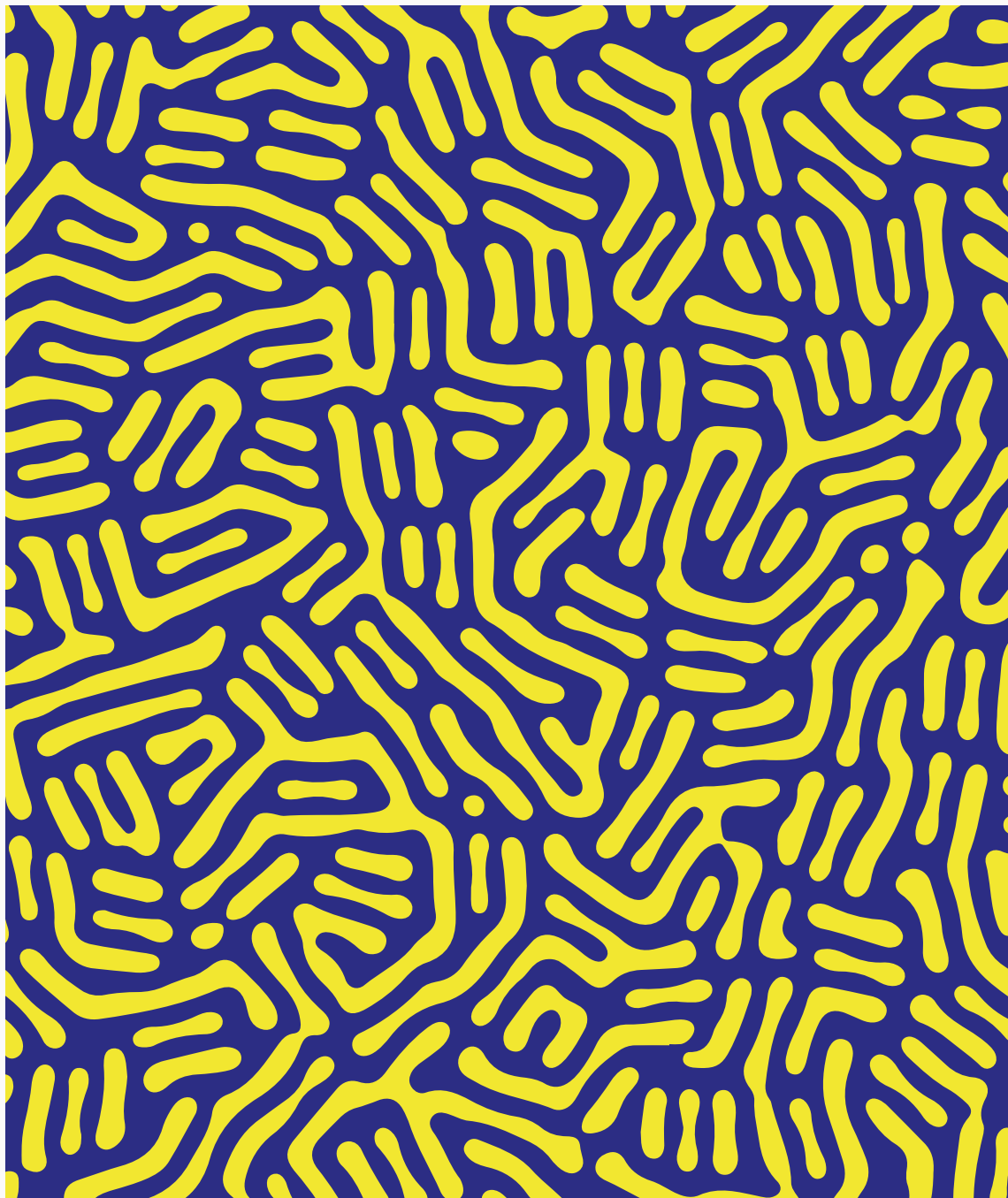


Vård i fokus

3 / 2021



Sjuksköterskeföreningen

Vård i fokus

Nr. 3 September 2021

Årgång 38

Organ för
Sjuksköterskeföreningen
i Finland rf

Ansvarig utgivare:

Annika von Schantz,
telefon 040 537 0376

Redaktionssekreterare:

Sandra Allden,
telefon 045 143 7575

E-post:

sandra.allden@sffi.fi

Pärmillustration eller -bild:

Creative Market

Grafisk formgivning:

Linnéa Sjöholm

Layout:

Sandra Allden

Tryckt hos:

Grano Oy Ab, Vasa

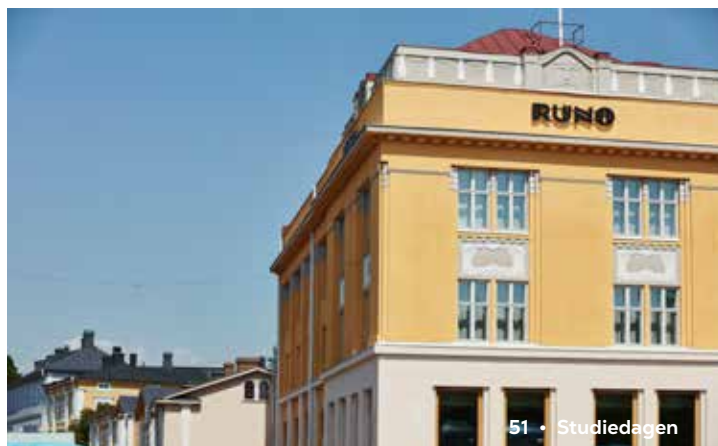
ISSN: 0781-495X

www.sffi.fi

info@sffi.fi



Trycksak
4041 0955



Innehållsförteckning

- 3 **Ledare:** Annika von Schantz
- 4 **Nya digitala trender och möjligheter vid Yrkeshögskolan Novia,** Pia Liljeroth Minna Syrjäläinen-Lindberg Sirkku Säätelä
- 8 **Vad betyder en god död? Palliativ vård av patienter med annan kulturell bakgrund,** Kärt Aavik Anita Wikberg
- 13 **Hälsonyttal alstras i egenvårdande livs- och hälsoprocesser,** Anna-Greta Olsio-Tuisku
- 16 **Att vårda från hjärtat – sjukskötares uttryck för medlidande,** Jessica Hemberg Lena Wiklund Gustin
- 26 **Syster Agnes i Jakobstad,** Birgitta Geust
- 30 **Sjukskötares kunskaper och attityder beträffande smärtbehandling,** Sahaita Chugani Sirkku Säätelä Rika Levy-Malmberg
- 35 **Annons:** Arcada
- 36 **Jorden runt med Alarik – dagbok från ett sjuktåg under fortsättningskriget,** Ruth Eriksson
- 43 **Annons:** Novia
- 44 **Praktikperiod på universitetssjukhus,** Rita Finell
- 46 **Med ambulansen mitt i corona pandemin,** Sara Nylund
- 48 **Annons:** SFF
- 49 **Annons:** SFF
- 50 **Annons:** SFF
- 51 **Annons:** Studiedagen 2022
- 52 **Regionala föreningar**
- 53 **Styrelsenytt & Facit sommarkryss**
- 54 **Styrelsen och fullmäktige 2020–2023**
- 55 **Ansökan om medlemskap**

Kära medlemmar

I skrivande stund håller rönnbären på att mogna, naturen går in i sin vilopaus – hösten. Naturen sparar energi och kraft för att igen efter vintern kunna bilda nya knoppar och nytt liv. För oss människor är hösten däremot en aktiv tid, ofta med nya intentioner. Jag hoppas att alla sjukskötare har fått vila på sommaren för att gå in i hösten med iver och energi.

Denna sommar har vilan inte varit alla förunnad, det inte varit självklart att få hålla så lång semester man önskat. Många sjukskötare har fått nya arbetsuppgifter med smittspårning, testning och vaccinerings. Inom HUS sjukvårdsdistrikt har ca 1 000 sjukskötare flyttats från sin egen arbetsplats till att bekämpa Coronapandemin. Det finns inte någon annan som tagit över deras arbetsuppgifter, utan det är arbetskamraterna som fått kavla upp ärmarna ännu mer. Ytterligare ett bevis på att samhället står och faller med vårdpersonalen, bristen på sjukskötare är uppenbar. Tragiskt är att många valt att byta bransch. Trots branschbyte, är sjukskötarens identitet stark och många skulle gärna återvända bara arbetsvillkoren blir bättre.

Vår identitet som svenskspråkiga sjukskötare i Finland består av många delar som bildar en helhet, en gemenskap och en styrka som vi delar med varandra. Identiteten som sjukskötare är inte förbunden med en arbetsplats, utan i yrkeskunskap och kompetens som ingen kan ta ifrån

oss. Vårt intresse för att upprätthålla kunskapen och törst efter ny kunskap är ett tecken på en stark framtidstro. Sjukskötare har genom tiderna kämpat för rätten och möjlighet att ge god vård till patienten och för bättre arbetsförhållanden. Sjukskötare ger inte upp.

Vår logo är en symbol för oss finlands-svenska sjukskötare. I år har vi fått en ny fräsch visuell identitet med nya färger och fonter. Den grafiska designen är mångsidig och flexibel och samtidigt balanserad och konsekvent. De här egenskaperna beskriver också sjukskötare i sitt dagliga arbete. Den traditionella klarblå färgen har fått sällskap av andra färger. De nya färgerna, ljusrosa, beige och ljusblå kan användas i vissa sammanhang som variation. Ytterligare har vi en klar gulgrön färg som kan användas i vissa situationer, men sparsamt, som en effektfärg. Färgerna och fonterna är element som tillsammans skapar en behaglig harmoni och andas gemenskap. Vi har en ny grafisk manual som stöd för tillämpning av de nya färgerna och fonterna.

Vår logo är det finaste vi har och den ska behandlas med värdighet och respekt. Logon är vår symbol som finns på våra dokument och på vår brosch som vi bär med stolthet närmast hjärtat. Kära medlemmar, jag önskar er en trygg och aktiv höst.

Annika von Schantz

Er ordförande

Nya digitala trender och möjligheter vid Yrkeshögskolan Novia

av Pia Liljeroth & Minna Syrjäläinen-Lindberg & Sirkku Säätelä

Digitaliseringen genomsyrar vårt samhälle i dag. Många av oss tillbringar en stor del av vår dag online och använder dagligen digitala verktyg både i vårt arbete och på fritiden. Vid högskolorna har man redan länge använt olika digitala plattformar, kanaler och verktyg i arbetet och undervisningen. Men när coronapandemin våren 2020 stängde högskolecampusen blev undervisningen över en natt helt digital. Vill du veta mera? Vill du vidareutbilda dig? Mera information om studiematerialen, nätkurserna och projektet i övrigt hittas på adressen: www.sotepeda247.fi/.

Digitermer har i dag blivit en del av vardagsspråket. "Ska vi ses via Teams, Zoom eller Webex?" "Vi tar Zoom, där är det enklast att fixa breakoutrum!" "Streamar du din mikro i MOOC:en?" "Ni kan välja att använda padlet, flinga eller mentimeter när ni gör er tankekarta."

I undervisningen betonas studerandens eget ansvar och självstudier allt mer. För att orka studera självständigt på distans behövs metoder som inspirerar och sparrar studeranden att uppnå sina kompetenser. För lärarna är detta en utmaning. Kurserna ska anpassas till den digitala världen. Man måste göra korta och engagerande videoklipp, söka fram nya digitalt material när studerande inte får gå till biblioteket, hitta metoder för växelverkan under onlinekurser - läraren ska vara alert och ständigt utbildad sig. Kontinuerligt lärande är förutsättning för en professionell utveckling.

Vårdverkligheten har också digitaliserats i

snabb takt, en del av patientkontakterna sköts på distans och till och med psykoterapi erbjuds via nätet. Hälsoteknologin utvecklas ständigt och robotik har kommit för att stanna. För att klara av framtida arbete inom social- och hälsovården behöver man bygga en stadig bas redan under studietiden, men också ständigt vidareutbilda sig.

Projektet Sote/Peda 24/7

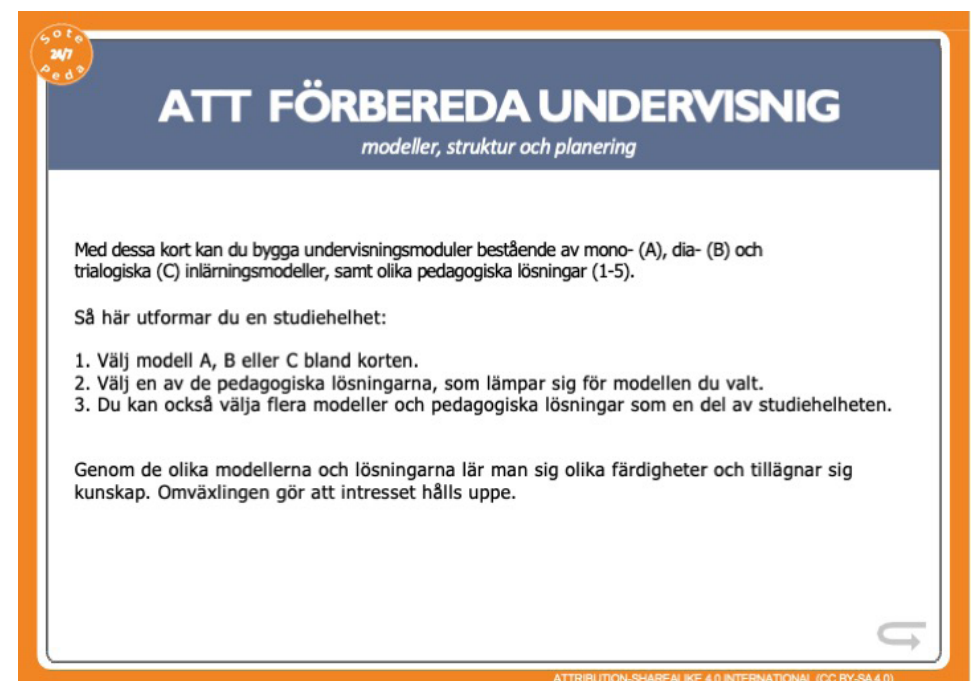
Undervisnings- och kulturministeriet har svarat på högskolornas och arbetslivets behov genom olika spetsprojekt. Projektet SotePeda 24/7 som genomfördes åren 2018–2020 är ett av dessa projekt. Inom projektet utarbetades studiematerial, pedagogiska lösningar och inlärningsmiljöer som uppfyller de nya kompetensbehoven i den framtida social- och hälsovården och garanterar studerande digitala inlärningsmöjligheter året runt. Yrkeshögskolan Novia var en av de 24 högskolor som deltog i projektet.

Lärarens pedagogiska kortpacke

Den pedagogiska kortpacken, för läraren, har utvecklats inom projektet och är ett utmärkt hjälpmedel för planeringen av undervisningen som nu till största delen sker online. Med hjälp av korten kan läraren planera studiehelheter utgående från en av tre inlärningsmodeller: monologisk, dialogisk och trialogisk inlärnin, samt fem olika pedagogiska lösningar. Läraren börjar alltså med att välja en inlärningsmodell som hjälper studerande att uppnå sina mål och väljer därefter en pedagogisk lösning.



Projektets slutrapport hittas på adressen: www.theseus.fi/handle/10024/352815



01 MIKRO
undervisningens struktur och planering

TID: ARBETS- MÄNGD:

PEDAGOGISK LÖSNING

Mikron är en kort, pedagogiskt meningsfull, helhet som innefattar högst ett kompetensmål. Den kan till exempel bestå av ett informationspaket, ett uppgiftspaket, en video, en bild eller en podcast, eventuell med utvärdering.

- Den aktiverar olika studerande och behandlar ämnet från olika perspektiv och med olika undervisningsmetoder.
- Består av "bitar" på ca 5 till 15 minuter, var och en med fokus på ett mål och/eller en del av inlärningsinnehållet
- Undervisning kan bestå av flera olika mikron, som tillsammans bildar en sammanhängande undervisningshelhet om ett ämne.
- Kan också användas i virtuell inläring, till exempel som delar av onlinekurser eller moocar.

ATTRIBUTION-SHAREALIKE 4.0 INTERNATIONAL (CC BY-SA 4.0)

Inlärningsmodeller

Den **monologiska inlärningsmodellen** betonar individens kunskapsinhämtnings- och bearbetningsprocesser. Den digitala pedagogiska lösningen kan i detta fall vara en mikro som till exempel kan vara en video, en podcast eller en uppgift som fokuserar på ett visst mål eller en MOOC som består en avgränsad helhet med digitalt innehåll i en digital miljö.

Dialogisk inläring sker i social interaktion och genom att delta i en gruppverksamhet, eller genom att lära sig erfarenhetskunskap från erfarna. För dialogiskt lärande krävs mångsidig och mångriktad interaktion, detta kan ske genom virtuellt grupparbete eller virtuell simulering.

Den sista inlärningsmodellen är den **triologiska inlärningsmodellen** där ny kunskap som överstiger teammedlemmarnas tidigare kunskap utvecklas. Man strävar efter att lösa autentiska problem och att använda den information som genereras i praktisk verksamhet. Metoden förutsätter mångsidig och mångdimensionell interaktion och möjlighet till reflektion som kan ske till exempel via ett digitalt LivingLab vilket betyder äkta samarbete med arbetslivet i form av ett beställningsarbete.

Utarbetat studiematerial

Inom projektet utvecklades också en stor mängd studiematerial för att utveckla det digitala kunnandet inom social- och hälsovård. Inom projektet identifierades 12 kompetensområden inom "sotedigikunnande". Allt studiematerial som utvecklades inom projektet är fritt tillgängliga för lärare att använda inom utbildningen, men också för fortbildning för professionella i arbetslivet.

Materialet, eller "mikrona" (små studiehelheter), är i form av texter, presentationer, uppgifter, tester, videor eller podcaster. Allt material hittas i DigiCampus (förutsätter att man registrerar sig) som erbjuder kurser som är öppna för alla studerande på en gemensam Moodle-plattform samt via Biblioteket för öppna lärresurser, på adressen aoe.fi, där man kan ladda ner material för att användas i utbildning och fortbildning. Novia var med om att utveckla material på svenska som

handlar om servicedesign och mångaktörskap inom utvecklingsgemenskaper.

Projektet producerade också flera olika nätkurser som är tillgängliga 24/7. Dessa studiehelheter kallas för MOOC och består ofta av helheter omfattande 1–2 studiepoäng. SotePeda-MOOC är oberoende av tid och plats – du kan studera när det passar bäst för dig. De kan avläggas vid sidan av andra studier eller arbetet, de fungerar som fortbildning och man får studiepoäng för avlagda kurser. Det finns kurser på finska, svenska och engelska.

När man utexamineras från högskolan får man ett betyg som visar ens kunnande, men det finns också andra sätt att visa sitt kunnande. Inom SotePeda 24/7-projektet kan de färdigheter man fått t.ex. via de öppna virtuella kurserna identifieras, erkännas och visas med hjälp av s.k. kompetensmärken. Ett kompetensmärke är ett elektroniskt och visuellt dokument för att synliggöra inhämtad kompetens. Man kan samla sina kompetensmärken i tjänsten Open Badge Passport-tjänsten, och visa sitt kunnande genom att dela dem till exempel på LinkedIn eller i en virtuell CV.

Digitaliseringen av undervisningen har medfört många positiva faktorer och den främjar hållbar utveckling. Ändå – efter en lång distansperiod saknar många studerande och lärare tillbaka till campuset. Inom social- och hälsovården är interaktionen och kommunikationen samt bemötandet av människor "face to face" otroligt viktigt och detta har studerandena kunnat öva t.ex. på sina praktikperioder.

Pia Liljeroth

Barnmorska, PD, överlärare, YH Novia/Åbo

Minna Syrjäläinen-Lindberg

Sjukskötare, lektor i vård, utbildningsledare, utbildningen till sjukskötare, YH Novia/Åbo

Sirkku Säätelä

Sjukskötare, lektor, YH Novia/Vasa

02 MOOC
massive open online course

TID: ARBETS- MÄNGD:

PEDAGOGISK LÖSNING

Mooc är en online fritt tillgänglig fristående kurs.

- Är en till temat och/eller tid avgränsad helhet i en digital inlärningsmiljö med digitala material.
- Undervisningen är fritt tillgänglig för alla som använder internet och undervisningsgrupperna är av den anledningen vanligtvis stora.
- Det finns olika varianter av mooc-kurser.
- När man bygger upp en mooc är det bra att tänka på till exempel kursens tidsbundenhet, antalet studerande, interaktionsmöjligheter, kursanvisningar och lärarens resurser.
- När man gör öppna lärresurser är det också bra att beakta upphovsrättsfrågor och licensen för öppen publicering (t.ex. Creative Commons).

ATTRIBUTION-SHAREALIKE 4.0 INTERNATIONAL (CC BY-SA 4.0)

Vad betyder en god död? Palliativ vård av patienter med annan kulturell bakgrund

av Kärt Aavik & Anita Wikberg



I vården av patienter i livets slutskede är interkulturell kompetens allt viktigare för vårdpersonalen, eftersom det finns ett växande antal patienter från olika kulturer. Det är viktigt att identifiera betydelsen av en god död, eftersom det gör det möjligt att förbättra livskvaliteten för både patienter och deras nära och kära. Åsikterna om en god död, smärthantering och vård i slutet av livet varierar mellan kulturer och individer, då övertygelse, religion och andlighet spelar en avgörande roll.

Det finns bara ett fåtal vårdhem i Finland som är specialiserade på vård i livets slutskede. För det mesta sker den palliativa vården och hospicevården i hemmet, i äldreomsorgen eller på sjukhus. Det handlar om sjukskötare på olika vårdenheter, inte bara på palliativa eller hospicevårdenheter. Samtidigt har interkulturella

kompetenser blivit allt viktigare för vårdpersonalen, eftersom det finns ett växande antal patienter från olika kulturer.

Som regel har läkaren den första diskussionen med patienten om övergången till palliativ vård. Men i det ögonblicket kan vanligtvis varken patienten eller de närmaste anhöriga som kanske

är närvarande, hantera nyheten eller ställa frågor. Bearbetningen av informationen är individuell, även om diskussionen var väntad. Patienten uppfattar informationen först senare och då väcks frågorna.

Inom palliativ vård fattas flera viktiga behandlingsbeslut som avses i lagen om patientens ställning och rättigheter (1), såsom riktlinjer för palliativ behandling, beslut att fortsätta med hospicevård och beslut om att inte återuppliva (2).

Patienten kan också göra en vårdvilja, där han eller hon kan uttrycka en önskan om eller vägra behandling. Ofta vill patienten även fatta andra beslut, relaterade till sina privata och rättsliga arrangemang. Besluten kräver att patienten gör flera krävande val om sin behandling.

Den kulturella bakgrunden har en betydande inverkan på patienternas syn på död och vård i slutet av livet på grund av olika värderingar, såsom andliga och religiösa övertygelser. Det kan vara överväldigande för patienten att balansera mellan information, olika känslor och kulturella uppfattningar, samtidigt som man har en sämre funktionsförmåga och är fysiskt och känslomässigt utmattad.

Alla patienter har inte heller familjemedlemmar eller nära och kära som stöder dem i att fatta beslut om vården. En del vill fatta besluten kollektivt.

Sjukskötare som vårdar palliativa patienter med annan kulturell bakgrund behöver vara kulturellt kompetenta.

Vad är en god död?

Under århundraden har åsikterna om vad en god död är sammansmälts mellan kulturer, religioner och filosofiska traditioner. Till exempel, "en god död" som härstammar från grekiska, har en etymologisk innebörd av eutanasia, som hade en annan betydelse då än idag (3).

Ett annat exempel är Ars moriendi - konsten att dö. På 1400-talet skrevs två liknande latinska texter som gav råd och förklarade hur man får "en god död" enligt kristna föreskrifter. Den utökade versionen av Ars moriendi var en

av de första böckerna som trycktes och översattes till västeuropeiska språk. Det kan ses som en föregångare i traditionen att skriva om en god död. I denna dödsguide ingick till exempel en del som strävade till att minska den dödsrelaterade rädslan och förklara de positiva sidorna av döden (4).

I en litteraturöversikt identifierade Meier m.fl. (5) elva huvudteman för en god död bland patienter, i förväg sörjande familjemedlemmar och vårdare. Teman var preferenser för en specifik dödsprocess, smärtfrihet, religiositet eller andlighet, känslomässigt välbefinnande, livsuppehållande, behandlingspreferenser, värdighet, familj, livskvalitet och relation till vårdpersonal.

De tre viktigaste teman bland alla grupper som nämns ovan var preferenser för dödsprocess, smärtfrihet och känslomässigt välbefinnande. Förutom dessa var behandling av symtom, tillräcklig bedövning och värdig vård de kritiska komponenterna i vården vid livets slutskede. Särskilt känslomässigt välbefinnande, som innefattar att ta itu med psykosociala och religiösa eller andliga teman, ansågs avgörande av både patienter och familjer.

Åsikterna om döden kan variera kraftigt. Döden kan fruktas, förnekas, omfamnas eller till och med skämtas om, men väldigt få ignorerar den. Till exempel i den japanska religionen shintoism anses döden ören och bör inte tänkas på eller talas om. I Mexiko däremot omfamnas döden av ritualer och festligheter, som under Día de los Muertos, de dödas dag (6). Förutom kulturella åsikter och övertygelser om döden finns det naturligtvis också individuella åsikter.

I många västerländska kulturer bygger patienternas beslutsfattande främst på individuella åsikter. Till exempel ber man om informerat samtycke och patienternas rättigheter betonas i vården. Enligt Abdelhamid m.fl. (7) kan döden i dessa kulturer se ut som en teknisk och medicinsk händelse. Människorna vill kanske dö med endast sina närmaste familjemedlemmar närvarande.

I vissa andra kulturer, till exempel i Asien-Stillahavsområdet, är man mer traditionell. Här prioriteras familjens välbefinnande (6).

Det finns också kulturer, där den äldsta mannen eller maken fattar beslut för de andra familjemedlemmarna. Det är dock nödvändigt att komma ihåg att inom samma kultur eller religion kan det finnas olika övertygelser och åsikter.

Lidande och smärta

I olika kulturer kan innebörden av, ursprunget i och rollerna för lidande och smärta skilja sig åt. Patienterna uppfattar och tolkar lidande och smärta på olika sätt. Att hantera smärtan med medicinering är en viktig del av palliativ vård, men att be om smärtlindring kan ses som olämpligt (8). Att diskutera döden kan betraktas som kulturellt okänsligt och olämpligt. Oviljan att diskutera palliativ vård, betyder dock inte att vägra smärtlindring och vice versa.

Muslimerna kan till exempel se sjukdom och lidande som ett straff för synder, medan hälsa ses som en välsignelse från Allah (9). Andlighet och religion spelar en viktig roll när det gäller att lindra lidandet och påverka beslutsfattandet i vården i slutet av livet. Att tolerera smärta ses som en belöning av Gud och kompensation för ens synder men det finns också religiösa missuppfattningar om att använda smärtstillande läkemedel. Enligt den islamiska uppfattningen är det tillåtet att använda smärtlindring för outhärdlig smärta så länge patientens medvetande förblir tillräckligt klart för att utföra religiösa ritualer, såsom böner.

Givler m.fl. (8) presenterar en sammanfattning av död, smärta och livsuppehållande preferenser för olika kulturer. Dessa måste säkerställas för varje patient separat. För att ta upp några exempel från sammanfattningen kan diskussioner om förestående död undvikas i arabisk kultur, patientbeteendet inkluderar en uttrycksfull indikation på smärta och man vill inte acceptera beslut om att inte återupplivas. I östindisk kultur bör döden inte diskuteras med patienten före familjen, analgesi för svår smärta accepteras och palliativ vård kan accepteras. Patienterna från östasiatisk kultur är vanligtvis ovilliga att diskutera döden, deras syn på smärthantering är stoisk, d.v.s. de är ovilliga att visa smärta och de icke-verbala

tecknen måste observeras. De accepterar palliativ vård men tror kanske att dö hemma ger otur. I den romska kulturen innebär döden ofta att skrika högt och ropa på Gud, smärtstillande läkemedel accepteras och palliativ vård kanske inte accepteras på vårdinrättningar.

Hur möta patienter med annan kulturell bakgrund och stöda diskussion om god död?

Sjukskötarna måste i förväg utvärdera vad som är det bästa tillvägagångssättet för varje patient. För att förstå frågor som är av kulturell betydelse i vården vid livets slut krävs patientcentrerad och familjeinriktad kommunikation (10). I kommunikationen är det en viktig utgångspunkt att skapa en förtroendeingivande relation med patienten och de närmaste.

Givler m.fl. (8) antyder att pålitlig personal och ett vårdande terapeutiskt förhållande kan bidra till att öppna upp för ämnet död, även om det kulturellt undviks. Att bygga upp förtroendet omfattar bland annat kulturell känslighet, att ha god förmåga att lyssna, emotionell reflektion, att visa empati och respekt samt att tillgodose patientens och familjemedlemmarnas behov (11).

Som diskuterats ovan har familjemedlemmarna i vissa kulturer en viktigare roll när det gäller att fatta beslut i patientvården. Sjukvårdspersonalen måste utvärdera i vilken fas anhöriga ska delta i diskussionen. Det är viktigt att respektera patienternas och familjens övertygelser, kultur och vanor (12). Samtidigt följer sjukvårdspersonalen i Finland lagen om patientens ställning och rättigheter, enligt vilken patienten bland annat har rätt till självbestämmande (1). Familjen kan inte ges patientrelaterad information innan patienten gett tillstånd.

Att få utöva sin övertygelse

I vissa kulturer och för vissa personer betonas de religiösa och andliga frågorna starkt och i slutet av livet kan de bli ännu mer framträdande. Möjligheten att fortsätta utöva sin religion eller andliga ritualer kan vara särskilt viktig för patienterna och därmed är den en väsentlig del av den palliativ

”Av sjukskötarna krävs en patient- och familjecentrerad kommunikation för att bygga upp en pålitlig och omsorgsfull relation och för att ta reda på patientens individuella preferenser. Det är viktigt att respektera patienternas och deras familjers tro, kultur och vanor.”

ativa vården (9). På många vårdenheter bor patienterna sällan i enkelrum. Att ha andra patienter eller familjemedlemmar inom hörhåll kan inte alltid undvikas men man bör ändå sträva efter att på begäran organisera ett lugnt ögonblick eller en plats med avskildhet.

Många patienter uppskattar också möjligheten att den religiösa eller andliga ledaren besöker dem. För patienten kan religiösa, andliga och kulturella ritualer underlätta anpassningen till döden (6). Dessutom kan sjukvårdspersonalen förbättra livskvaliteten för de döende genom att ta hänsyn till patienternas övertygelser och religiösa ritualer inom hospicevården.

Eftersom hantering av smärta är en av de kritiska komponenterna i palliativ vård bör det faktum att religion och andlighet kan påverka inställningen till smärtlindring väsentligt beaktas. Det är nödvändigt att informera patienten och de närmaste anhöriga om medicinens syfte, korrekt

användning av opioider och hur man ger läkemedel eftersom det bidrar till att följa behandlingen, säkerställa att de får tillräcklig information och förstår att de kan begära smärtlindring när det behövs (8). Patienten och deras nära och kära bör också ha möjlighet att uttrycka sina möjliga rädslor och fördomar om den föreslagna medicinen.

Vägledning

Många gånger behöver patienterna och anhöriga också konkret vägledning i praktiska arrangemang och frågor, om de inte känner till praxis i samhället. Som ett alternativ, beroende på patientens situation och oro, kan sjukskötarna ge information, såsom broschyrer och föreslå webbplatser som upprätthålls av olika organisationer och myndigheter, som hjälper till att behandla ämnet.

På samma sätt kan sjukskötarna behöva hjälp med att utbilda sig om kulturella traditioner, ri-

tualer och vanor. Stödet, som är en del av den holistiska interkulturella vården, kan också ges av ett interprofessionellt team, till exempel av socialarbetare, terapeut, kamratstöd, volontärer och präst eller andra religiösa ledare.

Som en del av holistisk palliativ vård behöver också patientens familj stöd, eftersom en allvarlig sjukdom belastar hela familjen. Ofta är patienterna mer oroliga för de anhöriga än för sig själva (13). Vi måste fråga familjen direkt om vilket slags stöd de behöver och vill ha.

Granada-Cameron och Houldin (14) föreslår att frågorna om behov och önskemål i slutet av livet bör behandlas mer öppet i samhället. Genom att ha mer diskussion om detta ämne kan vi möjliggöra för flera patienter att uppleva en god död och nå sin fulla potential och få värdighet och holistiskt välbefinnande i slutet av livet.

Slutsats

Även om forskning kan identifiera vad en god död innebär i olika kulturer, finns det en personlig betydelse och det är en individuell process för varje person och hans/hennes nära och kära.

Kulturell kunskap hjälper vårdpersonalen att utforska patienternas och deras familjers centrala övertygelser och de kan identifiera deras religiösa och andliga behov.

Det finns en risk för att palliativ vård underutnyttjas på grund av kulturella, andliga eller religiösa åsikter. Sjukskötarna har en viktig roll när det gäller att hjälpa patienten och anhöriga att bearbeta sina tankar och känslor relaterade till deras livstid. En patient- och familjecentrerad kommunikation, genom att bygga förtroende och en vårdande relation är centrala delar av den palliativa omvårdnaden. Att prata och bearbeta tankarna om att dö ger patienterna, liksom deras närmas- te, möjlighet att förbättra kvaliteten på det kvarvarande livet. Naturligtvis kan eller bör inte sjukskötarna tvinga patienterna eller deras nära och kära att tala om vad god död och vad livets slut betyder för dem. Hälso- och sjukvårdspersonalen måste dock ha modet och ta tid att erbjuda möjligheter till detta. Medvetenheten om kulturella skillnader är en avgörande del av interkulturell

omvårdnadskompetensen och mångkulturell patientvård.

Att ha fördomar om och att generalisera på basen av kultur är dock farligt, eftersom det lätt kan skapa vilseledande stereotyper. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska inte heller se patienterna enbart ur ett kulturellt perspektiv – patientarbetet handlar framför allt om att träffa en vanlig människa i en ny situation för båda (15).

Patientcentrerad vård, empati och genuin nyfikenhet kan ta en långt oavsett kultur.

Kärt Aavik

Sjukskötarstudent, Yrkeshögskolan Novia, Vasa

Anita Wikberg

Handledare, sjukskötare, barnmorska, HVD och lektor i vård, Yrkeshögskolan Novia, Vasa

REFERENSER

1. Finlex. The Act on the Status and Rights of Patients (Internet); 1992. (hämtad 25.9.2020). Hämtad från: www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/1992/en19920785_20120690.pdf.
2. Valvira. Elämän loppuvaiheen hoito (Internet); 2020. (hämtad 25.9.2020) Hämtad från: www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito.
3. Montaguti E, Jox R J, Zwick E, Picozzi M. From the concept of "good death" in the ancient world to the modern concept of euthanasia. *Medicina Historica*; 2018; 2(2).
4. Leget C. Retrieving the ars moriendi tradition. *Medicine, Health Care and Philosophy*; 2007; 10(3): 313.
5. Meier E A, Gallegos J V, Thomas L P, Depp C A, Irwin S A, Jeste D V. Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*; 2016; 24(4): 261–271.
6. Kemp C. Cultural issues in palliative care. In *Seminars in oncology nursing*; 2015; 21(1): 44–52.
7. Abdelhamid P, Juntunen A, Koskinen L. Monikulttuurillinen hoitotyö. *WSOY pro*; 2009.
8. Givler A, Bhatt H, Maani-Fogelman P A. The Importance of Cultural Competence in Pain and Palliative Care (Internet). Stat Pearls Publishing; 2020. (hämtad 10.10.2020) Hämtad från: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493154/.
9. Mohammad Khan A N, Johnson J, Forgrave D. Hospice Care and the Islamic Faith: A Narrative Review. *Middle East Journal of Nursing*; 2020; 14(1): 23–26.
10. Back A L. Patient-clinician communication issues in palliative care for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*; 2020; 38(9): 866–876.
11. Olson R E, Smith A, Good P, Neate E, Hughes C, Hardy J. Emotionally reflexive labour in end-of-life communication. *Social Science & Medicine*; 2020; 112–928.
12. Pöyhä R, Tasmuth T, Reinikainen P. Lääkäri saattajana. *Helsinki: Duodecim*; 2014.
13. Current Care Guidelines. Palliatiivinen hoito ja saattohoito (Internet). Working group set up by the Finnish Medical Society Duodecim and the Finnish Palliative Medicine Association; 2020. (hämtad 12.9.2020) Hämtad från: www.kaypahoito.fi/hoi50063#s31.
14. Granada-Cameron C, Houldin A. Concept analysis of good death in terminally ill patients (Internet). *American Journal of Hospice and Palliative Care*; 2012; 29(8):632–9. Hämtad från: doi:10.1177/1049909111434976.
15. Duodecim. Onnistu monikulttuurisessa potilastyössä! (Internet); 2020 (hämtad 10.10.2020) Hämtad från: www.duodecim.fi/2017/02/21/onnistu-monikulttuurisessa-potilastyossa/.

Hälso nytta alstras i egenvårdande livs- och hälsoprocesser

av Anna-Greta Olsio-Tuisku

Anna-Greta Olsio-Tuiskus doktorsavhandling "Delaktighet som hälsobringande nytta. En studie ur ett vårdvetenskapligt hälsoperspektiv" granskades 9.10.2020 vid Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier vid Åbo Akademi i Vasa. Kustos: professor Lisbeth Fagerström. Opponent: senior professor Monica Eriksson.

Inledning

Främjandet av befolkningens hälsa har en viktig funktion inom folkhälsoarbetet. Enligt WHO:s definition på hälsofrämjande är det en process, som ökar människornas egna möjligheter att befrämja sin hälsa. Hälsofrämjandets betydelse och möjligheter i bekämpandet av våra folksjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar och typ 2-diabetes har länge betonats och hälsoundersökningar är viktiga redskap inom primärhälsovården i bekämpandet av dessa. Botniaprojektet, som startade för 30-år sedan, har gett nya medicinska resultat som kan revolutionera behandlingen av diabetes.

Begreppen "delaktighet" och "nytta" är ofta förekommande begrepp i sammanhang som berör hälsofrämjande verksamhet. Folkhälsoinstitutet i Sverige beskriver delaktighet som en av de mest grundläggande förutsättningar för hälsa. Begreppet "nytta" i relation till hälsa dvs. hälso nytta beskrivs av WHO som något som skapar nytta

genom att minska kostnader och ge mer hälsa.

I avhandlingen granskas meningsinnehållet i begreppen "delaktighet" och "nytta" i relation till hälsa och hälsofrämjande vård utifrån ett caritativt vårdvetenskapligt hälsoperspektiv. Fokus ligger på människans egen upplevelse av det som är nyttigt och välgörande för hälsan och hur delaktighet kan ge hälso nytta. Det är deltagare inom en hälsofrämjande kontext som har gett uttryck för sina egna upplevelser av hälsofrämjande delaktighet och nytta.

Forskningen visar att i belysning av den mångdimensionella hälsomodellen får hälso nyttans prislapp en ny innebörd. Det är i människans egenvårdande livs- och hälsoprocesser som hälso nytta alstras. Innebörden i hälsofrämjandets verkningsfullhet kan inte bara kopplas till kostnads-nyttokalkyler utan bör hellre beskrivas i faktorer som bidrar till människans tillväxt i hälsa.

Metodologi och metoder

Avhandlingen utgörs i metodologiskt hänseende av en hermeneutisk begreppsbestämning. Forskningsansatsen har influerats av det caritativa vårdvetenskapliga evidensbegreppet som uttrycker det sanningslika genom vilket substansen, det verksamma i hälsa och lidande synliggjorts och klätts i ord, och som bygger på en hermeneutisk, humanvetenskaplig grund. Den teoretiska begreppsstudien består av en begreppsanalys av begreppen nytta och delaktighet. Begreppsanalysen gjordes enligt den begreppsbestämningsmodell som Eriksson utvecklat från Koorts semantiska analys.

Den teoretiska studiens material bestod av tre etymologiska ordböcker och tio ordböcker. Begreppens betydelseanalys utgjorde byggstenar och tolkningsspår för de fortsatta forskningskedena och för val och formulering av teman för den empiriska studien.

Den empiriska studien innefattade temain-

tervjuer med 15 deltagare i 50-årshälsoundersökning och 13 (+2) deltagare i Botniaundersökningen vid en hälsovårdscentral i västra Finland. Intervjuguiden omfattade tre teman:

- hälsoundersökning/botniaundersökning
- delaktighet
- hälso nytta

För analys av textmaterialet från intervjuerna användes en kvalitativ innehållsanalys med ett fenomenologiskt-hermeneutiskt närmelsesätt.

Resultat

Resultaten visar på betydelsedimensioner för begreppen delaktighet och nytta, vilka tillskrivs en hälsofrämjande innebörd i människans livs-sammanhang och vardag, vilket stärker hennes hälsopotential. Det nya meningsinnehåll som begreppen delaktighet och nytta får i ljuset av den ontologiska hälsomodellen, ger uttryck för be-

greppens betydelse som möjliggörare av hälsans mångdimensionella rörelse i görande, varande och vardande.

Avhandlingens nya förståelsesubstans finns beskriven som en idealmodell för det goda hälsofrämjande egenvårdandet. Modellen bygger på tolkningar av vad deltagarna gett uttryck för i sina föreställningar om betydelsen av deltagandet i undersökningar med en hälsofrämjande innebörd, och deras upplevelser av begreppen delaktighet och nytta som attribut för hälsans rörelse på egen vårdens hälsovägar.

Delaktighet

Forskningen visade på gemenskapens och relationernas betydelse som bringare av hälso nytta. Att få vara delaktig och känna tillhörighet i olika former av gemenskap är hälsobringande. Det är en gemenskap som bär på ömsesidighetens innebörd. Den framträder i de beskrivna dimensionerna av hälsobringande delaktighet och nytta som "att vara i lag" och "att vara i sitt esse". Det är det gemensamma engagemanget som bär på det goda och nyttiga för människans liv och hälsa.

Hälsofrämjandets nytta kommer också till synes i familjegemenskapens anda av ansande, lekande och lärande hälsofostran. Det är i familjegemenskapen som de grundläggande etiska värdena formas, där skapas en hälsokultur som är livgivande.

Nyttokälla

Gemenskap kan förstås som en nyttokälla som ger mer hälsa i livet och mer liv i hälsan. Det handlar om en delaktighet som både väcker ansvar och ger glädje, som blir till egen och andras nytta. Promenaden upplevdes som ett syberikande andrum för hälsan och ger möjlighet till meningsfull delaktighet med andra människor, djur och natur.

Nyttan med hälso- och Botniaundersökningen framträder som en upplevelse av en hälsofrämjande, insiktsfull och trygghetskapande delaktighet. Deltagarna upplevde att de fick meningsfull vägledning. Den kunskap de fick om sin hälsa väckte till reflektion och gav nya insikter, som

skapade tilltro till den egna förmågan till hälsa. Deltagandet i Botniaundersökningen visade att släktbandens meningsskapande innebörd väcker till större hälsoengagemang.

Hälsohindrande delaktighet

En hälsohindrande delaktighet framkom också. Den handlar om när medverkan inte är ömsesidig, när man inte blir respekterad eller känner sig ha ett värde. Den hälsohindrande delaktigheten kan relateras till hälsans negativa pol av att ha, vara och varda i lidande.

Resultatet – en vägledning

Avhandlingens resultat kan fungera som vägledning för vårdarna till en ökad förståelse av patienternas hälsofrämjande vård. Kunskapen om familjerelationernas och gemenskapens hälsofrämjande betydelse kan utvecklas och beaktas mera inom den kliniska vården. För att kunna väcka och stöda patienten till egenvård, handlar det om att som vårdare skapa en större inriktning på patientens egna hälsoresurser, och att fokusera på vad patienten själv upplever som nyttigt.

Doktorsavhandlingen finns tillgänglig på: www.doria.fi/handle/10024/178001?locale=sv

Citatet nedan är från en av deltagarna i den empiriska studien. Citatet innefattar det centrala i delaktighetens innebörd av hälsobringande nytta.

”Det är riktigt himla roligt, då man får vara i lag och göra någonting”

~~~~~  
**Anna-Greta Olsio-Tuisku**  
 HVD, fd ledande skötare



Professor Lisbeth Fagerström och Anna-Greta Olsio-Tuisku.



# Att vårda från hjärtat – sjukskötares uttryck för medlidande

av Jessica Hemberg & Lena Wiklund Gustin

Tidigare forskning har beskrivit medlidande (compassion) (1) som hjärtat eller den grundläggande kärnan i vårdandet (2,3). Medlidande beskrivs även som grunden för vårdandets etiska koder (4) och är ett av de fem värden som krävs av en professionell sjukskötare (5). Samtidigt som intresset för medlidande som forskningsområde har vuxit de senaste åren kan vi konstatera att fokus ofta har varit att beskriva medlidande som fenomen, med andra ord förstå vad medlidande är (6–13).

I den här studien fokuserades istället sjukskötares erfarenheter av hur medlidandet kommer till uttryck i mötet med patienter. Artikeln utgör en bearbetning av ett manus som tidigare publicerats på engelska (14).

I forskningen beskrivs medlidande som en komplex och multifacetterad psykologisk och social process som är en del av människans natur (15) samt djupt relationell (12, 16). Medlidande utgår från en genuin kontakt och en medvetenhet den andre personen, samt en stark vilja att försöka lindra den andras lidande (12, 17–20). Olika attribut ingår i medlidande, och nämns i olika omfattning i olika studier.

Begrepp som närvaro, förståelse, känslighet, värdighet och respekt förekommer i en rad stu-

dier, liksom att vårdare är engagerade, närvarande, lyssnar, och svarar an på den andres lidande och även synliggör och bekräftar såväl det som patientens möjligheter och unika sätt att vara som ett sätt att också visa vägar ut ur lidandet och hjälpa personen (2, 16, 20–22). Medlidande beskrivs även som en dygd som kan kultiveras som en del av en persons karaktär (9, 18, 19, 21–23). Medlidande relateras därigenom även till etiska aspekter av vårdande som en respons som leder till handling för att lindra andras lidande

(10, 12, 25).

Vårt att notera i sammanhanget är också att Gilberts (15) betonar att medlidande inte är synonymt med vare sig empati eller sympati, utan att båda dessa begrepp tillsammans med en icke-dömande, fördragsamhet, omsorg om den andre samt känslighet kännetecknar lidandet. Han menar vidare att lidandet kommer till uttryck i olika färdigheter och förmågor, som att kunna visualisera den andres situation, uppmärksamma och reflektera över vad som sker i situationen, med patienten och inom en själv vilket förutsätter att personen också har kontakt med sina egna känslor och även kan förnimma hur det är att såväl ge som ta emot medlidande. Detta konkretiseras sedan i handling i syfte att lindra lidande, samt i en mellanmänsklig atmosfär kännetecknad av värme. Därmed berör Gilbert (15) inte bara vad lidandet är, utan hur det kommer till uttryck, och han lyfter också medlidande som centralt för människors hälsoprocesser.

Samtidigt som forskningen lyfter fram värdet av medlidande konstaterar Hassmiller (26) att medlidande inte får tillräckligt stort utrymme i värden. Detta är i linje med McCaffrey och McConnell (9) som lyfter fram att institutionella miljöer såväl kan underlätta som begränsa uttryck för medlidande. Flera forskare konstaterar också att det behövs fler studier ur vårdares perspektiv, bland annat för att förstå vårdares erfarenheter och uttryck för medlidande (27–29).

## Syfte

Studien syftar till att beskriva vårdares levda erfarenheter av hur medlidande kommer till uttryck i mötet med patienter inom hemvårdskontext. Fokus läggs således på att skapa förståelse för vårdares erfarenheter av vad som kännetecknar medlidande och hur det kommer till uttryck i mötet med patienten. Begreppet "uttryck" skall här förstås i vid mening, och omfattar således såväl vad sjukskötare strävar efter att göra som deras hållning.

## Teoretisk referensram

Den teoretiska referensramen bygger på Eriks-

sons caritativa vårdteori (30, 31) och på Watsons filosofi och teori om transpersonellt vårdande (transpersonal caring) (32). Enligt den caritativa vårdteorin är människan centrum för vårdandet och bör behandlas med värdighet (30, 31). Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv kan patientens lidande lindras i en vårdande relation där sjukskötaren ser varje patient som en unik människa, visar medlidande och strävar efter att bevara patientens värdighet trots lidande (33). Att erkänna lidande är också ett "meddelande" om att man är öppen och tillgänglig för den andra.

Medlidande kan också förstås i förhållande till det som Watson (34) med hänvisning till Levinas (34) beskriver som att tillhörigheten, dvs. vår ömsesidiga kontakt med andra, ontologiskt föregår vårt varande som separata individer och därmed våra rationellt intellektuella och världsliga strävanden (belonging before being) (1). Med hjälp av metaforerna "att hålla den andras liv i våra händer" och "ansiktets etik" (ethics of face) (1) argumenterar Watson (36) för att det är kärleken som stöder och förbinder människor med varandra och påminner oss om en annan dimension genom vilken vi kan upprätthålla vår mänsklighet på en djupare nivå.

## Design och metod

Materialet bestod av texter från intervjuer med tolv sjukskötare (åldersintervall 23–64, elva kvinnor och en man) om deras erfarenheter av medlidande i mötet med patienter i hemvårdskontext. Intervjuerna varade 60–90 minuter.

Alla intervjuer transkriberades av den första författaren och analyserades sedan med en fenomenologisk-hermeneutisk analys i tre steg enligt Lindseth och Norberg (37). Metoden kännetecknas av en rörelse mellan helhet och delar, mellan förståelse och förklaring, och mellan teori och empiri. I det första tolkningssteget läste båda forskarna självständigt allt transkriberat intervjumaterial, varefter var och en formulerade en första naiv förståelse av innebörden av texten som helhet. I följande steg, den tematiska strukturanalysen, identifierades meningsenheter vilka kondenserades, jämfördes med varandra och ab-

straherades till subteman och teman. I detta skede, som Lindseth och Norberg i linje med Ricoeur (38) beskriver som förklarande är det texten som text, och den horisont texten öppnar som är i fokus, snarare än de enskilda berättelserna. Slutligen relaterades de olika delarna till varandra och till den teoretiska referensramen i en tolkad helhet, varvid förståelsen kan nyanseras.

### Etiska överväganden

Etiskt tillstånd att utföra studien beviljades av de tre organisationer där deltagarna rekryterades. Informerat samtycke gällande deltagande i studien och hantering av data för forskningsändamål. Studien följde rekommendationerna från Forskningsetiska delegationen (39).

### Resultatet

Resultatpresentationen följer de tre stegen i den fenomenologisk-hermeneutiska metoden. Efter-

som studien utgår från ett sjukskötarperspektiv så bör formuleringar om vad som sker med patienter förstås som sjukskötares antaganden om detta, snarare än som beskrivningar av "hur det är" för patienterna.

### Naiv förståelse

Den naiva förståelsen, med andra ord den första, spontana tolkningen av materialet som helhet visar att medlidande för sjukskötare verksamma i en hemvårdskontext innebär att agera från ens eget hjärta och ha modet att vara närvarande för den andra i en tillitsfull vårdrelation.

### Strukturanalys

Den tematiska, strukturanalysen resulterade i fyra teman och tio underteman. Teman var: att möta varandra som människor, att vara i stunden, att vara ansvarig inför den andra, och att vara i en kärleksfull gemenskap. Teman och underteman

| TEMAN                               | UNDERTEMAN                                                                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Att möta varandra som människor     | Att visa genuint intresse<br>Att vara ärlig och naturlig<br>Att främja patientens värdighet |
| Att vara i stunden                  | Att ha modet att vara närvarande<br>Att vara tillsammans i tystnad<br>Att vara nära någon   |
| Att vara ansvarig inför den andra   | Att vara lyhörd<br>Att inte överge                                                          |
| Att vara i en kärleksfull gemenskap | Att dela lidande<br>Att dela sin egen sårbarhet                                             |

Tabell 1. Teman och underteman.

och deras innehåll beskrivs nedan och en översikt ges i tabell 1.

### Att möta varandra som människor

Medlidande innebär ofrånkomligen att människor möts och blir berörda av varandra. Detta möte sträcker sig bortom rollen som "patient" respektive "sjukskötare" och handlar om att sjukskötaren på ett ärligt och ödmjukt sätt behandlar patienten med värdighet genom att visa att patienten som person är i centrum för sjukskötares omsorg. Att möta varandra som människor innebär att visa genuint intresse för patienten som person. Detta kan skapa förutsättningar för patienten att ta emot sjukskötares uttryck för medlidande, eftersom det signalerar till patienten att man ser hur personen har det och bryr sig om det. Ett sätt att visa intresse är att använda icke-verbala uttryck:

Jag tar ögonkontakt, jag ser dem i ögonen så att de kan se en ärlig blick och att [jag är] ödmjukt ... de kan bestämma hur de vill ha det ... allting är på deras villkor.

Att möta varandra som människor innebär också att vara ärlig och naturlig. Sjukskötaren kan göra detta genom att vara närvarande och tillgänglig för patienten utan själviska krav. Genom att vara ärliga i sina intentioner skapas förutsättningar för det tillitsfulla mellanmänskliga samspel som kännetecknar medlidande. Att möta varandra som människor innebär även att främja patientens värdighet: "

Definitivt ... [sjukskötaren måste placera sig på en lägre nivå än patienten] eftersom jag är gäst i patientens hem. Jag kommer dit på deras villkor. Och då ser jag vad vi kan göra tillsammans ... Allt måste vara enligt patientens önskemål. Om jag inte jobbar så ... blir det inget medlidande...".

Genom att exempelvis sitta ner och vara lugn kommunicerar sjukskötaren att han eller hon avser att ödmjukt lyssna på patienten och att patienten är värd att investera tid och engagemang i.

### Att vara i stunden

Att vara i stunden innebär att sjukskötare strävar efter att "vara" här och nu med patienten. Att vara

i stunden innebär att ha modet att vara närvarande genom att skapa ett utrymme för patienten att uttrycka sitt lidande. Deltagarna noterade ändå att alla patienter inte kan uttrycka sitt lidande med ord. Detta utrymme sträcker sig bortom det verbala och medlidande framstår således inte bara som ett gensvar på en patients verbala berättelser utan innebär också att vara tillsammans i tystnad. Sjukskötare behöver ibland "sitta på händerna", dvs. avstå från att agera, snarare än att utföra olika uppgifter eftersom otålighet och uppgiftsorientering är ett hot mot patientens värdighet genom att patientens egna erfarenheter och behov inte prioriteras. Detta beskrivs som att "vara borta från stunden" och agera snarare än "att vara i stunden". "Att inte vänta i tystnad kan återväcka patientens lidande och "stänga [förhållandet] ner [knäpper med fingrarna] ... bara så där".

Att vara i stunden innebär också att medlidande kommer till uttryck genom att vara nära någon. Denna närhet ses som ett sätt att kommunicera till patienten att sjukskötaren är närvarande, tillgänglig och villig att dela den andras lidande: "När vi sitter nära uppstår någon form av spänning ... och jag tror att jag är öppen för att ta emot [vad personen än vill öppna för] och [medlidande] öppnar ett sätt för det". Det handlar således inte bara om fysisk närhet utan också om att vara känslomässigt nära på ett sätt som kan skapa utrymme för patienter att uttrycka sitt lidande. Att vara i stunden som ett uttryck för medlidande innebär följaktligen att visa att man är tillgänglig för den andra och villig att närma sig det som kan vara smärtsamt både att bära och dela.

### Att vara ansvarig inför den andra

Medlidande innebär också ett grundläggande ansvar inför den andre som kommer till uttryck i sjukskötares naturliga villighet att ta hand om och vara lyhörd för patienten. Detta innebär att sjukskötarna är ansvariga inför den andra och har ansvar att förstå för patienten i relation till dennes omgivning och livssituation, inklusive de närstående och vilken betydelse detta sammanhang för patientens hälsa och lidande. Sjukskötare kan

lära känna patienten genom att prata om icke sjukdomsrelaterade saker som patienten är intresserad av. Ansvaret inför den andra sträcker sig med andra ord bortom de gränser som ett medicinskt perspektiv på ohälsa innebär, och bygger snarare på personcentrering och naturlig vård tillsammans med den medmänniska som lider, snarare än att ta över ansvaret.

"Om man vill se ... om man vill höra. Och om man vill hjälpa till. Då finns det inga problem. ... Man måste vara uppmärksam på saken. För jag kommer inte att uppfatta den om jag inte vill".

Att ha ansvar inför den andra innebär också medlidande kommer till synes genom sjukskötares intention att inte överge. Detta innebär att sjukskötaren fortsätter vara patientens stödjande medmänniska även i stunder då det är svårt, och då sjukskötaren kan uppleva sig själv som maktlös:

"Min uppgift är att locka dem att vandra uppåt ur den mörka dalen ... Och först och främst att hjälpa dem att nå högre. Men också att jag går med dem på resan ner ... och när det är bakslag och det är nedförsbacke, så följer samma trygghet [jag, sjukskötaren] ... ofta när de får dåliga nyheter, då är jag denna trygghet [som inte överger], men förblir stabil [även om allt annat förändras]".

### Att vara i en kärleksfull gemenskap

Medlidande framstår också som ett delande, inte bara den andras lidande utan av ens egen sårbarhet. Att vara i en kärleksfull gemenskap tillåter sjukskötare att dela lidande, vilket är ett sätt att inte bara vara närvarande och "vara med" utan också att "vara för" den andra på ett sätt som upplevs som stödjande:

"Jag tror att de får styrka från mig ... och att de inte är ensamma ... Det är en gemenskap ... Jag förmedlar 'jag är här med dig' ...".

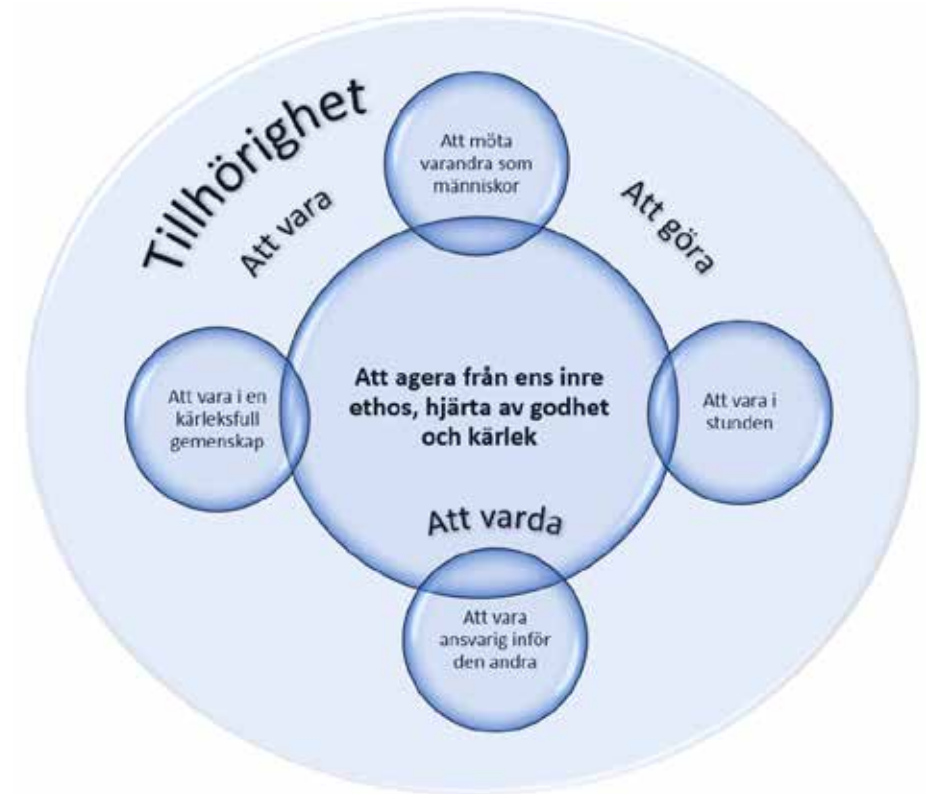
Att vara i en kärleksfull gemenskap innebär också att dela sin egen sårbarhet. Medlidande kommer till uttryck genom att sjukskötare delar något av sig själva, exempelvis att de beröras av den andras lidande eller känner sig otillräckliga, något som kräver mod och också öppnar för den andres sårbarhet.

"Ja, just det ... [tårarna från sjukskötaren kan visa patienten] att man är en människa ... och det gör det även möjligt för även de tuffaste att vara sårbara tillsammans med mig. Eftersom de ser att jag också är sårbar, så kan de också ha modet att visa sig sårbara".

### Tolkad helhet

Den tolkade helheten kan förstås som en syntes av den naiva förståelsen, resultaten från strukturanalysen och den teoretiska referensramen. Att möta varandra som människor och att vara i stunden framstår som ett uttryck för medlidande. Sammanflätat med att vara ansvarig inför den andra och att vara i en kärleksfull gemenskap framstår sjukskötarens upplevelser av att förmedla medlidande i hemvårdskontext som ett övergripande tema – "Att agera från ens inre ethos, sitt hjärta av godhet och kärlek". Det djupa ethos och fokus på den andra som ses här synliggör också att medlidande inte kan reduceras till att bli berörd av den andres lidande och sträva efter att lindra det, utan också handlar om att värna om patientens värdighet. Med utgångspunkt i Watsons (34) tankegångar om att tillhörighet föregår varandet och Erikssons (30) ontologiska hälsomodell framstår ömsesidigheten framstår detta "att höra till" och vara en människa bland människor som ett grundläggande villkor för sjukskötares medlidande. Denna tillhörighet konstitueras genom vårdarens ethos och synliggörs i att medlidandet kommer till uttryck inte bara som görande i form av konkreta interventioner för att lindra lidande, utan också i sjukskötares sätt att ha ansvar, vara tillsammans med den andre, förstå och svara på vad patienten uttrycker. (se figur 1 på följande sida)

Sjukskötares medlidande kommer till uttryck när de är närvarande och delar stunden med en patient genom att "vara" (t.ex. sitta bredvid en patient eller hålla en patients hand), vilket kan hjälpa patienten att hitta modet att också våga vara i stunden. Patientens värdighet bekräftas också när sjukskötare är tillgängliga för en patient på ett ärligt och ödmjukt sätt och kan vänta i tystnad snarare än att omedelbart börja agera



Figur 1. Studiens resultat: När medlidandet kommer till uttryck.

för att exempelvis kontrollera situationen utgående från sina egna värderingar eller för att skapa distans till sina egna reaktioner. I denna väntan finns både fysisk och emotionell närhet där sjukskötaren tillåter sig att bli berörd, för att kunna agera med utgångspunkt i den andre snarare än utifrån egna behov av att prestera. Att "göra ingenting" och "bara vara" tillsammans med patienten är i detta sammanhang också ett uttryck för medlidande och väsentligt i de situationer som är svåra att förändra. Omvänt kan sjukskötare kränka patientens värdighet om de engagerar sig

i omedelbar handling i ett försök att undvika att beröras av patientens lidande, eftersom patienter genom sådana handlingar kan uppfatta att de inte bör blotta sitta lidande och kan uppfatta att lidandeuttryck omedelbart måste "fixas" (jfr 33). Genom att vara i och dela stunden av lidande och sårbarhet kan sjukskötare skapa ett utrymme där patienter kan närma sig sin egen sårbarhet och erkänna samt närma sig sitt lidande på ett nytt sätt. När lidande delas och sårbarhet återkommer kan både sjukskötaren och patienten uppleva en tillväxt i relation till liv och hälsa. Sådan närhet

gör det möjligt för sjukskötare att engagera sig i medkännande handlingar som lindrar lidande och därmed erbjuder patienter en paus (om bara ett ögonblick) från lidande (jfr 40). Sett ur detta perspektiv framstår medlidande således som kommer till uttryck grundat på människors ömsesidighet och tillhörighet, snarare än som något sjuksköterskor gör eller kan förmedla som en intervention.

## Diskussion

Studien syftade till att beskriva vårdares levda erfarenheter av hur medlidande kommer till uttryck i mötet med patienter inom hemvårdskontext. Vi fann att medlidande kommer till uttryck när sjukskötare agerar utifrån sitt inre ethos, hjärta av godhet och kärlek. Dessa handlingar kan förstås som uttryck för en ontologisk tillhörighet, ett förbund människa-till-människa snarare än som interventioner sjukskötare gör inom ramen för en asymmetrisk relation och patient (jfr 34, 41). Samtidigt som detta är i linje med tidigare forskning där medlidande identifierades som en dygd (9, 18, 19, 21, 23, 24), så indikerar resultatet också att medlidande inte kan reduceras till något som kan läras in som "medlidsamma interventioner", utan att det har rötter i vår mänskliga natur, vilket för övrigt också bekräftas av biopsykologisk forskning som visar att vi är fysiologiskt predisponerade på att svara an på andra människor genom de s.k. spegelneuronerna (42).

Som vi ser här är medlidande vård inte bara en fråga om sjukskötare lär känna varje patient som människa. Det handlar också om sjukskötare gör sig tillgängliga på ett sätt som ger en grund för en ömsesidigt sjukskötar-patientrelation, som överskrider asymmetrin i vårdrelationen där en person är beroende av den andras goda vilja och professionalism. Detta är i linje med det personliga band som Sundin och Jansson (43) beskriver, vilket kan förstås som att stödja patienten i kampen med lidandet (33). I linje med detta säger Godlaski (27) att medlidande på många sätt är mer besläktad med vänskap än med någonting annat. Han konstaterar att även om en sådan uppfattning kan vara obekant eller till och med

tolkad som osäker när den betraktas i ett professionellt hälsosammanhang, ligger skillnaden mellan de två i att medlidande förekommer på professionell nivå medan sådan vänskap (dvs. vad andra anser är medlidande) inte uppstår i samma utsträckning på den personliga nivån som på den professionella nivån. Godlaski (27) fortsätter och skriver att: "Den medlidande klinikern påminner om en professionell vän som hjälper oss att leva igenom och prata genom erfarenheterna av sjukdom, lidande, förlust och sorg, samtidigt som hans medlidande framgår tydligt". Pellegrino och Thomasma (44) hävdar också att yrkesverksamma (betraktade som en professionell vän) har mycket kunskap och erfarenhet, som "icke-professionella" vänner vanligtvis saknar.

Godlaski (27) hävdar att medlidande egentligen inte är något man gör, utan snarare något som en annan individs lidande lockar fram i en, och säger att: "Hon och jag är länkade i en slags moralisk dans där ingen leder och ingen är ledd" (27). Enligt Young-Mason (45) är tillhörighet absolut nödvändig för medlidande, och genom att vara medlidande lär sig en individ mer om sårbarheten i att vara människa. Denna typ av erfarenheter skapar grund för den kreativa förståelse som är nödvändig för en persons förståelse och "självtransponering" till andras situation (18, 46). Detta innebär inte att bara "tänka sig in i" hur den andre har det, utan handlar om att vara närvarande och mötas i en situation där såväl sjukskötarens egen som patientens existens berörs. Som Jull (18) konstaterar kräver medlidande handling från den medlidande. I detta sammanhang är det dock viktigt att notera att handling inte är synonymt med konkreta åtgärder.

Att medvetet vara i stunden och ibland också avstå från att agera och istället ge tid som gåva är en aktiv handling, om än i stillhet. Tystnad, närhet och ett ödmjukt tillvägagångssätt kan således var uttryck för medlidande. Att vara i en tyst tillhörighet (med den andra) gör det möjligt för sjukskötare att förstå den andra (jfr. 43) och kan jämföras med den typ av intuitiv kunskap som beskrivs av van der Cingel (47). Vård baserad på intuitiv kunskap innebär att sjukskötare väntar på patienter

och är närvarande, tillgängliga och beredda att möta mörker och lidande i nuet (jfr 22, 47, 48). Centralt i sammanhanget är att som Hammarström (50) konstaterar, vara öppen för den andre och tillåta patientens uttryck för lidande att göra intryck på en själv, utan att ta avstånd från den andre. Detta kräver mod, och forskning om moraliskt mod knyter också detta till engagemang, kärlek och medlidande (50–53). I och med detta kommer ansvaret inför den andre snarare att handla om att i enlighet med Lëvinas (35) tankar om ansvars etik inte om att ta över ansvar, utan om att skapa förutsättningar för ett gott liv för den andre inte bara som patient utan också som medmänniska. Detta återspeglas i den här studien av att sjukskötare talar om att man ska bry om sig från sina hjärtan.

Saunders (29) konstaterar att "Medlidande hör hemma vid patientens säng eller sjukrum, inte på folkhälsoläkarens eller epidemiologens kontor". Samtidigt som vi ser tillhörighet och människors förmåga att svara an på andras lidande som ontologiskt och en del av människans natur är vi också medvetna om att detta kan vara utmanande för sjukskötare. Att möta andras lidande, och kanske också sina egna tankar om att inte kunna göra nog i situationen, kan väcka känslor av maktlöshet och osäkerhet. Att då försöka ta kontroll eller undfly en situation som vi uppfattar som ohanterlig och kanske även hotfull är precis som medlidande en del av vår mänskliga natur (15). Utan reflektion kan det vara svårt att hålla isär verkligheten som den presenterar sig för oss genom tankar som "jag kan inget göra", eller "jag måste göra något konkret", och verkligheten som dem är, det vill säga att det kan vara tillräckligt att stanna kvar och "lida med" den andre. Det finns med andra ord en risk för att handlandet utgår från egna behov av trygghet och kontroll snarare än patientens behov av att kanske "bara" ha någon vid sin sida i en svår stund.

Frågan är då hur sjukskötares förmåga och mod att bli berörda av den andres lidande kan utvecklas på ett sådant sätt att den kan balansera den utmaning som mötet med andras lidande innebär. Med utgångspunkt i Gilberts (15) forskning,

men också i forskning om självmedkänsla (55), så behöver en person kunna visa sig själv medkänsla och ta hand om sina egna reaktioner i mötet med den andres lidande. Om inte finns det en risk att personen överväldigas av sitt eget lidande och blir upptagen med att hålla det ifrån sig, istället för att "lida med" den andre. Ofta utvecklas denna förmåga i och med att vi i svåra situationer får ta emot medlidande från andra som hjälper oss att förstå och reflektera över det svåra, eller som hjälper oss igenom lidandet genom att finnas där. Att vårda och ställas inför andras lidande innebär emellertid en ny situation där tidigare erfarenheter inte alltid är tillräckliga. Studenter och erfarna sjukskötare kan därför behöva möta lärare, handledare och erfarna kollegor som i sin hållning ger uttryck för medlidande, visar förståelse för att möten med andras lidande kan göra ont och ger stöd i reflektion runt de egna reaktionerna – oavsett om dessa handlar om goda möten med patienters lidande, eller om situationer där det varit svårt att vara närvarande och "lida med" patienten. I dessa möten kan en förståelse såväl för de egna reaktionerna som för innebörden av medlidande växa fram (41, 55), och ansvaret inför den andre utvecklas då även till att kunna bära ansvar för sina egna reaktioner.

När sjukskötare har förmåga att ta hand om sina egna reaktioner och vara närvarande i mötet med den andre framstår också medlidande som en aspekt av ömsesidighet och tillhörighet tydligare. Därigenom kan mötet med andras lidande också bli en källa till energi och tillfredsställelse (56, 57).

## Konklusioner

Om medlidande relateras till den ontologiska nivån, och knyts samman med tillhörighet mellan människor som ett grundvillkor för tillvaron, så förefaller det rimligt att anta att uttryck för medlidande som en mellanmänsklig akt är oberoende av kontext även om konkreta interventioner för att lindra lidande kan kopplas till kontextspecifika faktorer. De erfarenheter av att ge uttryck för medlidande som sjukskötare inom hemvården beskrivit i denna studie, kan således ha relevans

även inom andra kontext. Dock behövs ytterligare forskning på detta område.

När medlidandet kommer till uttryck är det i ett sammanhang av mänsklig kontakt, ömsesidighet och tillhörighet, snarare än som en konkret intervention. Detta innebär inte att interventioner inte behövs, sjukskötare bör intervensera för att lindra lidande, men sådana interventioner kan vara riktade mot lidandet och även ske på basen av någon annans bedömning utan att vara uttryck för medlidande.

När medlidande kommer till uttryck handlar det snarare om att sjukskötaren har mod att ödmjukt och i en anda av medmänsklighet och kärlek engagera sig i mötet med patienten och att handlingar för att lindra lidandet – om så bara att vara tysta tillsammans – kan få en annan grund än standardiserade interventioner. Detta kan leda till en vårdande gemenskap som även den lindrar lidande. Att förstå att medlidande inte innebär att göra men att vara kan möjligen lindra stress för sjukskötare som annars kan känna sig tvungna att agera och "lösa" svårigheter under möten med lidande patienter.

### Jessica Hemberg

Docent, Akademilektor i vårdvetenskap, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa

### Lena Wiklund Gustin

Professor, UiT/Norges arktiske universitet, Narvik & Mälardalens högskola, Västerås

### REFERENSER

- The Oxford English Dictionary (2nd ed.). Oxford: Clarendon Press; 1989.
- Chambers C, Ryder E. Compassion and caring in nursing. Abingdon, Radcliffe Publishing Ltd; 2009.
- Chambers C, Ryder E. Excellence in Compassionate Nursing Care: Leading the Change. Radcliffe Publishing, Oxford; 2012.
- Tehrani-neshat B, Rakhshan M, Torabizadeh C, Fararouei M. Nurses', patients' and family caregivers' perceptions of compassionate nursing care (Internet). Nursing ethics; 2018. Hämtad från: doi 10.1177/0969733018777884.
- International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics for Nurses (Internet); 2012. Hämtad från: www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2012\_ICN\_Codeofethicsforurses\_%20eng.pdf.
- Bramley L, Matiti M. How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses (Internet). Journal of Clinical Nursing; 2014; 23: 2790–2799. Hämtad från: doi 10.1111/jocn.12537.
- Brito-Pons G, Librada-Flores S. Compassion in palliative care: a review (Internet). Current Opinion in Supportive and Palliative Care; 2018; 12: 472–479. Hämtad från: doi 10.1098/SPC.0000000000000393.
- Department of Health & NHS Commissioning Board. Compassion in practice: Nurse midwifery and care staff: Our vision and strategy. London, UK; 2015.
- McCaffrey G, McConnell S. Compassion: a critical review of peer-reviewed nursing literature (Internet). Journal of Clinical Nursing; 2015; 24: 3006–3015. Hämtad från: doi 10.1111/jocn.12924.
- Sinclair S, Hack T F, Raffin-Bouchal S, McClement S, Stajduhar K, Singh P, Chochinov H M. What are healthcare providers' understandings and experiences of compassion? The healthcare compassion model: a grounded theory study of healthcare providers in Canada (Internet). BMJ Open; 2018. Hämtad från: doi 10.1136/bmjopen-2017-019701.
- Sinclair S, McClement S, Raffin-Bouchal S, Hack T F, Hagen N A, McConnell S, Chochinov H M. Compassion in Health Care: An Empirical Model. Journal of Pain and Symptom Management; 2016a; 51: 193–203.
- Sinclair S, Norris J M, McConnell S J, Chochinov H M, Hack T F, Hagen N A, Bouchal S R. Compassion: a scoping review of the healthcare literature. BMC Palliative Care BioMed Central; 2016b; 15.
- Zamanzadeh V, Valizadeh L, Rahmani A, van der Cingel M, Ghafourifard M. Factors facilitating nurses to deliver compassionate care: a qualitative study. Scandinavian Journal of Caring Science; 2018; 32: 92–97.
- Hemberg J, Wiklund Gustin L. Caring from the heart as belonging – the basis for mediating compassion. Nursing Open; 2020; 7: 660–668.
- Gilbert P. Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges. Constable-Robinson; 2009.
- Spandler H, Stickley T. No hope without compassion: the importance of compassion in recovery-focused mental health services. Journal of Mental Health; 2011; 20: 555–566.
- Chochinov, H M. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C and D of dignity conserving care. BMJ; 2007; 335: 184–187.
- Jull A. Compassion: A concept exploration. Nursing Praxis in New Zealand Inc; 2001; 17: 16–23.
- Schantz M L. Compassion: a concept analysis. Nursing Forum; 2007; 42: 48–55.
- Wiklund Gustin, L & Wagner, L. The Butterfly Effect of Caring – clinical nursing teachers' understanding of compassionate care. Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2013; 27: 175–183. doi 10.1111/j.1471-6712.2012.01033.x
- Burnell L. Compassionate Care: A Concept Analysis. Home Health Care Management & Practice; 2009; 21: 319–324.
- van der Cingel M. Compassion: The missing link in quality of care. Nurse Education Today; 2014; 34: 1253–1257.
- Bradshaw A. Measuring nursing care and compassion: the McDonaldised nurse? Journal of Medical Ethics; 2009; 35: 465–468.
- von Dietze E, Orb A. Compassionate care: a moral dimension of nursing. Nursing Inquiry; 2000; 7: 166+–174.
- Frampton S B, Guastello S, Lepore M. Compassion as the foundation of patient-centered care: the importance of compassion in action. Journal of Comparative Effectiveness Research; 2013; 2: 443–455.
- Hassmiller B S. Bringing Compassion Back to the Forefront of Care. JONA: The Journal of Nursing Administration; 2018; 48: 175–176.
- Godlaski T M. On Compassion. Substance Use & Misuse; 2015; 50: 942–947.
- Jakimowicz S, Perry L, Lewis J. Insights on compassion and patient-centred nursing in intensive care: A constructivist grounded theory. Journal of Clinical Nursing; 2017; 27: 1599–1611.
- Saunders J. Compassion. Clinical Medicine; 2015; 15: 121–124.
- Eriksson K. Caring Science. The science of caring. (In Swedish: Vårdvetenskap. Vetenskapen om vårdandet). Liber AB, Stockholm; 2018.
- Lindström U Å, Nyström L L, Zetterlund J E, Katie Eriksson. Theory of caritative caring. In: Alligood M R (Ed). Nursing Theorists and Their work, 9th ed. St. Louis, Missouri, USA: Elsevier – Health Sciences Division; 2018.
- Willis D G, Leone-Sheehan M L. Watson's Philosophy and Theory of Transpersonal Caring. In: Alligood, M.R. ed. Nursing Theorists and Their work. 9th ed. Elsevier Mosby: USA; 2014.
- Eriksson K, Peterson C. (Ed.), Zetterlund, J. (Ed.). The Suffering Human Being. Nordic Studies Press; English edition; 2006.
- Watson J. Caring Science: Belonging Before Being as Ethical Cosmology. Nursing Science Quarterly; 2005; 18: 304–305.
- Lévinas E. Totality and infinity. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press; 2000. (Original work published 1969).
- Watson J. Love and Caring. Ethics of Face and Hand – An Invitation to Return to the Heart and Soul of Nursing and our Deep Humanity. Nursing administration; 2003; 27: 197–202.
- Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience (Internet). Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2004; 18: 145–153. Hämtad från: doi 10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x.
- Ricoeur P. From text to action – essays in hermeneutics II, London: The Athlone Press; 1991.
- Forskningsetiska delegationen. God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland (Internet). Forskningsetiska delegationens anvisningar; 2012. (hämtad 2.2.2019) Hämtad från: www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\_ohje\_2012.pdf.
- Hemberg J. The source of life, love – health's primordial wellspring of strengt (Doktorsavhandling) (In Swedish: Livets källa kärleken – hälsans urkraft). Åbo: Åbo Akademi; 2015.
- Wiklund Gustin L, Wagner L. The butterfly effect of caring – clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2013; 27: 175–183.
- Bauer J. Varför jag känner som du känner. Intuitiv kommunikation och hemligheten med spegelneuronerna. Stockholm: Natur & Kultur; 2007.
- Sundin K, Jansson L. 'Understanding and being understood' as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia (Internet). Journal of Clinic Nursing; 2003; 12: 107–116. Hämtad från: doi 10.1046/j.1365-2702.2003.00676.x.
- Pellegrino E, Thomasma D C. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.
- Young-Mason J. An Understanding of Compassion in Nepo's Acre of Light. Clinical Nurse Specialist; 1994; 8: 156.
- Pence G E. Can compassion be taught? Journal of Medical Ethics; 1983; 9: 189–191.
- Van der Cingel M. Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. Nursing ethics; 2011; 18: 672–685.
- Hemberg J. The dark corner of the heart – understanding and embracing suffering as portrayed by adults (Internet). Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2017. Hämtad från: doi 10.1111/scs.12424.
- Hammarström L. Encounters with patients in forensic inpatient care: Nurses lived experiences of patient encounters and compassion in forensic inpatient care. (Licentiatavhandling). Mittuniversitet, Sundsvall: Sweden; 2020.
- Arman M, Hök J. Self-care follows from compassionate care – chronic pain patients' experience of integrative rehabilitation (Internet). Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2016; 30: 374–381. Hämtad från: doi 10.1111/scs.12258.
- Lindwall L, Bouissad L, Kulzer S, Wigerblad A. Patient dignity in psychiatric nursing practice (Internet). Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing; 2012; 19: 569–576. Hämtad från: doi 10.1111/j.1365-2850.2011.01837.x.
- Numminen O, Repo H, Leino-Kilpi H. Moral courage in nursing: A concept analysis. Nursing Ethics; 2017; 24: 878–891.
- Thorup C, Rundqvist E, Roberts C, Delmar C. Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing. Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2012; 26: 427–435.
- Neff K D, Germer C. Self-Compassion. In Emma S, Emiliana S-T, Brown S L, Worline M C, Cameron C D, Doty J R (Eds.), The Oxford handbook of compassion science. Oxford: Oxford University Press; 2017.
- Wiklund Gustin, L. (2017). Compassion for self and others as key aspects of well-being in changing times (Internet). Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2017; 31(3): 427–433. Hämtad från: doi 10.1111/scs.12536.
- Dunn D J. The intentionality of compassion energy. Holistic Nursing Practice; 2009; 23: 222–229.
- Hegney D G, Craigie M, Hemsworth D, Osseiran-Moissin R, Aoun S, Francis K, Drury V. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results; (2014); 22: 506–518.

# Syster Agnes i Jakobstad

av Birgitta Geust

”Det var ett oerhört arbete som utfördes de första årtiondena då allt var nytt och det gällde att arbeta med nya idéer, som inte alltid genast möttes med uppskattning. Men resultatet nåddes och 1945 övertogs hälsosysteruppgifterna helt av kommunerna.”

Agnes Luther var skribentens farfars syster som år 1922 sändes till trakterna kring Jakobstad av Folkhälsan för att bekämpa tuberkulosen. Syster Rachel Edgren var hennes närmaste förman.

Inspirerad av Folkhälsans 100-årsjubileum den 16 mars 2021 erinrade jag mig en berättelse som följt mig ända sedan barndomen. Min farfars syster Agnes Luther (1883–1961) reste år 1922 till Österbotten för att som Folkhälsans hälsosyster verka i Pedersöre- och Nykarlebynejden. Spädbarnsdödligheten var stor. År 1919 dog 134 av 1000 levande födda barn innan de fyllt 1 år. Tuberkulosen härjade i hela Finland, och Österbotten var speciellt drabbat. Finland hade nyligen genomlevt ett svårt inbördeskrig och levnadsbetingelserna var svåra för det finska folket.

Det nygrundade samfundet Folkhälsan var livskraftigt och handlade snabbt. Man utsåg den unga sjuksköterskan och barnmorskan Rachel Ed-

gren att leda folkupplysnings- och hjälpverksamheten i Österbotten. Själv verkade syster Rachel i Vasa. För pionjärbetet i norra Österbotten värvades syster Agnes Luther, medan syster Margareth Sarén stationerades i södra Österbotten. Syster Rachel handledde de övriga hälsosystrarna i deras arbete.

Redan våren 1922 samlades de tre första österbottniska systrarna i Vasa för att utbyta erfarenheter kring den egna verksamheten och planera för framtiden. Följande möte hölls i Borgå 1924, varefter hälsosystrarna samlades årligen för att diskutera arbetets innehåll och en framtida utbildning.

Agnes Luther verkade som hälsosyster i Öster-



Folkhälsosystemen Agnes Luthet (med Folkhälsan-armbindel) på vårpromenad i Jakobstad 1922.

botten till år 1927 och nedtecknade år 1945 Minnen från min hälsosystemtid i Österbotten.

## Värning av syster Rachel

Beslutet att anta syster Rachels utmaning var mycket svår för syster Agnes. Hon skriver att uppgiften som skulle falla på hennes lott var alltför krävande och omfattande för hennes egen förmåga. ”Att uppträda inför publik, det kunde jag icke. Och så medan jag i dagar övervägde saken och syster Rachel försökte övertala, råkade jag en föredragsdam på gatan som undrade: skall Ni tala offentligt? Jag vet av erfarenhet huru det är att stå vid ”gröna bordet”. Man har hyrt en stor, dyr sal och så kommer kanske några gamla da-

mer, som hör på men ingenting gör. – Jag gick till vår ordförande och avslog anbudet. Men syster Rachel var ihärdig och vann.”

Syster Rachel införde syster Agnes i arbetet. Professor Ossian Schauman på Folkhälsan gav instruktioner hur arbetet skulle organiseras. Överallt i Finland, så även i norra Österbotten, behövdes upplysning i ”hygieniska frågor” och barnavård. Schauman ansåg att förebyggande av sjukdom inte var endast en social fråga utan också en nationalekonomisk uppgift.

Till en början skulle upplysningsverksamheten omfatta föredrag, kurser i barnavård, hembesök och utdelning av ströskrifter. Allt detta ville professor Schauman klarlägga för den blivande hälsosystemen och han blev ivrig och varm då han skildrade förhållandena och människorna i den österbottniska hembygden. ”Försök först att lära känna dem”, sade han ”sedan skall arbetet nog gå”. Professor Schauman uppmanade också den unga hälsosystemen att klä sig varmt under sina färder i det avlägsna Österbotten.

## Det första föredraget

Det första föredraget skulle hållas i Nykarleby. Det var inte bara att ”stiga på”. Prästen underrättade syster Rachel att det inte passade nykarlebyborna att ta emot systrarna, och att intresset för Folkhälsan var mycket litet. Nu gällde det att inte ge upp. Systrarna fortsatte till Jeppo gästgiveri. Där var åhörarna mycket få, eftersom det var bastudag i byn.

Modigt tog systrarna i Nykarleby kontakt med stadens ledning, som ställde rådhusalen till förfogande. Här ställde stadens grädda upp och föredraget gick helt bra. Småningom lärde syster Agnes känna nykarlebyborna, som visade sig vara vänligt sinnade och hjälpte den unga systemen tillrätta.

Snart grundades också Folkhälsoavdelningar i byarna. I byarna fanns sedan tidigare Marthaföreningar, och klokt nog kontaktade syster Agnes dem. Liksom idag så har bildandet av nätverk stor betydelse för nyskapande. Ofta var det folkskollärarinnan som var Marthornas ordförande och hon hade ju telefon!



"Luttrun", vilket syster Agnes kallades, på folkhälsoupdrag i Österbotten.

### Kursinnehåll

Syster Agnes hade strukturerat en föreläsningssomme för sina kurser i byarna. Kursen bestod av fem träffar:

- Lektion 1. Kvinnans kamp för fosterlandet är kampen för barnens hälsa och liv.
- Lektion 2. Modersmjölken och modershjärtat kunna inte ersättas.
- Lektion 3. Samvetsgrannhet vid barnets vård är nödvändig och belönas rikligt.
- Lektion 4. I en sund kropp utvecklas en sund själ.
- Lektion 5. Det viktigaste för barnets uppföstran är föräldrarnas förståelse, exempel och kärlek.

Syster Agnes bodde i byn medan kursen pågick. Marthorna hjälpte till med att skaffa bostad och ett utrymme där kursen kunde hållas. Ofta ingick demonstrationer under lektionerna. Av kursdeltagarna fick hälsosystemen uppgift om var det

fanns spädbarn i byn för att sedan kunna göra hembesök hos dessa unga familjer. Hon var noga med att förbereda familjen på besöket.

"Skräcken för att uppträda inför publik övervanns ganska snart, då man hade dessa ivrigt och intresserat lyssnande mödrar och fäder framför sig. Det hände nämligen ofta att männen kommo med till kurserna", skriver syster Agnes. 14-åriga skolflickor var även en alldeles speciell grupp kursdeltagare. Det var ju ofta de som skulle ta hand om sina småsyskon, medan föräldrarna var upptagna av sina arbeten.

### Hembesök

Tuberkulosen härjade i Österbotten vid denna tidpunkt. Mycken finkänslighet behövde hälsosystemen ha vid besöken i hemmen, då hon såg missförhållanden. Det fanns familjer där mormor gav "tuggor" åt spädbarnet, och värdinnor som staplade upp det nygräddade brödet på trasmatan, medan familjefadern hostande låg på soffan med spottkoppen på golvet bredvid sig.

I ett av de hem hon besökte hade farmor hand om barnen medan föräldrarna arbetade. "Fyra av dem, eller var det kanske till och med sex, dog inom ett och ett halvt år i tuberkulos, de flesta i hjärnhinneinflammation. Farmor hade alltid hosta, medgav den hårt provade modern." Lättare var det då att föreläsa om förebyggande åtgärder för att hindra tuberkulosens framfart inom ramen för kurserna.

### Bundsförvanter

En god samarbetspartner hade hon i doktor Runar Öhman, som var överläkare på Malmska sjukhuset i Jakobstad, och ordförande för Folkhälsan i Jakobstadsnejden. Han tog emot alla små patienter som behövde medicinsk konsultation, och var intresserad och förstående till alla förslag för att utvidga Folkhälsans arbete. Nya verksamhetsgrenar var bl. a. en mödrarådgivningsbyrå, skolhälsovård, skolbespisning, tandvård för barnen och gymnastiklektioner för barn och unga.

Syster Agnes berättar om hur en glittrande glad gymnastiklärarinna, fröken Lundberg, anlät till Pedersörenejden för att leda gymnastiken i landsbygdens skolor. Också hon blev en viktig samarbetspartner för syster Agnes.

I enlighet med Folkhälsans principer vände sig upplysningsarbetet till människor i alla åldrar från barn till vuxna. Syster Agnes minns hembesök "där husmodern ensam bar hela arbetsbördan, där mannen kommit hem från Afrikagruvorna med minsjukan, som var obotlig och gjorde honom oförmögen till allt arbete."

Hon minns Frans Lejon i Bennäs, som var blind och dövstum. Redan i barndomen hade syster Agnes lärt sig dövstumsspråket, som helt naturligt blev ett viktigt hjälpmedel för syster Agnes under tiden i Jakobstad.

Småningom utvecklades en stor ömsesidig tillgivenhet och respekt mellan syster Agnes och österbottningarna. Syster Agnes kallades "Luttrun", där hon cyklade genom byarna.

### Syster Agnes avslutar sina minnen så här:

"Mina minnen från hälsosystemtiden i Österbotten äro bara ögonblicksbilder. De människor som

framträda i dem och som hjälpte mig genom förståelse och intresse och alla dessa Österbottens mödrar, fäder och barn, som genom sin karaktär och sin trofasthet inte kunna glömmas, de voro det värdefullaste i mitt arbete, ty utan dem hade det inte varit något värt."

Också den lokala pressen uppmärksammade Agnes Luthers pionjärgärning i Österbotten. Så här berättade professor Runar Öhman vid mitten av 1950-talet i en intervju om "Luttrun":s verksamhet under rubriken "Syster Agnes blev missionär":

"Följande steg var att professor Schauman sände hit en missionär, syster Agnes Luther, som utförde ett banbrytande arbete i Jakobstad och Nykarleby, samt landsbygden kring dessa städer. Syster Agnes var en verklig eldsjäl, ett energiknippe, som helt uppoffrade sig för detta väldiga arbete. Och hon hade den rätta inställningen. Hon ville först lära känna befolkningen under sina vandringar i distriktet, innan hon började verka på allvar. Syster Agnes hängivna arbete gjorde att verksamheten snart kom igång på allvar. Hon höll föreläsningar på olika håll i bygden, hon anordnade kurser i spädbarnsvård och slutligen förverkligades drömmen om en rådgivningsbyrå i Jakobstad. Verksamhetsuppgifterna blev allt flera med åren. Vi fick flera hälsosyster till trakten och vi började ägna skolorna en större uppmärksamhet än tidigare. Det gällde att ordna med tandvård för eleverna, med skolstäderskor och med sommarkoloniverksamhet för att nämna några exempel.

"Det var ett oerhört arbete som utfördes de första årtiondena då allt var nytt och det gällde att arbeta med nya idéer, som inte alltid genast möttes med uppskattning. Men resultatet nåddes och 1945 övertogs hälsosysteruppgifterna helt av kommunerna."

### Birgitta Geust

Pensionerad sjukvårdslärare

### LITTERATUR

Dahlberg J. Mitt i samhället, nära människan Samfundet Folkhälsan i svenska Finland 1921-2021. SLS/Folkhälsan; 2021.

Luther A. Minnen från min hälsosystemtid i Österbotten. Maskinskrivna hägkomster. 12.12.1945.

# Sjukskötares kunskaper och attityder beträffande smärtbehandling

av Sahaita Chugani & Sirkku Säätelä & Rika Levy-Malmberg

Artikeln är en sammanfattning av examensarbetet "Nurses' Knowledge and Attitudes Towards Pain Management".

Syftet med studien var att få ny kunskap och djupare förståelse om sjukskötarnas attityder och kunskap om smärtbedömning och -hantering, för att förstå förändringar i kompetens och attityder över tid och i olika länder.

Smärta är ett vanligt symptom som får människor att söka hjälp av vårdpersonal eftersom det hämmar fysiska, känslomässiga och andliga välbefinnande (1). På grund av detta är smärta ett mycket viktigt symptom och riktlinjer för smärthantering och -behandling har publicerats sedan 1980-talet (2, 3). Trots detta hävdas det att smärta fortfarande hanteras ganska dåligt (4).

## Smärtbedömning

Smärta i sig är subjektivt och kvalitativt. Inom vården används olika verktyg och skattningsskalor för att bedöma smärtan. Trots detta är det mycket utmanande att mäta smärta på objektiva sätt. Att bedöma patientens smärta är hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar. Vårdarna spelar en stor roll vid bedömning, tolkning, behandling och utvärdering av smärta hos patienten samt vid planering av smärtbehandlingen. Därför är det mycket viktigt att vårdarna är välutbildade och kunniga gällande metoder för smärtbedömning och smärthantering. Det är av största betydelse att sjukskötarna inte använder sig av felaktiga

övertygelser eller myter gällande smärta eftersom det kan leda till ineffektiv eller otillräcklig smärtbehandling (5).

## Vikten av kunskap om smärta

Flera studier och publicerade rapporter (t.ex. 1, 5, 6, 7) har gjorts genom åren. Dessa försöker beskriva hindren för effektiv smärtbehandling. Resultaten har visat att otillräcklig kunskap och negativa attityder gällande smärthantering är de största hindren för genomförandet av effektiv smärthantering. Därför anser vi att det är mycket viktigt att diskutera detta ämne och att mäta sjukskötarnas kunskaper och attityder för smärthantering för att bättre förstå orsaken till problemet.

## Litteraturöversikt

För att fördjupa kunskapen och förståelsen gjordes en systematisk litteraturöversikt. Materialet inkluderade 13 referentgranskade artiklar. De artiklar som valdes ut kom från olika länder, vilket var fördelaktigt för forskningsfrågan, att jämföra kunskaper och attityder hos sjukskötare i olika

länder. Målet var att öka medvetenheten bland sjukskötare och annan vårdpersonal för att förbättra kvaliteten på den vård som ges till patienter.

Studierna är genomförda under olika tidsperioder, vilket svarade på syftet att undersöka utvecklingen av sjukskötares kunskaper och attityder till smärtlindring över tid. De artiklar som granskades var från åren 1995–2020.

Alla studier innefattade sjukskötares kunskaper och attityder till smärthantering som utvecklats av McCaffery och Ferrel (3). KASRP-undersökningen av McCaffery och Ferrell (3) är ett erkänt verktyg för att mäta kunskap och attityder kring smärthantering. Innehålls reliabilitet har fastställts av en panel av smärterexperter och är baserat på riktlinjer för smärthantering från Världshälsoorganisationen WHO (8), American Pain Societys Guideline Panel som ger riktlinjer för hantering av akut smärta (9) samt Agency for Health Care Policy and Research (1, 8). Validiteten

av detta verktyg har fastställts genom jämförelse av sjukskötarbetyg med olika kompetensnivåer, såsom studerande, onkologisjukskötare, akuttvårdare, erfarna smärterexperter etc. Undersökningen består av flervalfrågor som mäter smärtbedömningen, icke-farmakologiska och farmakologiska metoder för behandling av smärta samt vanliga missuppfattningar om smärta.

## Resultat

I den systematiska litteraturöversikten identifierades tre huvudteman:

1. Sjukskötarnas kunskapsnivå och attityder till smärta i olika länder.
2. Utveckling av sjukskötares kunskaper och attityder till smärthantering över tid.
3. De vanligaste områdena av missuppfattning och desinformation angående smärta bland sjukskötare.

Resultaten av de 13 artiklarna (1, 8, 10–20) som granskats, sammanfattas i diagram 1.

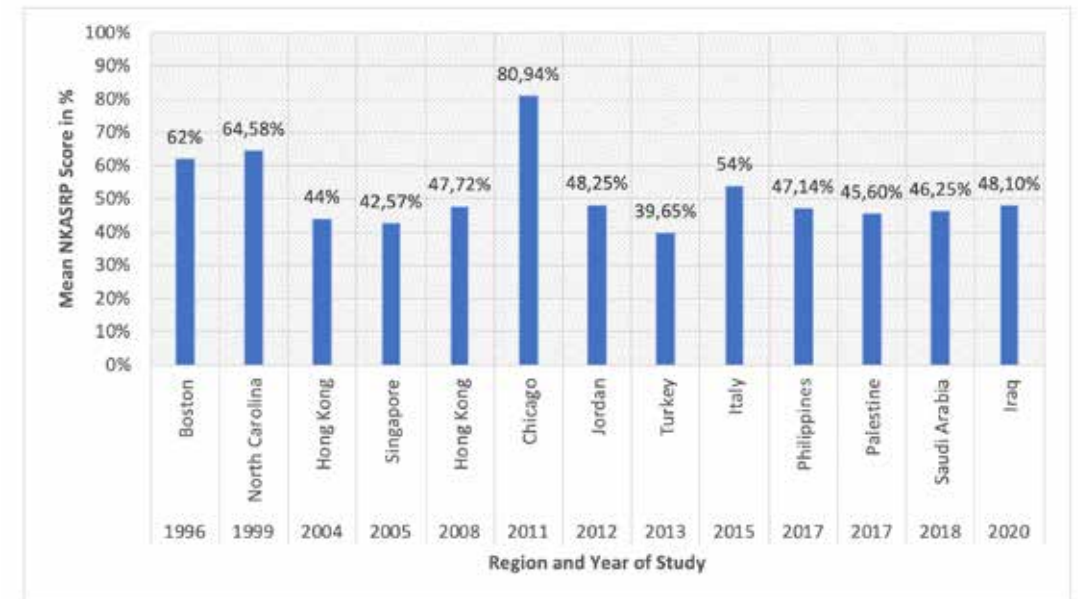


Diagram 1. Genomsnitt av NKASRP Scores in olika länder.



Resultaten visar att sjukskötare i olika delar av världen (diagram 1) har begränsad och kunskap under önskvärd nivå, negativ attityd och missuppfattningar om smärta förekommer. Detta stöder oron om otillräcklig kunskap och attityder gällande smärthantering bland sjukskötare, eftersom alla regioner som studerats, förutom Chicago, inte uppnådde poäng på 80 % i NKAS-RP-undersökningen.

Det finns dock en positiv utveckling av kunskap och attityder till smärthantering i olika delar av världen, åtminstone i Förenta staterna, Ostasien, Sydostasien och Mellanöstern. Detta visar att förbättringar är möjliga och sker i olika takt, till följd av forskning och andra smärthanteringsstrategier som bidrar till tillväxt och förändring med tiden.

Resultaten bekräftar problemets omfattning och vikten av fortsatt forskning inom detta område för att skapa medvetenhet och även utforma möjliga insatser samtidigt som utvecklingen bevakas över tid.

### Bristande självinsikt

Ett stort bekymmer enligt dessa resultat är att majoriteten av sjukskötare som deltog i flera av dessa studier, liksom även i tidigare studier, saknade självinsikt och medvetenhet om sin otillräckliga kunskapsnivå och negativa attityd till smärthantering inom sina arbetsenheter (8, 14). Detta innebär att det finns en skillnad mellan upplevd och faktisk kunskap. Denna brist på medvetenhet kan vara en orsak till att de genomsnittliga poängen var under önskvärd nivå och varför tillväxt och utveckling av dessa resultat över tid är långsamma. Sjukskötare som tror att de redan har tillräckliga kunskaper och rätt attityd, hittar inte några problem i sin nuvarande agerande. Detta leder till bristande intresse för att till exempel söka efter riktlinjer i smärthantering, delta i utbildning eller att ytterligare förkovra sin kunskap inom smärthantering, vilket skulle vara viktigt för att säkerställa kunskap, inställning, medvetenhet samt ge förbättrat förfarande och garantera kontinuerlig uppdatering inom området.

*”...trots att majoriteten av sjukskötarna i alla studier svarade att patientens egen utsago är den mest tillförlitliga och viktiga källan vid bedömningen av smärta, hade ändå stor majoritet fortfarande uppfattningen att förändringar i vitala funktioner måste verifieras för att kunna lita på en patients uttalande av smärta ”*

### Attityd till smärta

Det mest problematiska fyndet som kunde läsas i alla artiklar var en diskrepans mellan attityden till smärta och det som gjordes i praktiken. Paradoxen var att trots att majoriteten av sjukskötarna i alla studier svarade att patientens egen utsago är den mest tillförlitliga och viktiga källan vid be-

dömningen av smärta, hade ändå stor majoritet fortfarande uppfattningen att "förändringar i vitala funktioner måste verifieras för att kunna lita på en patients uttalande av smärta " (1, 11,12, 13, 15, 16, 17, 20). Ännu mer motsägelsefullt och alarmerande var att största delen av sjukskötarna felaktigt ansåg att patienterna överrapporterade sin smärtintensitet. Detta visar att sjukskötarna förlitade sig mer på patienternas icke-verbala beteende, vitala funktioner och sina egna personliga övertygelser under smärtbedömningen, trots att de visste att patientens självrapport om smärta är den enskilt mest tillförlitliga indikatorn på smärtintensiteten (8, 11, 12, 13, 14, 17).

### Rädsla för missbruk

Resultaten förstärkte också den felaktiga uppfattningen som finns inom smärtlindring angående opioder och missbruk. Rädsla för missbruk har rapporterats som det vanligaste hindret för effektiv smärtlindring (21). Rädsla för missbruk av opioder kan i många fall leda till undermedicinering av patienter med smärta. Detta kan bero på bristfällig utbildning, attityd eller opiatlagstiftningen i landet som kan avskräcka ordinerings av opioder eller ge felaktig föreställning om att användning av opioder alltid är skadlig (1, 13, 14, 15, 16, 17).

### Sjukskötarens viktiga roll

Även om sjukskötare i tidigare studier konstaterades sakna tillräcklig medvetenhet om sina otillräckliga kunskaper och attityder till smärta, kan det konstateras att sjukskötarna saknar tillräcklig medvetenhet om sin egen viktiga roll inom smärtlindring. Denna brist på medvetenhet leder till att otillräckliga kunskaper och negativ inställning till smärtlindring fortsätter att leva kvar. På grund av att läkare har den avgörande rollen i att ordinera smärtstillande läkemedel och ofta även planera smärthanteringsprocessen är det möjligt att sjukskötarna tänker att läkare bär det största ansvaret. Såsom det även noterats i början av examensarbetet är det sjukskötarna som tillbringar mest tid med patienten och bör således utvärde-

ra läkemedelsbehandlingsverkan. Därför har sjukskötaren en avgörande och ytterst viktig roll i smärtbedömningen och behandlingsprocessen.

### Slutsats

Inom vårdutbildningarna kan det finnas brister i läroplanen gällande smärta och smärtbehandling men även vårdläraerna bör vara medvetna om att det kan finnas brister och problem i deras egna kunskaper och förhållningssätt gällande smärta. Utbildarna bör uppmuntras att ta del av ny forskning, att delta i workshops och föreläsningar osv. om smärthantering. Dessutom borde undervisningen av sjukskötare följa en kontinuerlig utbildningsstrategi för att ständigt uppdatera den information som ges till studeranden. Läroplanen för smärtbehandling samt läroböcker och annat material som används för undervisning av studerande bör ständigt analyseras och utvärderas för att säkerställa att de överensstämmer med gällande riktlinjer och information om smärta (10, 13).

Eventuella problem som identifierats bör behandlas inom lärosätet och smärtexperter kan konsulteras för att genomföra behövliga förändringar. Läroböcker föråldras och dessa borde uppdateras i intervaller på 1–2 år. Användning av kontinuerligt uppdaterade och erkända källor såsom The American Pain Society (4) eller Världshälsoorganisationens publikationer som referenser till undervisning och lärande kunde vara en bra idé.

Att uppmuntra studerande och sjukskötare att delta i workshops, föreläsningar och till och med bli medlemmar i smärtföreningar eller andra samfund kunde vara ett sätt att inhämta ny kunskap om smärta. Detta skulle öka sjukskötares och studerandes medvetenhet om problematiken samt om deras egen roll i smärtlindring.

Transkulturellt vårdarbete och internationella kurser i vårdarbetet borde bli mer framträdande i läroplanerna och flera praktiserande sjukskötare borde göras medvetna om kulturella hinder och skillnader för att kunna ge patienterna bästa möj-

liga vård oavsett patientens ålder, kön, ras eller socioekonomiska situation.

Slutligen kan sägas att ytterligare forskning inom detta område är av stor betydelse. Tyvärr kunde information och artiklar om sjukskötares kunskaper och attityder till smärta i många länder inte hittas i den sökning som gjordes eller i de databaser som användes. Det kan dock finnas forskning på andra språk än engelska och även i andra databaser.

Mera tillgänglig och ny forskning borde bedrivas i alla länder för att på ett korrekt sätt bedöma nivån av sjukskötares kunskap och attityder till smärta. De områden där det finns behov av mera kunskap och förbättringar borde utredas och åtgärdas. Resultatet av gjorda utbildningsinterventioner borde även bedömas för att mäta effekten.

Examensarbetet bekräftar att forskning inom detta ämne är viktigt och borde utföras inte bara i varje land utan också kontinuerligt över tid så att informationen hålls uppdaterad och utvecklingen och situationen i varje land ständigt kan ses över och åtgärdas vid behov, t.ex. genom revidering av läroplaner och fortbildning.

Första skribenten vill tacka HVD Anita Wikberg för hennes värdefulla kommentarer under presentationen av examensarbetet.

### Sahaïta Chugani

Sjukskötarstuderande, Nursing degree program, YH Novia

### Sirkku Säätelä

MPA, lektor i vård, YH Novia

### Rika Levy-Malmberg

HVD, lektor i vård, YH Novia

### REFERENSER

1. Samarkandi O A. Knowledge and attitudes of nurses toward pain management. *Saudi Journal of Anaesthesia*. 2018; 12(2): 220.
2. Joranson D E, Gilson A M. Regulatory Barriers to Pain Management. *Seminars in Oncology Nursing*. 1998; 14: 158-163.
3. McCaffery M, Ferrell B. Nurses' Knowledge about Cancer Pain: A Survey of Five Countries. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1995; 10: 356-367.
4. McCaffery M, Pasero C. *Pain: Clinical Manual* (2nd ed.). St. Louis: Mosby; 1999.
5. Kwon J H. Overcoming barriers in cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*. 2014; 32: 1727-1733.
6. Watt-Watson J. Nurses' Knowledge of Pain Issues: A Survey. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1987; 2(4): 207-211.
7. Bartoszczyk D, Gilbertson-White S. Interventions for Nurse-Related Barriers in Cancer Pain Management. *Oncology nursing forum*. 2015; 42(6): 634-641.
8. Brown S T, Bowman J M, Eason F R. Assessment of nurses' attitudes and knowledge regarding pain management. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 1999; 30(3): 132-139.
9. American Pain Society. *Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and chronic cancer pain* (3rd ed.). Skokie, IL: American Pain Society; 1992.
10. Clarke E B, French B, Bilodeau M L, Capasso V C, Edwards A, Empoliti J. Pain management knowledge, attitudes and clinical practice: The impact of nurses' characteristics and education. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1996; 11(1): 18-31.
11. Tse M M Y, Chan B S H. Knowledge and attitudes in pain management: Hong Kong nurses' perspective. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*. 2004; 18(1): 47-58.
12. Nasar E, Sinwan S, Bee W H. Nurses' knowledge on pain management. *Singapore Nursing Journal*. 2005; 32(2): 29-36.
13. Lui L Y, So W K, Fong D Y. Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong Medical units. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17(15): 2014-2021.
14. Al-Shaer D, Hill P D, Anderson M A. Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Assessment and Intervention. *MED-SURG Nursing*. 2011; 20(1).
15. Yava A, Çiçek H, Tosun N, Özcan C T, Yıldız D, Dizer B. Knowledge and Attitudes of Nurses about Pain Management in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 2013; 6: 494-505.
16. Qadire M, Khalailah M. Jordanian nurses' knowledge and attitudes regarding pain management. *Pain Management Nursing*. 2014; 15(1): 220-228.
17. Latina R, Mauro L, Mitello L, D'Angelo D, Caputo L, De Marinis M G, Sansoni J, Fabriani L, Baglio G. Attitude and Knowledge of Pain Management Among Italian Nurses in Hospital Settings. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*. 2015; 16(6): 959-967.
18. Nimer A, Ghayeb F A W. Palestinian Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management. *International Journal of Scientific and Research Publications*. 2017; 7(3): 17-27.
19. Adalin F R B, Tuazon J A, Delariarte M L A, Lagas F L B, Mejia S E S, Mizukoshi L P, Palomeno I P E, Ramos D P G, Ramos G A C. Knowledge, Attitudes, and Practices of Nurses on Pain Assessment and Management in Manila, Philippines; 2017 (7.7).
20. Majeed H M, F Hassan A, Abid R I. Evaluation of nurses' knowledge and attitudes toward pain management at Baghdad Teaching Hospitals. *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*. 2012; 14(2): 1574-1579.
21. Beck S. An ethnographic study of factors influencing cancer pain management in South Africa. *Cancer Nursing*. 2000; 23(2): 91.



## ARCADA ERBJUDER FÖLJANDE

## AKTUELLA FORTBILDNINGSKURSER

### SENIORIVALMENTAJA – IKÄIHMISEN KUNTOUUTTAJA

Omfattning: 15 SP

Pris: 225€

Utbildningsspråk: Finska

Utbildningsdatum: 14.10.2021 – 18.02.2022

Under utbildningen får du nya verktyg och lär dig nya sätt för att bemöta äldre. Du kommer att utveckla en förståelse och kunskap om de specifika egenskaperna för rehabilitering av äldre, såsom minnes- och andra allmänna sjukdomar, mediciner, kost, psykiska störningar och deras inverkan på rehabilitering.

Läs mer och anmäl dig senast 1.10:

[www.arcada.fi/seniorivalmentaja](http://www.arcada.fi/seniorivalmentaja)

### SIMULERING OCH DELAKTIGHET STÖDER SÄKERHETSKUNNANDE INOM UTBILDNINGSEKTORN

Omfattning: 20 SP

Pris: 0€ (utbildningen finansieras av Utbildningsstyrelsen)

Utbildningsspråk: Svenska eller finska

Utbildningsdatum: 1.11.2021 – 3.6.2022 och 15.8. – 31.10.2022

Genom att delta i denna utbildning får du en större förståelse för säkerhetskultur, riskbaserad säkerhetsledning och hur du bättre kan förutse, identifiera och hantera oroande beteende i skolgemenskaper. Du lär dig metoder för att involvera barn, elever, studenter, förmyndare och personal i utvecklingen av säkerhet och välbefinnande.

Läs mer och anmäl dig senast 25.10:

[www.arcada.fi/simulering-och-delaktighet](http://www.arcada.fi/simulering-och-delaktighet)

ARCADA  
FORTBILDNING

# Jorden runt med Alarik - dagbok från ett sjuktåg under fortsättningskriget

av Ruth Eriksson

Förord av utgivarna:

Denna bok återger – i urval – en sjuksköterskas dagboksanteckningar från åren 1941–1944, som hon tillbringade på ett sjuktåg. Det har skrivits spaltkilometer efter spaltkilometer om männens bedrifter under krigsåren, men kvinnornas bragder har hittills inte uppmärksammats i den utsträckning de förtjänat. Kvinnorna stod för huvuddelen av arbetskraften på den s k hemmafronten, och tjänstgjorde därtill i tiotusental inom försvarsmakten som lottor, sjuksköterskor och soldathemssystrar. Det är därför all anledning att lyfta fram deras insatser, i synnerhet som halvsekelminnet av dessa hjältedåd nu närmar sig. Avsikten med föreliggande volym är att rädda en sektor av ”kvinnornas krig” undan glömskan.

## Alariks tusenmilafärder

Titeln på denna bok är med avsikt vilseledande. Den syftar inte på någon världsomsegling el dyl, utan på de tusentals mil ett finländskt sjuktåg tillryggalade under fortsättningskriget 1941–1944. Läsaren får genom en dagboks förmedling följa med på sjuktåg nr 8 (:s färder från krigsutbrottet vid midsommartiden 1941 fram till hösten 1944, då stridslarmet i öster tystnat efter vapenstilleståndet. Sjuktåg nr 8, populärt kallat ”Alarik” efter överläkaren Alarik Jahkola, avverkade under de drygt tre åren 129 resor på sammanlagt 165 577 km, en sträcka som motsvarar gott och väl fyra

färder jorden runt vid ekvatorn.

Alarik rullade främst på banorna i landets södra och mellersta delar, från Torneå till Hangö och från Ladoga till Bottniska viken. Alarik följde även den framryckande armén i spåren bortom östgränsen, som överskreds första gången i början av oktober 1941. Den 1 november, en månad efter stadens erövring, ångade Alarik in på bangården i Petroskoi, som i fortsättningen blev ett ofta återkommande mål för tågets resor. Även gränsen vid Torne älv passerade Alarik ett stort antal gånger medan transporterna av finländska krigsbarn till och från Sverige pågick.

## ”Kvinnornas krig”

Tiotusentals kvinnor deltog i under åren 1939–1945 i krigsansträngningarna, både vid fronten och bakom den. Utan dem hade hjulen stannat såväl inom försvarsmakten som det civila samhällsmaskineriet. Kvinnornas insatser har hittills dock inte uppmärksammats i den utsträckning de förtjänat. Denna bok berättar historien om ett av dessa hjältedåd i det fördolda.

Ruth Eriksson tjänstgjorde under fortsättningskriget som översköterska på ett sjuktåg (”Alarik”) som transporterade sårade soldater från fronten. Hon förde dagbok för varje dag från försommaren 1941 till senhösten 1944 och fotograferade dessutom flitigt. På så sätt uppstod ett unikt dokument rörande denna viktiga sektor av ”kvinnornas krig”. Ruth Eriksson skildrar livet på tåget med glädjeämnen och sorger, höjdpunkter och tristess. Dagboken ger även en osminkad bild av stämningarna i vida kretsar under krigsåren.

## Sjuktågen

De finländska landstridskrafternas förluster i sårade uppgick under fortsättningskriget till drygt 150 000. De soldater som sårades i strid fick i allmänhet första hjälp på förbandsplatser vid fronten, varifrån de sändes vidare till inte alltför avlägsna fält- eller krigssjukhus. Den egentliga vården av dessa patienter ägde dock rum vid de stora krigssjukhusen på hemmafronten.

Det enda transportmaskineriet som på denna tid hade kapacitet att klara av den krävande uppgiften att transportera i medeltal tusen patienter i veckan många hundra kilometer var statsjärnvägarna. Ett ambulanstågväsende organiserades redan hösten 1939. Under fortsättningskriget opererade sammanlagt tio sjukhuståg, av vilka sju var uppställda av Helsingfors skyddskårsdistrikt, medan Centraltavastland, Rovaniemi och Jyväskylä stod för var sitt tåg (se tabellen på sid 40). En del av tågen sorterade hela tiden under Högkvarteret, och de andra var tidvis underställda

armékårerna, tidvis Högkvarteret, där sanitetsavdelning 1 handlade sjukstågsverksamheten.

Sjukhustågen hade i allmänhet 15 vagnar, dragna av tunga godstågslok av typen K-3. Närmast loket åkte en konduktörsvagn och en förrådsvagn, varpå följde en III kl sovvagn med liggplatser för 33–39 patienter. Den fjärde och femte vagnen i tågsättet var III klass kupéer med sittplatser för 89–100 lindrigt skadade patienter, medan vagnarna 6,7 och 8 var bostadsvagnar för personalen (I och II klass sovvagnar för befälet och vårdpersonalen samt en III klass sovvagn för manskapet). Vagn 9 inrymde matsalen och nr 10 köket, vagn 11 var en specialvagn som upptogs av poliklinik och medicinförråd samt ett utrymme för 16 patienter på bårar. De fyra sista vagnarna var ombyggda dagvagnar av III klass, där man genom att avlägsna bänkar fått plats för 32 britsar. Inlastningen av bårar skedde genom fyra fönster, där rutorna hade ersatts med träskivor som lätt kunde lyftas av. Ett sjuktåg kunde sålunda



**Ovan:** Tåget Alarik som var uppkallat efter den ansvarige läkaren ombord.

**Till vänster:** Ruth Eriksson (t h), legitimerad sjuksköterska, har utfört sin livsgärning inom den kommunala hälso- och sjukvården i Helsingfors. Under krigsåren fick hon tillsammans med tiotusentals andra kvinnor axla ett tungt ansvar för upprätthållandet av livsviktiga funktioner i samhället. Deras ansträngningar var inte förgäves.

ta 355–383 patienter ombord, beroende på hur många ligg- och sittplatser det fanns framme i tåget. Siffran överskreds ofta då aktiviteten id fronten var livlig.

Personalen på ett sjuktåg fördelades sig på flera kategorier: läkare (två, av vilka den ena var överläkare), sjuksköterskor (12–15, av vilka en var översköterska), lottor (5 sanitetslottor och 4 kökslottor) och militärer (1 kommandant + 1 fältväbel + ca 25 man, av vilka några hade fått sanitetsutbildning) samt järnvägsfolk (6–8 man, bland vilka lokföraren självfallet var den centrale gestalten). Tåget hade följaktligen vid full bemanning en besättning som bestod av 50–60 personer.

Sjuktåget var ett rullande hem för personalen, som kunde vistas ombord i årtal med avbrott endast för permissioner och kommenderingar. Kom-

forten lämnade givetvis en del övrigt att önska, men krigstidens allvar gjorde att man i allmänhet uthärdade vedermödorna väl. Under de korta uppehållen i Haparanda kunde tågets besättning någon gång skaffa sig litet guldkant på tillvaron genom att gå och handla för några kronor i en butik eller slinka in på ett konditori. Överflödet i Sverige stod i bjärt kontrast till affärernas blygsamma sortiment hemma i Finland. För övrigt upptogs vardagen på tåget för det mesta av slitsamt arbete, som kunde vara dygnet runt medan transporterna pågick. På- och avlastningen av sårade tog för det mesta många timmar i anspråk, och under färden krävde patienterna ständig tillsyn. Under de sårades gipsförband bildades sårmasor som kröp omkring på golvet och kunde sopas upp i högar; dessa maskar var trots det obehag

de förorsakade i själva verket nyttiga, eftersom de motverkade sårinflammation.

Då tåget inte var i rörelse måste personalen ombord ta sig an uppgifter som storstädning och inventering samt komplettering av förråden. Vid längre uppehåll kunde det hända att besättningen placerades i arbete på höängen eller sysselsattes med vedhuggning eller t o m med upptagning av torv på någon mosse; under denna tid då allmän arbetsplikt rådde, fick ingen gå sysslös. Den tämligen slätstrukna kosten ombord (det serverades mest soppor) försökte man i mån av möjlighet variera och dryga ut genom insamling av bär och svamp samt genom fiske i någon insjö. Sjöarna erbjöd svalka under heta sommandagar, vilket besättningen inte var sen att utnyttja då tåget stod några minuter. Om vintrarna skidade man en hel del under den snålt tilltagna fritiden. Var det lugnt vid fronten, kunde det hända att tåget fick packa in helt och hållet på några veckor; då användes läkarna och sjuksköterskorna tillfälliga arbetsplatser t ex vid något krigssjukhus.

Alarik var i likhet med de övriga sjuktågerna försedd med Röda korsmärken, men dessa respekterades inte av de ryska flygarna. Tåget gjorde halt när fiendliga plan närmade sig, varefter man fick söka ta skydd i terrängen. Alarik led inga förluster i strid, men flera gånger var det nära ögat, bl a i den skärseld de sovjetiska planen skapade mellan Viborg och Villmanstrand i mitten av juni 1944.

Trots strapatserna var besättningens hälsotillstånd tämligen gott. Endast tre allvarliga sjukdomsfall noterades på Alarik: två sköterskor och en soldat insjuknade och dog i tuberkulos som de förmodligen ådragit sig genom smitta från någon patient.

### Sjuksköterskeåren under fortsättningskriget

Den finländska kvinnan har av tradition skaffat sig utbildning och yrkesarbetet utanför hemmet mer än kvinnor i de flesta andra länder. Man kan därför säga att kvinnans beredskap att möta de utmaningar som kriget förde med sig var god, men trots det kunde de nya uppgifterna i de flesta fall inte fullgöras utan hårda ansträngningar.

Den finländska mobiliseringsprocenten var hög vid en internationell jämförelse; ungefär 16 % av hela befolkningen var inkallad. Eftersom männen i vapenför ålder låg vid fronten, blev kvinnorna tvungna att rycka in som ersättare för dem, så att vitala samhällsfunktioner inte skulle avstanna.

Den finländska sjuksköterskeåren omfattade under krigsåren 1941–1944 ca 9 600 utbildade sjuksköterskor. Av dem var 6 100 eller ca 62 % i försvarsmaktens tjänst, flertalet vid krigs- och fältsjukhusen. En stor del av den kvinnliga sjukvårdspersonalen var frivillig arbetskraft (sanitetslottorna och Röda korsets hjälpsystrar), medan sjuksköterskorna arbetade inom ramen för den allmänna arbetsplikten.

Sjuksköterskebyrån vid Finlands Röda kors handhade i praktiken utkommenderingen av sköterskor. Försvarsmaktens behov av sköterskor varierade kraftigt; minst var det i slutet av 1942 och under 1943, då ca 2 500 sköterskor var i tjänst samtidigt. Under de finländska truppers erövring av Karelska näset och Östkarelen 1941 samt under återtåget i juni 1944 var ca 5 500 sköterskor utkommenderade. Dessa variationer avspeglar sig även i förhållandena på sjuktågerna:

- 25.6.1941: 150 sköterskor
- 31.12.1941: 84 sköterskor
- 31.12.1942: 84 sköterskor
- 31.12.1943: 63 sköterskor
- 24.9.1944: 90 sköterskor

### Dagboken och dess författare

Ruth Erikssons dagboksanteckningar inleds några dagar före midsommar 1941 och fortsätter ända fram till november 1944, då sjuktåg nr 8 ("Alarik") upplöstes. Av dessa anteckningar, som fyller fyra tätt skrivna vaxdukshäften, presenteras nedan ett urval. Dagboken är ett unikt dokument, var värde ytterligare förhöjs av de fotografier författaren – i strid mot gällande bestämmelser – tog medan Alarik genomkorsade landet från norr till söder och öster till väster.

Ruth ("Jutta") Eriksson föddes den 5 april 1909 i ett jordbrukarhem i Sydlojo. Hon tog studenten 1929 vid Grankulla svenska samskola, genomgick

| Tåg nummer | Läkare                                                                             | Uppsatt av                     |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 1          | Kangas, Toivo ("Topi")                                                             | Helsingfors skyddskårsdistrikt |
| 2          | Tamminen, Antero<br>Ervasti, Tauno<br>Tarkiainen, Johannes                         | Helsingfors skyddskårsdistrikt |
| 3          | Vestola, Lauri                                                                     | Helsingfors skyddskårsdistrikt |
| 4          | Appelgren, Åke ("Aapo")<br>Poikolainen, Ahti                                       | Helsingfors skyddskårsdistrikt |
| 5          | Sarparanta, Lasse<br>Tötterman, Gunnar<br>Appelgren, Åke                           | Centraltavastlands sk-distrikt |
| 6          | Virkkunen, Mikko<br>Poikolainen, Ahti                                              | Rovaniemi skyddskårsdistrikt   |
| 7          | Anttila, Sulo<br>Hintikka, Helmi<br>Kangas, Toivo                                  | Jyväskylä skyddskårsdistrikt   |
| 8          | Jahkola, Alarik                                                                    | Helsingfors skyddskårsdistrikt |
| 9          | Kaplan, Josef ("Jooseppi")<br>Ervasti, Tauno<br>Kangas, Toivo<br>Tarkiainen, Jukka | Helsingfors skyddskårsdistrikt |
| 10         | Huhtikangas, Huugo                                                                 | Helsingfors skyddskårsdistrikt |

Sjuktågen under fortsättningskriget.

Helsingfors stads sjuksköterskeskola 1931–1934 och anställdes 1935 vid Maria sjukhus, där hon senare var avdelningssköterska och socialsköterska. Hon tjänstgjorde på ett sjuktåg redan under vinterkriget och kom hösten 1944 på nytt till Maria sjukhus, där hon arbetade i operationssalen fram till 1953. Därefter var Ruth Eriksson 1953–1969 hälsosyster vid en av Helsingfors stads barnrådgivningscentraler.

Vid redigering av de enskilda dagboksnotiser-na har en del mindre väsentliga detaljer bortlämnats; dessa partier utmärks med - - -. Därtill har verbens pluralformer ersatts med singularformer.

## 1941

**19.6.** avbryts sommarledigheten plötsligt. TÅGET kallar. Efter en brådstörtad resa hemifrån och anmälan på Tölögatan 55 följer en dag – 20.6. – oändligt lång och uppfylld av viss väntan. Först följande dag på morgonen samlas tågets besättning i "full utrustning" på skolan, därifrån det bär av till tåget, som under fredstiden undergått en massa förändringar. Från bangården i Fredriksberg styrs färden mot norr; tyvärr stannar vi i Mosabacka – en mera torr och tråkig och smutsig plats finns knappast i hela landet.

**22.6.** Dödsbrickans Nr 204372. Likadana medaljonger pryder nu allas halsar, och dessutom

beväpnas vi med gasmasker. Trots detta ingen krigsstämning. Bastu.

**23.6.** – det bör vara midsommaraftonsdagen – börjar kl. 1 med luftlarm, just då alla hunnit krypa till kojs, en del t.o.m. somna. Efter ca 10 min. Avblåsning; endast surret av våra egna maskiner (antagligen = tyska) hörs ovan våra huvuden.

**25.6.** väcks vi kl. 7.15 av larm, som med korta avbrott varar till kl. 12.15. En maskin skjuts ned och faller till marken 2 km härifrån – i Parkstad. Genom vagnsfönstret ser jag för första gången en fallskärmshoppare långsamt dala nedåt, på andra sidan tåget dimper en annan hoppare med väldig fart mot marken – hans fallskärm vecklar ej ut sig. Den första försöker först fly, men gör motstånd då han ser sig omringad och blir nedskjuten. Det brakar ovanför våra huvuden, kulorna viner, och då det lite tystnat, finner jag mig liggande på en sophög. Litet senare liknande luftstrid med bombfällning här i närheten mellan Malm och Mosabacka. - - - På e.m. börjar vi röra på oss, träffar på Malm några tyska flygare, vinkar farväl åt dem och styr kosan norrut.

**26.6.** vaknar vi på Kolho station, söder om Haapamäki, norr om Vilppula, en synnerligen vacker trakt vid Keuruvesisträtets vatten. Presidentens historiska tal. (Utgivarnas anmärkning: Republikens president Risto Ryti talade till Finlands folk i radio och framhöll att man nu "drog ut i strid för fosterlandets frihet, vårt folks livsrum, våra fäders tro och vårt fria samhällsskick)

**29.6.** Värmen fortsätter. Vi simmar i Ukonselkäns klara vatten och gör oss hemmastadda i Bonnäs gårds vackra park. Idag har vi fått radio, och det är en stor händelse. Det första vi lyssnar till är Mannerheims dagorder, i vilken han ber oss ännu en sista gång följa honom på korståg mot vår fiende.

**8.7.** Dagen förflyter lugnt, på kvällen börjar emellertid rykten om en resa spridas ut, och kl. 23 "lättnar vi verkligen ankar" och styr ut mot okända öden, vart, vet vi inte.

**9.7.** vaknar vi i Jorois, eller egentligen stiger vi blott upp där, ty sovit har väl knappt en enda av oss. Dels har vi sedan senaste krig glömt konsten att sova på ett rullande tåg, dels är spänningen

stor. Från kl. 10–14 pålastas 323 patienten från Sotasairaala 19, d.v.s. folkskolan jämte kringliggande gårdar i Jorois. Hemskt känns det att åter se den ena båren efter den andra lyftas in genom luckan i vagnsväggen. Pojkarna är trötta och medtagna, kommer från gränsen i s.o. och har fraktats i bilar ända hit. Denna gång inga riktigt svårt sårade. Dagen är stekande het, i vagnen + 33° C, och ovanan gör att arbetet känns tungt. Vi reser genom vårt lands vackraste trakter och längtar efter att få svalka oss i vatten, som flerstädes omger vårt tåg på båda sidorna. Radion meddelar oss, att 17 dödots och 156 skadats vid bombardemangen i Hfrs.

**19.7.** Tänk, att en hel månad i dag förflutit, sedan vi "kallades under fanorna". Och jag, som trodde, att vi skulle göra ett par tre resor med detsamma, och att det hela därefter vore understökat. - - -

**22.7.** I dag har vi tjänat fosterlandet genom att bärga hö. Som en dans gick arbetet undan på Kurenieni gård, tillhörig firman Rosenlew.

**23.7.** väcks vi kl. 6.30 och så bär det genast av ut på höängen, denna gång till Loila gård, tillhörande Mänttä A.B. Själva gården bebos av karelare, allt vad karlfolk heter är borta, men under vår fältväbels ledning klarar vi oss så fint, som om vi aldrig hade gjort annat än bärgat hö. 26 man på samma höäng ser ganska gentilt ut. Men så är också det stora fältet innan kvällens lopp förvandlat till en enda skog av snesar. Vårt stamcafé – Ylä-Naskali – skickar oss korvike (kaffesurrogat), vilket smakar som Colombiakaffe förr i världen. Trötta och hungriga och kopparbruna vandrar vi på kvällen hem till den väntande maten och bastun.

**24.7.** fortsätter vi höbärgningen på Loila. Tyfus- och smittkoppsvaccinering. På kvällen berättar majoren oss, att vi imorgon skall lämna Kolho för alltid, som säkert vunnit allas våra hjärtan.

**25.7.** Vid 5-tiden lämnar vi Kolho och styr norrut. På Vesanka står vi en stund och inväntar ett norrifrån kommande sjuktåg. - - - Tåget rullar vidare. På Jyväskylä station blir Aino och jag inviterade till lokåkning. Det är allas vår Matti, som kommer fram med förslaget, och vi säger inte



Ruth Eriksson (t h) tillsammans med lokföraren "Pikku Matti" och en sköterskekollega, Aino Koskinen.

nej, äter frukost i köket med de andra tågkarlarna och tar sedan vår zellstofftäkta stol i 942:an (lok nr 942) i besittning. Men länge hålls vi inte stilla. Aino börjar hjälpa eldaren med att kasta in ved i den helvetiska ugnen (nu kan jag förstå, hur det skulle kännas att hamna i helvetet) och jag börjar fungera som visseldragare. Vid varje liten krök av banan skall jag förstås vissla och lyckas verkligen med mina vilda tjut få en del banvandrare att skynda sig åt sidan. Matti talar om för oss, att det är i lag stadgat att kvinnor och andra utomstående inte får vistas i loken, men i krig är allt tillåtet. Det är ändå roligt att resa med sitt privata tåg. Undra på, att stationsinspektörerna såg förvånade ut, då tåget susade förbi. Då vi närmade oss Pönttövuori, talade jag vackert med Matti och bad honom köra riktigt sakta, så att jag skulle kunna föreviga tunnelöppningen. Måtte bilden lyckas. Efteråt var det en och annan som undrade, varför tåget saktade farten just då – det var

min lilla hemlighet. Efter 80 km:s körning var vi framme i Pieksämäki och tackade för den första lektionen.

#### Info

Boken "Jorden runt med Alarik" återges i sin helhet som den tryckts 1988. Resterande delar publiceras i kommande nummer av Vård i fokus.

Sjuksköterskeföreningen riktar sitt varmaste tack till Ruth Erikssons anhöriga som gett tillåtelse till publicering av boken i Vård i fokus.

Boken är utgiven av Holger Schildts förlag 1988, ISBN951.50-0405-5, Jakobstads Tryckeri och Tidnings Aktiebolag, Jakobstad.



## Utveckla dig själv och din kompetens vid Yrkehögskolan Novia

### Ett urval av specialiseringsutbildning samt föreläsning som Novia erbjuder

- **Sakkunnig inom palliativ vård**, 30 sp
- **Digitala kortkurser för skolhälsovårdare och övrig elevvårdspersonal**
  - Träff 1: 16.9 kl. 13-16 "Men tänk om..." När ångesten tar över vardagen
  - Träff 2: 7.10 kl. 13-16 "Jag måste bara..." Stress och prestationsångest
  - Träff 3: 28.10 kl. 13-16 "Hur gör jag det?" Att identifiera, stöda och handleda en stressad och ångestfylld elev

#### Anmälningar och förfrågningar:

*Camilla Pitkänen*

camilla.pitkanen@novia.fi, 050 478 4679

*Nanette Westergård*

nanette.westergard@novia.fi, 050 5344 790

### Öppna YH

Via Öppna YH kan du gå kurser utan att vara inskriven som examensstuderande. För att se enskilda kurser, besök vår hemsida.

[novia.fi/kontinuerligt-larande](https://novia.fi/kontinuerligt-larande)

YRKESHÖGSKOLAN  
**NOVIA**

**novia.fi**

# Praktikperiod på universitetssjukhus

av Rita Finell

Barnmorskeutbildningen i Finland omfattar studier under 4,5 år och ger 270 sp. Min studieplats finns i Vasa på yrkeshögskolan Novia. Utbildningen i Vasa är svenskspråkig och innebär att de flesta kurser genomförs på svenska.

## Barnmorskestudier

Grundkurserna under de första fem terminerna är samma kurser som sjukskötare och hälsovårdare genomför. Resten av utbildningen är inriktad på barnmorskans vårdområde t.ex. vård under graviditet, förlossning och barnsängstiden. När man inleder det sista studieåret kvarstår endast någon enstaka undervisningskurs och resten är praktik inom barnmorskans olika vårdområden. En del av praktikperioderna måste ske på ett universitetssjukhus.

I mitt fall blev det prenatalpraktik på Tammerfors universitetssjukhus. Vi var två studerande från Novia som åkte iväg till Tammerfors i maj 2021. Under året med corona har praktikplatser ibland blivit avbokade. Detta har fört med sig att man inte tagit praktikplatser för givet, utan mera avvaktat och tagit en vecka i gången. Boende hittades ca två månader före perioden och tågbiljetter bokades några veckor innan avfärd. Vi var klara för nya utmaningar.

## Tammerfors universitetssjukhus

Prenatalpraktiken genomfördes på en vårdavdelning för gravida. Till avdelningen kom gravida patienter från områden som hörde till Tammerfors universitetssjukhus. Patienterna blev remitterade från mödrapolikliniken eller jouren för kvinnosjukdomar och gravida som fanns i samma byggnad på samma våning. Vården bestod i huvudsak av igångsättning av förlossning, riskgraviditeter, missfall och aborter.

Avdelningen var belägen i en byggnad som blivit klar för ca ett

år sedan och bestod av fina nya vårdutrymmen. Vid huvudingången fanns det på utsidan en snygg gård med fontän, stensättningar och kuperad gräsmatta. På insidan mötte man ett stort utrymme där dagsljuset strålar in, café, snabbmatskedjor samt apotek. Byggnaden hade åtta våningar med en smidig lösning, där vår avdelning var på våning tre, förlossningen på våning fyra och akuta barnavdelningen på våning fem. Med en hiss som enbart användes för patienttransporter förenades avdelningarna. Redan upplevelsen av ett stort nytt sjukhus har varit otrolig.

Vi fick ett gott bemötande av personalen, de visade oss runt och tog oss med i vården. Efter några skift, då handledaren börjat känna till vår kunskap, fick vi börja ta hand om patienterna mera självständigt. Varje dag lärde vi oss något nytt, men också repetition av vård i olika skeden gav mera trygghet.

Vi fick under ett skift bekanta oss med jouren för kvinnosjukdomar och gravida. Där fick man se vad som var viktigt att uppmärksamma vid första besöket, vilka förberedande undersökningar som var bra att göra före läkarbesöket för att korta av patienternas väntetid på jouren.

Under praktikperioden som varade i fyra veckor hade vi skoluppgifter som stödde praktiken. Innan praktiken inleddes gjordes en planering i hur kompetensen som krävs ska uppnås. Vid slutet av praktikperioden fyllde handledaren i hur studerande hade uppnått målen, och studeranden beskrev hur man upplever att praktikperioden hade lyckats och ett utvärderingssamtal gjordes med handledaren, ansvarig lärare samt studeranden.

En dagbok skrevs för att reflektera över dagen eller veckan som gått. Arbetshäftet för barnmorskestuderande fylldes i, där vi under praktiken skulle delta i vården av minst 40 kvinnor med riskgraviditet.

Under praktikperioden mötte vi många olika situationer, sjukdomar och graviditeter. Bland dem väljer man ut en händelse som man varit med om och ett case görs där händelsen beskrivs och förklaras utgående från material som hittas om ämnet. Efter en slutförd praktikperiod har vi praktikseminarium där studerande berättar om sina case åt klassen och vi får lära oss av varandras händelser och upplevelser.

Att göra praktik på ett nytt sjukhus har sina utmaningar, men också många fördelar och framför allt mycket ny kunskap och nya insikter. Efter denna period känns det att man fått en bättre helhetsbild av hur man sköter riskgraviditeter som är en stor del av vårdarbetet som barnmorska.

**Rita Finell**

Barnmorskestuderande, YH Novia, Vasa

# Med ambulansen mitt i coronapandemin

av Sara Nylund

I början av min utbildning får jag veta att jag ska på praktik i ambulansen i Stockholm. Utbildningen började i januari 2020 på Karolinska Institutet till specialistsjukskötare med inriktning ambulans. Då visste vi inte ännu om det nya viruset som var på väg att ta fart. Jag pendlade till Stockholm från Åland två dagar i januari, februari och mars. Sen var det slut på campusdagarna

COVID-19 har spridit sig över hela världen och tagit fart i Norden. Skolan har satt stopp på campusdagarna för att undvika folksamlingar, enligt rekommendationerna. En utbildning som det mesta redan går på distans kommer att bli totalt på distans. Någon gång där i april kommer jag på att jag ska genomföra en sju veckors VFU i Stockholm i ambulansen. Undrar hur det kommer att gå?

## Nu sitter jag här mitt i Stockholm i en ambulans.

Jag kommer min första dag till stationen och blir väl mött av min handledare och andra medarbetare, de är jättetrevliga. Kom, säger min handledare, nu ska vi prova ut en bästis till dig. Jag följer efter och vet inte riktigt om det var en skämt eller inte. Jag får en svart ansiktsmask, skyddsmask 90 heter den. Den ska användas vid patientkontakt med misstänkt/konstaterad COVID-19. Masken används annars vid kemikalieolyckor, nu har den blivit en av de mest kända ansiktsmaskerna i nutid.

Larmen avlöser varandra. Ibland hinner vi inte skriva klart våra journaler innan vi får nästa jobb. Det är bland annat falloolyckor med brutna fotleder, strokemissstanke och barn som krampat. Men i mellan de jobben så åker vi på dessa typer av jobb: Misstänkt COVID-19, svårt att andas eller konstaterad COVID-19, svårt att andas.

Sara inledde sin utbildning till specialistsjukskötare med inriktning ambulans, i januari 2020, just före COVID-19 pandemin satte igång.



Här står jag mitt i december och klär av mig min varma tröja för att sätta på mig ett långärmat platsförkläde och dubbla handskar. Jag tar några djupa andetag och sedan åker skyddsmask 90 på.

Vi har plockat ut de viktigaste från vårdväskan så att vi kan göra de viktigaste kontrollerna, resten av sakerna åker in i förarhytten för att minska kontamination. Vi kommer in till lägenheten. Där finns en kvinna i 45 års åldern som sitter på sängkanten och har snabb andningsfrekvens. Hon kippar efter andan och jag ser paniken i hennes ögon. Hon känner ingen lukt eller smak, haft diarre och har svårt att andas. Det är bara några av symptomen. Hon hade tagit coronatest som visade positivt för fem dagar sedan, berättar hon. Hon saturera bra och alla kontroller är utan anmärkning förutom hennes andningsfrekvens. Vi gör ett promenadtest för att se om hon håller saturationen under tiden och det gör hon. Sjunker situationen kan det vara en orsak att behöva sjukhusvård säger den prehospitla bakjouren. Patienten blir lugnare i våra närvaro och andningsfrekvensen sjunker. Hon nöjer sig med att få veta att hon syresätter sig bra. Kvinnan säger att hon känner sig trygg att stanna hemma efter våra kontroller. Hon säger att "det finns säkert andra som är sjukare än jag som behöver den sängen"... Om hon bara visste hur rätt hon har. Vi lämnar kvinnan hemma på ett villkor, att ringa 112 om det blir värre. Det lovar hon.

Vårt nästa jobb kommer direkt. Det är en överflyttning av en covidpatient från ett sjukhus till ett annat sjukhus med högre vårdnivå. Patienten är 40 år gammal, kräver 12 liter syre. Vi åker till sjukhuset och klär på oss igen. Går in och hämtar mannen som ligger på en infektionsavdelning. Vi skjutsar honom till ett annat sjukhus. Han säger ingenting under transporten, han har fullt upp att koncentrera sig på andningen i syremasken med reservoar. När vi vinkat hej då till mannen så kommer en läkare och frågar hur transporten gick. Det gick helt okej sade vi. Läkaren mumlar något om att vi får se hur han kommer att klara de här närmsta dagarna eller om det kommer bli respirator. Hej då säger hon och går in till rummet.

Vi tar båren och syrgasväskan och går ner till ambulansen och börjar sanera ambulansen, iklädda skyddsmask 90 och t-skjorta under det långärmade plastförkläde.

Klockan är 22.45, det är +0,5 grader ute och det regnar igen. Vi kommer på att det har ju varit Luciadagen idag men det har vi inte brytt oss om, tydligen. Och så här kommer vi att stå på julafton också. I en ambulans mitt i Stockholm mitt under coronapandemin. Och jag har blivit bästis med skyddsmask 90.

Sara Nylund

Specialistsjuksköterskestudent, Karolinska Institutet, Sverige





## Studerandestipendier kan sökas

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

**Föreningen utlyser 14 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 och kan sökas retroaktivt inom 12 månader. Av sökanden krävs minst ett års medlemskap

Till stipendieansökan skall ett officiellt studieutdrag bifogas. Bristfälliga ansökningar behandlas inte.

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland senast 31.10.2021 på adressen Annegatan 31-33 C 50, 00100 Helsingfors.

Ansökningsblanketten samt information finns på: [www.sffi.fi](http://www.sffi.fi)

Frågor kan riktas till [info@sffi.fi](mailto:info@sffi.fi)

Styrelsen



## Rekreativstipendier utlyses

Sjuksköterskeföreningen i Finland lediganslår nu 12 rekreativstipendier à 600 euro, ur Marjatta och Hans Ahlströms fond, för medlemmar som är i behov av rekreation. Syftet är att bidra till att bevara och stärka arbetsförmågan och välbefinnandet hos medlemmar.

Sjuksköterskeföreningen i Finland utlyser årligen 8 rekreativstipendier ur Marjatta och Hans Ahlströms fond. Föreningens medlemmars arbetsbörda och arbetssituation har pga COVID-19 pandemin förändrats snabbt under året. **Styrelsen har därför tagit beslut att år 2021 lediganslå flere rekreativstipendier än planerat.**

Under år 2021 krävs det endast 1 års medlemskap av den sökande samt aktiv verksamhet i föreningen. Även pensionerade medlemmar kan ansöka om stipendiet. Ett rekreativstipendium kan beviljas samma person vart femte år.

Ansökan formuleras fritt med en kort beskrivning av varför stipendiet behövs och till vad det skall användas. Kom ihåg att skriva kontaktppgifter (adress, e-post, telefonnummer) och kontonummer. Ansökan bör ha sökandes underskrift.

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland senast 31.10.2021 på adressen Annegatan 31-33 C 50, 00100 Helsingfors.

Frågor kan riktas till [info@sffi.fi](mailto:info@sffi.fi)

Styrelsen



## Föreningen utlyser pånytt följande stipendier

### Vårdforskning och -utveckling

- Ett stipendium på 2 000 € för utvecklingsarbete
- Ett stipendium på 6 000 € för postdoktoral forskning och -utveckling

Av sökanden krävs minst fem års medlemskap och aktivitet i föreningen. För forskning krävs en godkänd forskningsplan och för utvecklingsarbeten en godkänd utvecklingsplan. För utvecklingsstipendiet kan projektet vara mångprofessionellt, men projektledaren ska vara en aktiv medlem i föreningen. Det postdoktorala stipendiet kan beviljas samma sökande högst vart femte år.

Stipendieansökan skall vara inlämnad till styrelsen för Sjuksköterskeföreningen i Finland senast 31.10.2021 på adressen Annegatan 31-33 C 50, 00100 Helsingfors. Ansökningsblanketterna finns på föreningens hemsida på adressen: [www.sffi.fi](http://www.sffi.fi)

Frågor kan riktas till [info@sffi.fi](mailto:info@sffi.fi)  
Styrelsen



Sjuksköterskeföreningen

# STUDIEDAGEN 2022

Studiedagen 2022 planeras till 25.3.2022 i Borgå centrum. Dagen är öppen för våra medlemmar och även för andra intresserade.

Temat för dagen är "Människohandel och vård av papperslösa i Finland samt den egna säkerheten i arbetet."

Vi följer med coronasituationen och eventuella ändringar kan förekomma.

### Det preliminära programmet:

Dagen öppnas av Borgå Stads social- och hälsovårdsdirektör Ann-Sofie Silvennoinen

Människohandel i Finland, Måns Enqvist, polisinspektör, Polisstyrelsen

Arbete bland offer för människohandel, Kenneth Eriksson, kriminalöverkonstapel

Papperslösa och hälsovård, Raili Bäckström, sjukskötare, Global Clinic

Den egna säkerheten, Stefan Mattsson, säkerhetschef på HUS

Debriefing, Albert Björkestam, akutvårdare, Östra Nylands räddningsverk

Hot och våld i arbetet. Barbro Bergbom, ledande expert, special psykolog, Arbetshälsoinstitutet

Christina och Tom Suvanto, Positive Solutions

Mera info i Vård i fokus 4/2021 samt på [www.sffi.fi](http://www.sffi.fi)

**Tidpunkt:** 25.3.2022

**Plats:** Kulturhuset Grand, Borgå. [www.grand.fi](http://www.grand.fi)

**Övernattning:** RUNO Hotel, Borgå. [www.runohotel.com](http://www.runohotel.com)

### SF i Helsingfors med omnejd

Följ oss på [www.sffi.fi](http://www.sffi.fi)

### SF i Mellersta Österbotten

Föreningen följer med corona restriktionerna under hösten och hoppas på att situationen snart börjar lättas. Styrelsen har kavlat upp ärmarna och är i full gång med att planera årets julfest i Jakobstad. Följ med info om julfesten via sociala medier, ÖT och mail.

Följ oss på:

- Facebook: SF i Mellersta Österbotten
- Instagram: [sffi.mellersta.osterbotten](https://www.instagram.com/sffi.mellersta.osterbotten)
- E-post: [sffimo@gmail.com](mailto:sffimo@gmail.com)
- [www.sffi.fi](http://www.sffi.fi)

### SF i Sydösterbotten

Följ oss på [www.sffi.fi](http://www.sffi.fi)

### SF i Vasa

Enligt årsmötets beslut februari 2021 anslår Sjuksköterskeföreningen i Vasa ett **stipendium** för högre yrkeshögskolestudier och/eller magister i hälsovetenskaper att sökas senast den 22 oktober. Stipendiet är på 350 €. Stipendiet delas ut på julfesten i december.

Av den sökande krävs:

- minst ett års medlemskap i föreningen
- visat intresse för föreningens verksamhet
- forsknings- eller studieplan och/eller studieutdrag ska bifogas

Stipendiet bör anhållas på föreningens egen stipendieblankett. Blanketten finns på vår hemsida eller fås från och ska returneras till föreningens ordförande Annika Kvist-Östman senast 22.10.2021, e-post: [annika.kvist-ostman@vora.fi](mailto:annika.kvist-ostman@vora.fi) Tel: 050 5910088.

### 3.12 kl. 18.30, julfest ordnas på restaurang

Svenska Klubben i Vasa. Sång och musik.

Traditionell julbuffé till ett sponsorerat pris á 25 €/medlem.

Bindande anmäl senast 25.11 till [sfvasa@netikka.fi](mailto:sfvasa@netikka.fi) eller tel: 050 3504411 och julmiddagens pris 25 € inbetalas senast 26.11 till föreningens konto FI62 2052 2001 0063 10. Använd referensnummer: 9388147.

Välkommen med och vi hoppas att vi kan träffas i höstens verksamhet!

Följ oss på:

E-post: [sfvasa@netikka.fi](mailto:sfvasa@netikka.fi)  
Instagram: [sjukskoterskeforeningenvasa](https://www.instagram.com/sjukskoterskeforeningenvasa)  
[www.sffi.fi](http://www.sffi.fi)

### SF i Västra Nyland

Vi följer upp den aktuella situationen och sätter ut info om evenemang på hemsidan och per e-post, så följ upp. Mysiga hösthälsningar till alla från styrelsen i Västra Nyland!

Följ oss på [www.sffi.fi](http://www.sffi.fi).

### SF i Åboland

Trots att COVID-19 ännu "regerar" tänkte vi ändå våga satsa på lite gemensamt program. Det är förstås upp till var och en att ta ställning till om man känner sig trygg att komma med.

**13.11.2021 kl.18, julfest** som teaterföreställning kombinerat med middag. Teaterföreställningen heter "Andersson & Pettersson & Lundström & Ja" en hektisk hissmusikal på ÅST, Täljan.

Bindande anmälan senast 13.10 till [sfiaboland@gmail.com](mailto:sfiaboland@gmail.com)

Självkostnadspriset för medlemmar: 15 €/pers i vilket ingår både teater samt middag. Sista betalningsdagen är 31.10.

Kontonummer: FI67 6601 0010 211787

Referensnummer: 2969

Vi hoppas på att så många som möjligt hänger med på lite rekreation såhär i kommande höstmörker tider.

Följ oss på:

E-post: [sfiaboland@gmail.com](mailto:sfiaboland@gmail.com)  
[www.sffi.fi](http://www.sffi.fi)

### SF på Åland

Att föreningen har planer för aktivitet i oktober och dec om covid läget tillåtet. Ber er hålla koll på FB för närmare info och sprid bland medlemmarna när evenemanget är på gång. Var rädda om er.

Följ oss på:

E-post: [sffi.aland@gmail.com](mailto:sffi.aland@gmail.com)  
Facebook: [Sjuksköterskeföreningen på Åland](https://www.facebook.com/sjukskoterskeforeningen-pa-aland)

### SF i Östra Nyland

Följ oss på:

E-post: [SFFostranyland@gmail.com](mailto:SFFostranyland@gmail.com)  
[www.sffi.fi](http://www.sffi.fi)

### Styrelsenytt

- Styrelsen har bl.a. beviljat rekreations- och forskningsstipendier.
- Historikprojektets 3/5 delar är klara.
- Stiftelsen Tre Smeder har beviljat föreningen 2 000 € för utformning av grafisk manual.
- Svenska litteratursällskapet har beviljat föreningen 14 800 € för historikprojektet.
- Konstsamfundet har beviljat föreningen 2 000 € för historikprojektet.
- Gesellius stiftelse har beviljat föreningen 40 000 € för verksamheten.

### Viktiga datum 2021

- **15-16.10.2021** styrelsens planeringsdagar
- **31.10.2021** deadline för studerandestipendium och rekreativstipendium.
- **31.10.2021** deadline för postdoktoralt- och utvecklingstipendium
- **11.12.2021** styrelsemöte

**Styrelsen****Ordförande**

Annika von Schantz HVM, verksamhetsledare,  
Hugo och Maria Winbergs stiftelse.  
telefon 040 537 0376  
annika.vonschantz@winbergs.fi

**Vice ordförande**

Ann-Maj Johansson, HVM, avdelningsskötare,  
ÅUCS Åbolands sjukhus, polikliniken.  
telefon 044 344 4945  
ann1maj.johansson@gmail.com

**Ledamöter**

Katarina Ekberg, sjukskötare, Västra Nylands  
Sjukhus.  
telefon 040 521 0612  
katarina.ekberg@outlook.com

Pia-Maria Haglund, sjukskötare.  
telefon 050 545 7249  
pia-maria.haglund@multi.fi

Anna Holmström, HVM, social- och  
patientombudsman, Helsingfors stad.  
telefon 040 584 6597  
anna.holmstrom100@gmail.com

Ann-Charlotte Lindfors-Nenonen, handledare inom  
serviceboende, Svalåkers servicehem, Borgå stad.  
telefon 040 090 5601  
ann-charlotte.lindfors-nenonen@porvoo.fi

Annika Kvist-Östman, sjukskötare, hälsovårdare,  
boendeledare inom Vörå kommuns äldreomsorg.  
telefon 050 591 0088  
annika.kvist-ostman@vora.fi

Jana Sundberg, sjukskötare, Ålands hälso- och  
sjukvård, medicinska polikliniken.  
telefon 040 523 8993  
jana.sundberg@ahs.ax

Gerd Metsaranta, hälsovårdare/sjukskötare,  
Kaskö stads hälsovårdscentral.  
telefon 040 032 2696  
gerdmetsaranta7@gmail.com

**Ersättare**

Carola Sundberg, Monica Mattila-Ekholm, Char-  
lotta Liesipuro, Inger Runn, Gerd Viklund, Katarina  
Ulenius, Helena Strandholm-Finne och Antoinette  
Kumlin.

**Fullmäktige****SF i Helsingfors**

Carola Aspholm-Backman, Liljendal  
Lars Liljeström, Helsingfors  
Hanna Lindquist, Helsingfors  
Karla Wendt, Helsingfors

**SF i Mellersta Österbotten**

Susanna Granbacka, Kronoby  
Marica Hinders, Nykarleby  
Sissel Lövsund, Jakobstad  
Siv Rönnbacka, Jakobstad

**SF i Sydösterbotten**

Ann-May Lövdahl, Lappfjärd  
Rose-Marie Holmberg, Tjock

**SF i Vasa**

Lisbeth Fagerström, Vasa  
Camilla Kamila, Vasa  
Gunilla Hallvar-Hudd, Vasa  
Carita Mäkelä, Vasa  
Marice Nedergård, Solf

**SF i Västra Nyland**

Anna Lindbom, Ekenäs  
Tina Stenroos, 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  
Lisbeth Schultz, Godby

**SF i Östra Nyland**

Ann-Catrin Tapanainen, Liljendal  
Marika Innanen, Borgå  
Catrina Hollmén, Borgå

## Ansökan om medlemskap i Sjuksköterskeföreningen i Finland rf

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

Tillnamn: \_\_\_\_\_

Förnamn: \_\_\_\_\_

Födelseid (inte personnummer): \_\_\_\_\_

Näradress: \_\_\_\_\_

Postnummer och -anstalt: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_

Sjukskötare år \_\_\_\_\_ Hälsovårdare år \_\_\_\_\_

Barnmorska år \_\_\_\_\_ Hälsovårdsmagister år \_\_\_\_\_

Akutvårdare år \_\_\_\_\_

Annan examen, vilken: \_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_

Jag vill höra till regionalföreningen i: \_\_\_\_\_

Ort och datum \_\_\_\_\_ den / 20 \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

### Ändringsanmälan

NAMNÄNDRING    ADRESSÄNDRING    UTTRÄDE

Tillnamn: \_\_\_\_\_ Tidigare tillnamn: \_\_\_\_\_

Förnamn: \_\_\_\_\_

Födelseid (inte personnummer): \_\_\_\_\_

Näradress: \_\_\_\_\_

Postnummer och -anstalt: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_

Sjuksköterskeföreningen i Finland rf, Annegatan 31-33 C 50, 00100 Helsingfors

Tel: 045 153 7075, e-mail: info@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**